



HAL
open science

Gestion de la fin de vie en réanimation : enquête nationale de pratiques

Julie Garcia

► **To cite this version:**

Julie Garcia. Gestion de la fin de vie en réanimation : enquête nationale de pratiques. Human health and pathology. 2019. dumas-02613835

HAL Id: dumas-02613835

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02613835v1>

Submitted on 20 May 2020

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.

Université de Nice–Sophia Antipolis
Faculté de médecine Nice – CHU Nice

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

En vue de l'obtention du
Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

**GESTION DE LA FIN DE VIE EN REANIMATION :
Enquête nationale de pratiques**

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 11 octobre 2019 à 18h
Amphithéâtre 1 René BOURGEON - Faculté de médecine – Nice

Par

Julie GARCIA

Née le 22 octobre 1989

Membres du jury :

Pr Carole ICHAI

Présidente

Pr Laurent PAPAZIAN

Assesseur

Pr Marc RAUCOULES-AIME

Assesseur

Dr Hervé QUINTARD

Directeur de thèse

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

**Pédagogie
Recherche
Etudiants**

**Pr. ALUNNI Véronique
Pr DELLAMONICA jean
M. JOUAN Robin**

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

**M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel**

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)
Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)
M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. FREYCHET Pierre
M ALBERTINI Marc	M. GASTAUD Pierre
M. BALAS Daniel	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BATT Michel	M. GILLET Jean-Yves
M. BLAIVE Bruno	M. GRELLIER Patrick
M. BOQUET Patrice	M. GRIMAUD Dominique
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DAR COURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TOUBOL Jacques
M. FENICHEL Patrick	M. TRAN Dinh Khiem
M . FRANCO Alain	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	

Remerciements

A NOTRE PRESIDENTE DE JURY

Madame le Professeur Carole ICHAI

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse, un grand merci de m'avoir accueillie et formée avec toute la rigueur et l'expertise nécessaires à notre spécialité. Merci pour votre disponibilité, votre écoute et votre soutien en particulier lors de cette dernière année.

Que ce travail de thèse soit l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

AUX MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur Marc RAUCOULES-AIME

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury ainsi que pour votre implication dans l'enseignement reçu en anesthésie veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance.

Monsieur le Professeur Laurent PAPAIZIAN

C'est un immense honneur pour moi et une grande fierté de vous compter parmi les membres de mon jury. Mille mercis de m'avoir transmis votre amour pour cette belle spécialité à l'aube de mon cursus et je mesure la chance d'avoir bénéficié à nouveau de votre enseignement durant mon internat. Votre implication dans la transmission même auprès des plus jeunes fait naître des vocations j'en suis la preuve, si je soutiens une thèse de réanimation aujourd'hui c'est en grande partie grâce à vous. Je vous prie de trouver dans ce travail l'expression de ma profonde admiration.

A MON DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Docteur Hervé QUINTARD

Un grand grand merci à toi The Q. d'avoir accepté de me diriger sur ce travail légèrement contre nature puisque notre but premier est tout de même de réanimer les patients. Tu l'as rendu léger, facile et même parfois drôle grâce à ton sens de l'humour disons particulier, ton indulgence envers mon anglais approximatif, ton élégance face à mon tempérament méditerranéen et ta disponibilité à toute heure. Merci pour ton soutien réconfortant, ton écoute et ta bienveillance tout au long de mon internat en particulier lors de mes premières gardes séniorisées, tu as toujours su trouver le ton juste. Cela a été un réel privilège et une expérience enrichissante d'avoir réalisé ce travail sous ta direction, j'en suis heureuse et fière, j'en ressors grandie et presque bilingue. Merci pour tout.

A MA FAMILLE

A mes parents :

Malgré deux P1, pas loin d'une dizaine de rattrapages, des concours blancs tous joliment ratés, vous n'avez jamais douté (ou du moins vous l'avez bien caché) que je me tiendrai devant vous pour soutenir cette thèse. Encore aujourd'hui je me demande parfois ce que je fais là, mais la réponse est évidente c'est grâce à votre soutien indéfectible. Merci d'avoir compris et accepté les absences répétées, merci d'avoir supporté les moments de stress, merci d'être de si bons repères et merci de m'avoir donné la conviction de croire qu'à force de travail on pouvait accomplir beaucoup.

Je vous dédie cette thèse. Nul doute, cette réussite est la vôtre.

A mon frère : Mon Titi ! Il est loin le temps de notre « collocation » marseillaise, il n'en reste à présent que des souvenirs, tous bons : ton visage lorsque tu as vu ton nom affiché à la fac, la patience de m'ouvrir la porte à 3h du mat, tes débuts en cuisine approximatifs, ton sens germanique du rangement... Sans toi mes années de fac n'auraient pas été les mêmes, je suis fière d'avoir eu le privilège de te voir grandir et devenir l'homme que tu es aujourd'hui, merci d'avoir partagé tout cela avec moi (même si tu n'avais pas tellement le choix) et surtout merci d'avoir la délicatesse de terminer tes études après moi.

A ma sœur : Cécé le petit rayon de soleil de la famille ! J'ai commencé mes études tu n'étais qu'une enfant et voilà que 12 ans plus tard tu t'appêtes à finir les tiennes... Je regrette d'avoir été un peu absente durant cette partie de ta vie mais sache que le sourire tu affiches jusqu'aux oreilles à chaque fois que je rentre à la maison a été pour moi le meilleur des antidépresseurs. Continue d'être la personne douce, généreuse et forte que tu es. Tu t'appêtes à vivre des années fantastiques et je compte bien être là pour les vivre avec toi.

A mes grands-parents : A ma grand-mère parce qu'en fait tout est parti d'un dictionnaire, à mon grand-père, ses petits plats réconfortants et sa mauvaise foi aux cartes, à Nelly parce que certains n'ont pas connu leurs grands mères, moi j'ai la chance d'en avoir une 3ème.

A toi, j'espère que tu es fière de moi.

Au reste de ma famille, mes tantes, mes cousins, tout cela n'était qu'une belle mascarade pour éviter les réunions de famille, va falloir que je trouve autre chose maintenant :D Mention spéciale à Sylvain, bon courage encore au moins 5 ans, tu y es presque...

A MES AMIS

Je suis obligée de commencer par toi ma Grosse, que de moments partagés depuis ce premier fou rire au lycée, en un claquement de doigts nous voilà 15 ans plus tard. Quelle chance d'avoir pu vivre ces magnifiques années de fac avec toi et même si nous avons dû bifurquer j'ai hâte de voir ce qui nous attend.

A Manu, mon petit zoreille, je pourrais te consacrer une page entière, il est difficile de tout condenser en quelques lignes, avoir su rester un an assis l'un en face de l'autre résume toute notre amitié. Cette époque me semble aussi lointaine que la distance qui nous sépare à présent, en revanche notre affection est, elle, toujours bien présente.

A mes supers nanas : Momo : l'exploit marquant c'est tout de même de s'être pointée au dernier wei.... Je nous souhaite encore plein de voyages agrémentés de piques niques improbables.

Charlotte, te voir danser les doigts en l'air me remplit toujours d'une joie immense, bravo pour le courage dont tu as su faire preuve. Aurélie excuse-moi mais même aujourd'hui t'es encore sur ma terrasse... Laurie, à cette collection de chapeaux qui nous aura fait passer une soirée mémorable et puis bien sûr à tous ces épisodes « camping » grâce auxquels tu nous a permis de maintenir le lien entre nous toutes. Hâte de rencontrer ce brownie. Juliette, tu es celle qui aura tout vécu en double : les ECN, les thèses, merci pour ton soutien inébranlable à toutes les étapes mais je suis désolée de te dire que malgré tous tes efforts tu ne nous auras toujours pas rattrapé, ne perds pas espoir tu y es presque. Je vous aime les meufs.

Charles, nous étions partis du mauvais pied mais nous avons su heureusement trouvé le bon, le plus beau revirement de situation de ces 10 dernières années.

Adela : Parce que si on nous avait dit qu'on arriverait à passer un semestre ensemble, on ne l'aurait pas cru. Merci pour ce sourire constamment présent sur ton visage, et encore une fois bravo pour « la résilience » dont tu as su faire preuve. **Noémie**, je ne pouvais pas tellement te séparer d'Adela dans ces remerciements, merci pour ta grande grande générosité, ta bonne humeur permanente, ton humour cash et ton petit grain de folie. Malgré nos changements de vie nous avons su faire évoluer notre amitié et je suis fière de ça les filles. **Laure**, il aura fallu partir au Vietnam pour se rencontrer un début d'amitié pas banal bâti sur des « get » offerts, « bye one get one free » c'est bien ça non ?! **Thomas**, le plus beau !!!! Difficile de dire si ce sont tes bouclettes, ton rire communicatif ou ton déhanché qui me manquent le plus

Lyse, depuis la première minute de l'internat perdues dans la cambrousse jusqu'à la toute dernière, notre amitié n'a fait que grandir. Merci pour tes petits plats beurrés du dimanche soir, ta collection de vinyles, ton intransigeance musicale, d'avoir visionné cette dernière saison de GOT avec moi (vive Arya), une rencontre magnifique comme seule la loterie de l'internat peut en produire parce que géographiquement parlant c'était pas gagné.

Sam tout ce temps passé à refaire le monde sur notre banc miteux... On a frôlé l'escarre... Merci d'être cet ami réellement précieux, tellement mais TELLEMENT bavard et surtout si calme et tranquille parce qu'entre Lyse et moi ça ne doit pas être évident tous les jours pour toi.

Laura, ma coloc ! A notre cohabitation qui aura été débordante de pancakes, de joies, de films malheureusement inachevés pour cause de comas ; à cette blague nulle sur la salade César qui te fait tant rire ; à ces 2 semestres passés ensemble avant que tu ne prennes la poudre d'escampette... Cette erreur d'aiguillage aura été inspirée puisqu'elle a permis à nos routes de se croiser, pour encore longtemps j'en suis certaine.

A L'ANESTHESIE- REANIMATION

A Maude et Sandrine ; les mamans de substitution ! Merci pour toutes les pauses cafés, les mots doux, les sourires, l'absence de commentaires désobligeants après mes pertes de carte /clé/blouses.... Vous êtes définitivement les piliers de l'ombre de la spécialité.

A tous ceux qui sont partis du CHU mais auprès desquels j'ai eu la chance formidable d'apprendre, vous nous manquez.

Aux tatas siamoises :

Amélie il paraît que le Kanokad marche aussi en intra vésical.....

Laurie : qui va terroriser les piou piou ?!

Merci pour votre bonne humeur, votre bienveillance, votre implication auprès des internes, votre charisme face aux chirurgiens et surtout merci de répondre présentes à chaque fois que j'en ai besoin. Travailler avec vous c'est sérieux et fun à la fois, on ne peut que regretter que les plus jeunes grandissent sans vous. Je me permets de rajouter une petite dédicace à Clément ; un jour le capot viendra.

A Loïc, et cette façon si particulière d'évaluer un trouble cognitif (« vous me trouvez beau hein madame »), ça mériterait une publication... A ton extrême gentillesse, ton humour, ton flegme en toutes situations grâce à toi je m'énerve presque autant mais avec calme... PS : Pas d'inquiétude Fato t'a bien succédé en terme de racket de pain.

A Michel, te tutoyer dans ces remerciements est encore un supplice pour moi, merci pour ta disponibilité, et ton enseignement en anesthésie, sache que j'ai toujours la petite appréhension de me prendre une pichennette si je ne vois pas bien mon aiguille à l'écho...

A Flo, je dois t'avouer que tu me faisais peur (c'est toujours un tout petit peu le cas), **Daisy** : ta petite foulée quand le malade urge est remarquable, **Pierre-Eric** : à ton esprit de contradiction qui aura été stimulant, **Jérôme** : « mais putaaaaaaain »

Aux tatamates Steph, Zaza, Anna-Lisa, Caro : depuis les premières poses de péri chocolatées jusqu'à ce jour cela a toujours été une véritable richesse de passer du temps auprès de vous, d'abord en tant qu'enseignantes et maintenant en tant qu'amies. Votre générosité, votre empathie, votre soucis du patient et votre bienveillance n'ont d'égales que vos compétences. Merci du fond du cœur les filles pour tout ce que vous m'apportez depuis mon arrivée à Nice.

A la team de neurochir : Sabi, Francois, Zaz, votre expérience et votre gentillesse font beaucoup de bien dans ce bloc de P2, continuez d'être protecteurs avec les plus jeunes. Merci pour tout **Manue** (alias tata Badia! désolée mais si c'est employé dans les couloirs du bloc ça l'est aussi dans les remerciements), un véritable couteau suisse de la spécialité, tu es celle qui aura été présente à toutes les étapes de mon apprentissage, en réa, au déchocage, au bloc et qui m'aura regardé m'autonomiser cette dernière année avec bienveillance, merci pour tous tes précieux conseils passés et à venir.

Aux « vieux » que j'ai eu le plaisir de seconder lors de leurs purges respectives sur le tableau B, parce que le compagnonnage est tout aussi important :

La Roze, le mec capable de disserter 4h avec fougue sur la physiopath de la petite cellule du... bref... Ta bonne humeur, ton enthousiasme et ton investissement sont contagieux. **Mom** : c'est pas l'heure du biberon ?!, **Raph**, mon faisant fonction de grand frère qui m'a inspiré toute cette impertinence, **Fabien** : le mec inépuisable sans qui mes graph ne seraient pas aussi beaux et mon maître en terme de frontulite.

Claire parce que je sais qu'en vrai tu adores que je traîne dans tes pattes pendant les gardes : « 3h du mat'on le scanne !!! » merci pour ta rigueur, ta générosité et ta disponibilité peu importe l'heure, ton état de vigilance ou de satiété

Eve Marie, cette belle personne sous toutes ces couches de pudeur, un véritable puit de connaissances doté d'une grande humilité, des qualités qui font de toi un exemple à suivre (on m'en a demandé des choses improbables durant mon internat, mais vomir tu as été la seule), **Mika** : le GHT te rend meilleur chaque jour, **Plattoche** el Professor : au souvenir de ce médecin formidable à jamais disparu dans une cave.

Max merci pour ton implication dans le service ainsi qu'auprès des malades, ta patience, ton envie de transmettre toujours présente malgré les conditions pas toujours faciles, merci de te marrer toute la journée et merci de partager la même vision de la médecine que moi.

Tu l'auras compris ce semestre à Barraya n'aurait pas été le même sans toi, enfin je veux dire y aurait eu moins de GIF quoi....

A l'équipe de Draguignan qui m'a accueillie au berceau et à la draguiteam : Toto and Toto, Axel , Eva, Guigui pour ces 6 mois de vie de château...

A l'équipe de la réanimation polyvalente : Corine, Seb, JCO, Claire, Mika, Q, Eve Marie, merci pour toutes ces gardes improbables, votre enseignement pendant mon semestre, l'étoile noire (glissée ni vu ni connue), le cours de la bourse aux Coco points.... Petite mention à Audrey pour avoir su faire preuve d'indulgence parce que gauche et droite c'est pas toujours évident « l'important finalement c'est d'avoir mis une châtaigne dans le thorax» .

A Seb, toutes ces heures que tu passes auprès des patients, ta sensibilité et ta profonde humanité font de toi le formidable médecin que tu es. Je pense que la palme de la plus « belle » réanimation de mon internat te revient ; merci pour ce burger froid...

A tous les paramed de la réa poly : Nath, Olivier, Fred, Alex, Benoit, Leila, Otti, Mimo, LinePo, Isa, Beaumont, Zim, Cam, Pascal, Camille. A ceux du PO : Marine (ben si... on a tendance à l'oublier), Fred, Val, Laurianne, Cathy ; aux IADES de l'Archet : Aurore, Agnes, Flo, Yoyo, aux IADES de P2 : Grapounet (cœur cœur), Isa, Martha, Sigrid, Florie, Simon, Richard, Seb, Franck, Béné, Mumu. A tous ceux que j'oublie honteusement.... Merci de m'avoir empêché de tuer des gens

A la fine équipe antiboise : Gianni, Seb, Félix, Alain, Yannick, Berneu,(ben oui mais c'était relou de savoir ou te caser), je ne sais pas si je dois vous remercier pour les B4, l'autonomisation en anesthésie, les blagues machistes, les cours de fiscalité, les staffs sportifs... Allez, je le dis de manière officielle sur la thèse, Seb en fait mon préféré c'était...

A l'équipe de la réanimation DRIS : Christophe, Sami, Mélanie, JMF, Flo, Ben,, et à tous les paramed pour l'accueil, la bonne humeur, mais aussi le sérieux et la rigueur. Grâce à vous j'ai une nouvelle alarme horrible en tête, celle de l'ECMO. Ce semestre aura été l'un des plus enrichissants de mon internat tant sur le plan humain que médical. L'excellence pour tous chaque jour ! Merci.

A mes cointernes de la DRIS : Maxence, Nono, Adela, Camille (ben oui mais t'étais un peu une de nos co internes ma biche)**Manon, Thep** (rôle pas), **Théo, Margot**, franchement de belles rencontres, vous avez rendu mon retour aux sources encore plus savoureux. Sans le tableau des tirs, les monsieur/madame, les surchausses, les sandwiches dans la chambre de garde, les « merci de ranger vos affaires dans les 3 cm carrés qui vous servent de bureau/chambre de garde/cantine/salon de thé », les imitations de Maxence, l'accent Pagnolesque de Camille, les brancardages douteux au scanner, le « aaaah je meurs » de Nono, le New England nouvel état des Etats Unis et bien sûr sans los chirtos le semestre aurait été bien fade.

A l'équipe (restante à ce jour) de l'IULS : Guigui (pouki pouki), Aurore, Chloé, Fabien, Victor, Clément, Philippe (c'est Fabien qui a cassé ton horloge). Accrochez-vous, à la fin de l'épreuve des poteaux il n'en reste qu'un. Joli remake de Koh Lanta.

A la Barraya team : Nono, Amandine, Souhir, Dom, Xavier, Gabi, Céline, Francis, Gui. Grosse mention spéciale pour vous les hors la loi de l'IADErie, vous êtes l'âme de ce bloc, tous plus fous, adorables et compétents les uns que les autres... J'ai hâte de travailler à nouveau avec vous ! Ca promet....

A mes co-internes, la promotion 2014, camarades obligés devenus amis par choix, des personnalités hautes en couleurs qui font de cette année un cru millésimé. **Titi**, celui pour qui la rime est loin d'être synonyme de frime, tu es l'ultime qui trime dans cet abîme mais tu restes néanmoins toujours

sublime (Et BIM ! Paye ta maxime). **VB** à cette présidence de l'internat, à cette revue, à ton TADAH, encore désolée (ou pas) pour le véto sur les poules. **VA**, avec le recul barbie pouf c'était peut-être un peu too much, **PJ** à ta narcolepsie (on pourrait organiser une expo photo avec tous ces dossiers), à la joie d'avoir clôturé cette décennie en ta compagnie, à ta magnifique couverture de thèse..... **Flo** à ces 2 semestres passés ensemble avec ton petit accent et tes doigts de pieds LITTERALEMENT en éventail. **Marion**, à ton franc parlé toujours élégant et juste.

Ludo, à cette phrase que tu m'as dite un jour, non pas déjà mais « seulement 5 ans », je crois qu'avec ces 3 mots tu as tout dit.

Lucky mon compagnon de colline, que j'adore taquiner mais toujours avec énormément d'affection sans doute parce que tu es celui qui s'apparente le plus à un frère pour moi au sein de cette promotion. Le plus discret d'entre nous tous mais loin d'être sans saveur, tu n'es pas perché, tu es juste rêveur. Merci d'avoir supporté mon sale caractère avec classe pendant 6 mois, j'espère arriver à boire un petit café en Colombie en ta compagnie.

Marine, mon acolyte, écrire ce paragraphe alors que tu es juste en face de moi n'est pas chose aisée... Le soleil de cette promo, je dois te remercier d'être celle que tu es, de t'être véritablement invitée dans ma vie, d'avoir su faire preuve de patience, de persévérance et de compréhension. Merci pour ton optimisme sans faille qui éclaire tous ceux qui t'entourent, pour ton amour des gens, pour tes « on ne sait pas ce qu'il va se passer » et pour *ton cœur* gros comme ça. Je suis extrêmement fière d'être ton amie et heureuse d'être ta co-interne/-chef/-mplice sur le prochain « semestre », j'ai hâte de partager cette belle aventure avec toi, alors sèche tes yeux et boucle ta valise. C'est parti.

A tous mes autres co-internes :

A Chloé ; ce n'est pas une erreur de t'avoir « rangé » parmi mes co-internes, tu ne croyais tout de même pas que j'allais te laisser à l'IULS (au figuré dans ces remerciements bien sûr et pourquoi pas au propre...), à ta répartie, ta pertinence, ta droiture et surtout merci de volontairement râler autant que moi, je sais que l'unique but est de faire en sorte que je me sente moins seule. Ton amitié et ton soutien auront été d'une aide plus que précieuse ce dernier semestre. Ton ouragan a de qui tenir.

Alizée, je vois bien que tu as envie d'un peu de désordre sous ces tonnes d'organisation millimétrées, tu ne m'auras pas trompée! Tu sais que je ne peux pas m'empêcher de te taquiner...Une réelle gentillesse, une profonde sensibilité et une grande générosité sont les véritables traits qui te caractérisent, sois en sûre tu ne seras pas débarrassée de moi de sitôt, pour ta plus grande joie j'en suis certaine ^^ **César**, à ces regards qui en disent long. **Eric**, le seul homme qui aura réussi à me faire changer d'avis, **Carlo**, vraiment garde ce rire contagieux il est juste parfait ; **Francky** je sens que je vais te passer le flambeau du chat noir, **Ophélie** à ton humour complètement décalé, **Carole** à ton investissement au sein de l'internat et surtout à ta magnifique technique de ski. **Willem** garde ton magnifique sourire, ta fraîcheur et ton enthousiasme.

A tous les autres : Léonore, Shoulix, Dany, Thomas, Pierre, Romane, Claudia, Kekou..... A ceux que je ne cite pas car ces remerciements vont être plus long que cette thèse accrochez-vous, éclatez-vous, investissez-vous et surtout soyez bienveillants et protecteurs les uns avec les autres, c'est le plus important.

A mes copains urgentistes : Tiphaine, Max, Céline, Julie, Hugo... Parce que c'est toujours savoureux et inattendu...

Enfin que serait notre belle spécialité sans nos amis chirurgiens : A Clem et toutes ces gardes improbables partagées, elles avaient un petit goût de sel... Ben, Damien, Daniela, grâce à vous le côlon deviendrait presque mon organe préféré...Coincoin, la seule à m'avoir attendu devant les portes de l'hôpital pour me convaincre d'endormir ses patients. T'es une grande malade. A Greg, Boris, Flo, Lucas (fais moi confiance, un jour le mistral te manquera un peu moins), parce que vous vous êtes clairement trompés de spécialité les gars, Laure, pitié ne change pas en grandissant, Jérémy : surveillance Laure pour qu'elle pousse droit, Jean Luc, à ton esprit dérangé, Amandine, même à 5h du mat au moins on se marrait, je te préviens j'arrête de brancarder. Fanny, grâce à toi je suis parée pour tous les cataclysmes obstétricaux.

A toutes les personnes qui sont venues assister à ma soutenance et que je n'ai pas cité, pardon et merci .

Table des matières

RESUME	18
BACKGROUND	19
METHODS	19
RESULTS.....	20
1) Epidemiology	20
2) Withholding and withdrawal decision making (Fig1)	20
3) Care organization for EOL (Fig 2)	22
4) Self opinion and perception EOL (Fig 3, Fig 4)	23
DISCUSSION	24
CONCLUSION	26
BIBLIOGRAPHY	27
<i>Survey sent to doctors</i>	29
<i>Survey sent to residents</i>	32
SERMENT D’HIPPOCRATE.....	34
ABSTRACT	35

Abréviations

BIS: Bispectral index

EOL : End of life

ICU : Intensive care unit

LAT : Limitation des thérapeutiques

MAR : Médecins anesthésistes-réanimateurs

Ph. : Physicians

Rdt : Resident

SFAR : Société Française d'Anesthésie Réanimation

WW : Withholding and Withdrawal

RESUME

Introduction:

En France, les décès survenant après décision de limitation des thérapeutiques (LAT) concernent près de 10% des patients admis en réanimation. La loi Clayes-Léonetti de 2016 vise à encadrer nos pratiques. L'objet de ce travail est d'analyser la prise en charge actuelle des médecins anesthésistes réanimateurs (MAR) français concernant cette population de patients.

Méthodes :

Deux sondages nationaux ont été réalisés. Le premier consistait en un questionnaire comportant 30 questions à choix multiples portant sur des données démographiques, la prise de décisions de LAT et la poursuite des soins. Il a été diffusé via la Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR) aux MAR adhérents. L'évaluation des pratiques a été réalisée à l'aide de 2 cas cliniques. Le second questionnaire comportait 24 questions et a été diffusé aux internes d'anesthésie réanimation via la SFAR jeunes.

Résultats :

Le sondage, réalisé entre octobre 2016 et octobre 2017 a obtenu 695 réponses (574 séniors et 121 internes), issues en majorité de Centre Hospitalier Universitaire et de réanimation médico-chirurgicale.

Les praticiens prennent les décisions de LAT de façon collégiale (88%), un tiers d'entre eux ne consignent pas la décision dans le dossier médical, 46% associent systématiquement la présence d'un tiers dans la décision et seulement un tiers des médecins recueillent les directives anticipées lors de l'admission des patients en réanimation.

La grande majorité d'entre eux poursuivent l'alimentation et l'hydratation. Dans la moitié des cas, ils ne bénéficient pas de protocole de sédation analgésie. Seulement 5% des médecins sont complètement satisfaits de leur prise en charge, les praticiens réclament davantage de moyens de monitoring de la douleur.

Conclusion :

On remarque une extrême hétérogénéité de prise en charge des LAT entre les MAR nécessitant la mise en place de protocoles afin d'homogénéiser les pratiques et de faciliter la prise en charge de ces malades particulièrement en ce qui concerne les soins de support et la sédation analgésie.

BACKGROUND

End of life (EOL) management is a daily problem in intensive care unit (ICU). In a recent worldwide audit of ICUs 13% of 9 524 included patients had a decision to withhold or withdraw life-sustaining treatment (1). Among 50% of death occurring in ICU, are secondary to a decision of withholding or withdrawal (WW) life support because of futility (2). Several ways to manage end of delivery sustaining therapies, have been described (3,4). EOL care practices are greatly influenced by cultural, organizational, and religious differences (5) and makes it often complex, results in increased health-care economics and stresses the health-care system (6). Caregivers are directly impacted by such decision and EOL is a well-known risk factor identified for burn out (7) (8,9).

In France, legislation of this practice evolved during the last decade. The Leonetti law (10), published in 2005, defined for the first time the way to conduct a decision for limitation of care. This one was enriched and intended to frame our medical exercise in 2016 (11). Deep and continuous sedation is now allowed in terminally ill patients, including patients in a vegetative state. However, the way to conduct this one is not well defined and could be a potential source of difficulties for healthcare intensivists and nurses. Moreover the end for supportive care such as hydratation, airway management or nutrition is also debated.

A recent report from the task force of World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine encourages Societies to debate about end of life cares in ICU and to take a leading role in developing guidelines in each countries (12). The first step is so a real need for an undertake review of the attitudes and beliefs of healthcare and caregivers in French ICUs. The purpose of this study is to review the current practice concerning EOL management in French ICUs.

METHODS

Two surveys were conducted on EOL practice in French ICU between October 2016 and October 2017, by the way of a numeric survey file sent by mail twice during the period to anesthesiologists, intensivists, all members of the “Société Francaise d’Anesthésie Réanimation” (SFAR), and to residents (Rdt) using mailing of the “SFAR Jeunes”. The numeric survey consisted on 30 questions for the senior intensivists and 24 questions for Rdt with multiple choices divided in 4 sections: 1) epidemiology, 2) WW decision making, 3) care organization (section not present on Rdt survey) and 4) self opinion. Because of complexity of situations, 2 case reports were submitted to participant to illustrate (Annexe). Answers were automatically online collected on Excel® software (Microsoft, Santa Rosa , CA). Results were expressed in absolute values (percentage) and mean±SD as appropriate.

RESULTS

1) *Epidemiology*

Table 1: Demographic characteristics

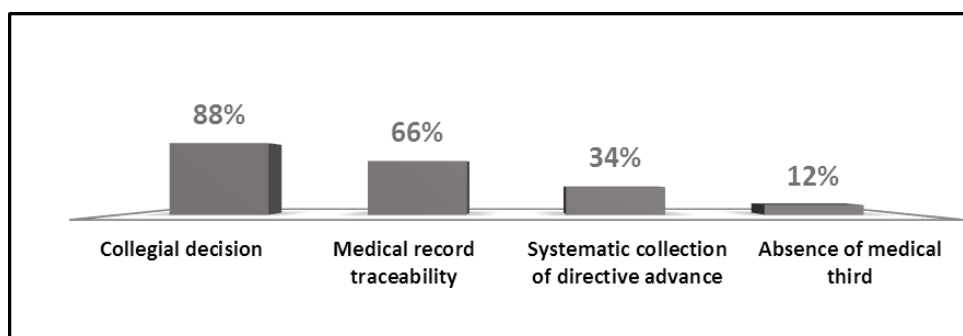
From October 2016 to October 2017, 3500 doctors and 2250 Rdt were contacted, 574 physicians (Ph.) and 121 Rdt participated to the study. Participation rate was respectively 16% for intensivists and 5% for Rdt. The population was constituted by 61,2% of men (425/695) and 38,8% of women (270/695). The experience was of less than 5 years (including juniors), in 40,3% of cases (n= 279/692) between 5 and 15 years for 26,6% of them (184/692) and more than 15 years for 33,1% of them (229/692). The exercise was localized in medico surgical unit for 57,9% (372/636), surgical unit for 33,8% (217/636); and in a medical unit for 8,3% (53/636). University institution represents 60,5% (385/636), and 42,4% (270/637) took care over 15 beds units.

		Seniors	Residents
Type	Men	354/574 (61,7%)	71/121 (58,7%)
	Women	220/574 (38,3%)	50/121 (41,3%)
Type of ICU	Medico surgical	302/521 (58%)	70/121 (57,9%)
	Surgical	183/521 (35,1%)	34/121 (28,1%)
	Medical	36/521 (6,9%)	17/121 (14%)
Number of unit beds	< 10	128/516 (24,8%)	2/121 (1,7%)
	10 to 15	199/516 (38,6%)	38/121 (31,4%)
	> 15	189/516 (36,6%)	81/121 (66,9%)
Structure	University center	282/515 (54,8%)	103/121 (85,1%)
	General hospital	161/515 (31,3%)	18/121 (14,9%)
	Private hospital	44/515 (8,5%)	0
	Private hospital with public interest	28/515 (5,4%)	0

2) *Withholding and withdrawal decision making (Fig1)*

Decision for care limitation occurred one to two times monthly for 40%. Thirty four percent of responders declared to always collect anticipated directive and 29% never. The decision was initiated after a formalized collective meeting for 88% and reported in medical files using standardized sheet in 66,7%. Twelve percent never associated an external medical participant for decision making as legally proposed, 42% sometimes and 46% always.

Physicians declared that family or the trusted person was associated to decision for 70%.



Concerning Rdt, and their presence in EOL decisions 49,6% declare to always participate to decisions, 47,1% sometimes and 3,3% never. (Table 2).

Table 2: Main results of resident survey

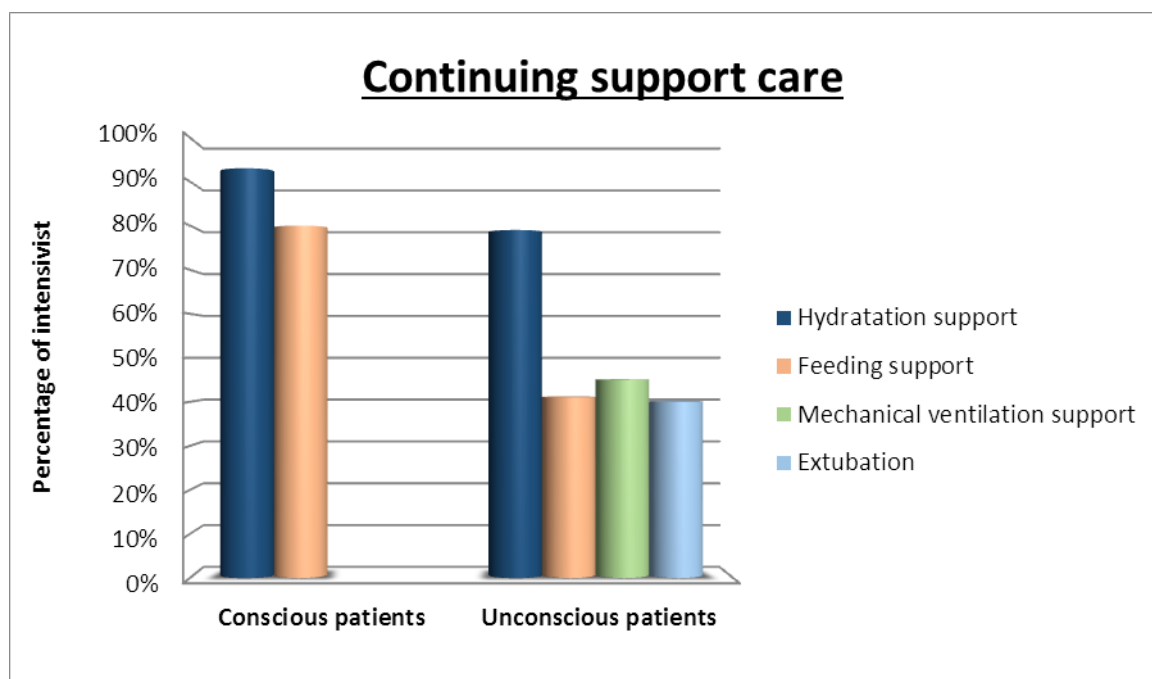
		Residents
Meeting for EOL decisions	Yes	87,6% (106/121)
	No	1,7% (2/121)
	sometimes	10,7% (13/121)
Are you present during the meeting?	always	49,6% (60/121)
	never	3,3% (4/121)
	sometimes	47,1% (57/121)
Can you clearly express your opinion?	yes	89,3% (108/121)
	No	10,7% (13/121)
Do you think your opinion matter?	yes	71,1% (86/121)
	No	28,9% (35/121)
Daily psychologist support for you	yes	19% (23/121)
	No	81% (98/121)
Are you present during ad consult?	yes	32,2% (39/121)
	No	12,4% (15/121)
	sometimes	55,4% (67/121)
Do you have a terminal sedation protocol to be autonomous	yes	26,4% (32/121)
	No	73,6% (89/121)
Are you disappointed by terminal extubation?	yes	11,6% (14/121)
	No	88,4% (107/121)
Do you sometimes feel precipitate death patient	yes	57,9% (70/121)
	No	42,1% (51/121)
Wish you more monitoring way to this patients?	yes	54,5% (66/121)
	No	45,5% (55/121)

3) Care organization for EOL (Fig 2)

This field was only analyzed with senior intensivists. Fifty five percent of responders declared to discontinue *ventilation* support and 41% realized extubation after decision making. In case of dyspnea on conscious patients, no ventilation support was decided for 86% of responders, and deep sedation introduction reported for 97% in this case.

Life support, as hydration or nutritional support was maintained differently according to the neurological state of patients. Hydration and nutritional support were continued in respectively 80% and 41 % of Ph. for unconscious patients, whereas nearly 80% continue to feed patients and 90% continue to hydrate in conscious ones.

Fig 2: Withholding and withdrawal care practice



A continuous sedation support, is used for 94%, associating sedation and analgesia. A third of Ph. declare sedation and analgesic control are managed without using sedative scales as traditionally used for ICU patients and a half of Ph. declare not having sedation and analgesia protocol. The optimal sedation is monitored clinically according to nurse perception (88%) and family report (69%). Vegetative reflex as tachycardia, or variation of blood pressure are monitored in 78%. Monitoring support as Bispectral index (BIS) is used in 6%.

4) Self opinion and perception EOL (Fig 3, Fig 4)

Only 5% of Ph. responders and 7% of Rdt responders were completely satisfied by the organization of care withdrawal, particularly in analgesic monitoring during this timing.

Fifty seven percent of Rdt have the feeling to precipitate patient’s death, 58% of them and 50% of doctors would support the use of monitoring (BIS,...) for this patients. Only 12% of Ph. and Rdt would not change their practices according to supplementary monitoring way.

Sixty-three percent of Ph. responders and 81 % of Rdt didn’t report a psychologist support during this period and emphasize the potential helpful.

Fig 3: Evaluation of self-satisfaction scale about comfort care management in EOL care from 1: “totally unsatisfied” to 9: “totally satisfied”

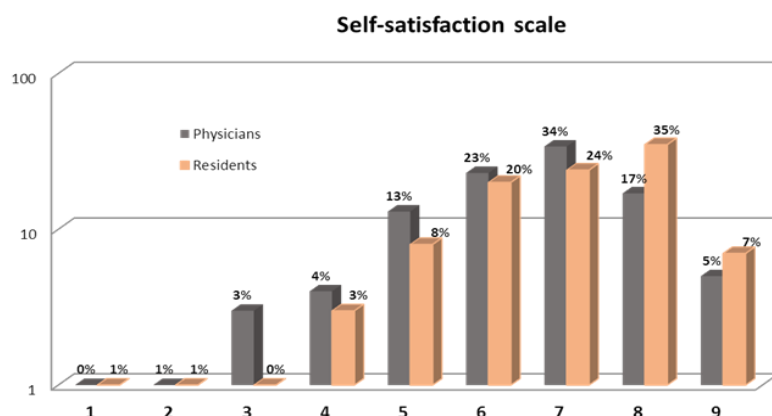
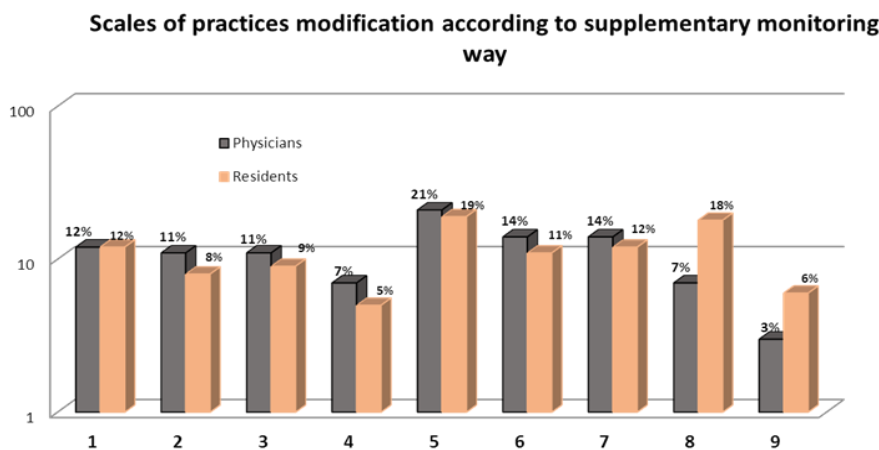


Fig 4: Scale of practices modifications according to supplementary monitoring way from 1: “no modification at all” to 9 “total modification”



DISCUSSION

In France, the Leonetti law, first law on EOL management, was published in 2005 (13). According to this legal text, medical care, whose only purpose would be the prolonged artificial maintenance of life, could be stopped to offer a dignified EOL for patients with no medical issue. Physicians could administer treatment to relieve pain in terminal care patients even if a secondary effect of this one was to shorten life and had to inform and state in medical record on this eventuality. For unconscious, decision had to be taken after collegial meeting, associating all caregivers (Ph., nurse) and if available an external opinion. The Leonetti law introduced also the trusted person concept who was named by the patient, and the notion of advanced directives. This law was, recently, enriched and intended to frame our medical exercise accurately concerning the way to relieve patients. In February 2016, the Claeys-Leonetti law was published authorizing deep and continuous sedation with analgesia until death after collegial briefing (14). This new law reinforced also the important part of advanced directives, and the place of the trusted person, if the patient is unconscious. It clearly mentioned the possibility to stop artificial feeding and hydration in case of deep sedation. The French Ethic National Committee auditioned SFAR, about WW life-sustaining therapy in France in April 2018 and they recommended to evaluate the Claeys-Leonetti law impact because of a large practical heterogeneity between Ph. (15). Our study is the first step in this way, owing to have an evaluation of EOL in our French ICU. The need for this approach has been already realized in other countries.

For example in 2017, a German study was published about clinical practices, limits and opinions about EOL decisions (16). The survey consisted in 59 questions to German anesthesiologists, the goal was to analyze points how to improve EOL management. Seventeen thousand forty-four anesthesiologists were contacted, 821 anesthesiologists (4,8% participation rate) participated to this survey, 541 results were analyzed and showed that many points could be improved: encourage writing of advanced directives, organize more ethics meetings into the ICU and highlight the absence of nurses' education to EOL care, absence of support to families and mostly the absence of standard procedures for EOL management. Other surveys also evaluate the practice in Italian ICU (17). The survey consisted in 29 questions for Italian intensivists. Physicians declared that WW life-sustaining treatments decisions result from consensus only in 58% of them against 81% reported in our study. Comparing to our big data, the lack of sedation protocol and management for life support (hydration and nutritional stop) was also quite important respectively 20% and 4%.

So we reported, the first and the largest French survey conducted on EOL management which took into account a large number of medical caregivers. We could be disappointed by the rate

of responder (16%), however it probably underestimates the real number of intensivists really involved by the problem because the survey was sent to all the French anesthesiologist and intensivist community, by the way of the SFAR mailing list. As the real rate of MAR working in ICU is around 1:3, we could expect that the 574 Ph. and 121 Rdt could represent a higher rate of responders and express a real interest for the caregivers and the need for help in this situation particularly because of the negative feeling in front of EOL.

We expressed a large number of practices concerning every fields of EOL care: decisions making, advance directive, presence of psychologist support for families or caregivers, comfort care such as pursuit of feeding, hydratation or mechanical ventilation, terminal sedation, service protocol use and monitoring. The mean result for all procedures is the large practical heterogeneity between French caregivers in front of EOL.

Caregivers are not globally satisfied about the way to conduct EOL. Explanation could be by the lack of protocol for management. Half of Rdt feels to precipitate death; fifty percent of Ph. declare the need to supplementary monitoring way for helping management. This displeasure on EOL management is essential to understand because it can have a negative impact, it could be a source of conflict between caregivers or between medical and paramedical team and could improve burn out risk. Rdt feels mostly uncomfortable with EOL management, so several measures can be taken to improve their practices: they should be systematically associated to seniors during meeting decisions, information to family and could benefit of training with simulation cases to improve their attitude towards families, sedation management and comfort care. This situation deserves to be teaching such as any other intensive care situations. We could so expect that homogenization of practice, according to guidelines support, could be potentially beneficial in this way. Instauration of standardize protocol for EOL care including sedation protocol, airway management, hydratation and feeding pursuit may improve patient's care, team satisfaction and could also facilitate family information. Moreover, 63% of Ph. declare not having daily psychologist presence to help them, paramedical team or family in case of needed situation. This psychologist support, associated to free access to ICU and implication of family members in EOL care such as comfort care could improve acceptance of EOL process, caregivers feeling and relationship between caregivers and family.

Our study was conducted from October 2016 to October 2017, only few months after the publication of the Claeys-Leonetti law. However only 88% of Ph. reported a stop in life sustaining therapy after collective meeting. Moreover only 66% noticed decision in medical sheet and only 34% of them try to collect advance directive whereas these measures were proposed since 2006. This non

accordance with the law could be explained probably by different ways however the cultural negative vision of death for caregivers could be a potential explanation.

Forty two percent always associate medical third in discussion as legally which means that majority of intensivists never do or not systematically. Legally medical third is a doctor outside the unit who does not know the patient. During collective meeting patient medical history is exposed to this one to give an objective opinion concerning EOL decision. Medical third opinion is an important point in EOL decision but as reported, his presence is not systematic probably secondary to organization difficulties.

As all surveys, our study has some limitations. Firstly, it's a declarative study, some data are lacking because of incomplete data, 71% of Ph. answer the entire survey. Even a large number of answers, we could expect that only care givers concerned to this problem answered to the survey and it could be a potential bias for analysis. We conducted this survey only few months after the new law publication, and we could not have an idea on the knowledge and practice of participant for this one. It would be so interesting to conduct a new practical evaluation several months after law publication. Endly, we reported in this study the medical doctor vision of EOL, but it will be of interest to have the opinion of other care givers as nurse particularly.

CONCLUSION

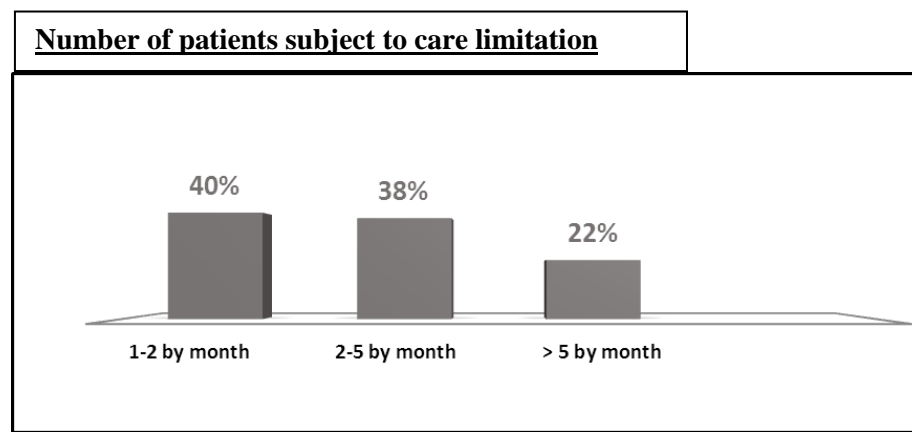
Heterogeneity for EOL management is important, this present survey underlines need for improving EOL care in French ICU on several fields: psychologist support, professional training, decisions making, sedation protocol and monitoring. The lack of guidelines is associated with a discomfort for EOL management in caregivers. Our French intensive societies have an important role to help caregivers for improving management in this particular setting of EOL.

BIBLIOGRAPHY

1. Lobo SM, De Simoni FHB, Jakob SM, Estella A, Vadi S, Bluethgen A, et al. Decision-Making on Withholding or Withdrawing Life Support in the ICU: A Worldwide Perspective. *Chest*. 2017;152(2):321-9.
2. Orban J-C, Walrave Y, Mongardon N, Allaouchiche B, Argaud L, Aubrun F, et al. Causes and Characteristics of Death in Intensive Care Units: A Prospective Multicenter Study. *Anesthesiology*. 2017;126(5):882-9.
3. Coombs MA, Addington-Hall J, Long-Suthehall T. Challenges in transition from intervention to end of life care in intensive care: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. mai 2012;49(5):519-27.
4. Wunsch H, Harrison DA, Harvey S, Rowan K. End-of-life decisions: a cohort study of the withdrawal of all active treatment in intensive care units in the United Kingdom. *Intensive Care Med*. juin 2005;31(6):823-31.
5. Wong W-T, Phua J, Joynt GM. Worldwide end-of-life practice for patients in ICUs: *Curr Opin Anaesthesiol*. janv 2018;1.
6. Hartog CS, Reinhart K. Staff and family response to end-of-life care in the ICU. *Curr Opin Anaesthesiol*. avr 2018;31(2):195-200.
7. Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers: *Curr Opin Crit Care*. oct 2007;13(5):482-8.
8. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement-Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals: A Call for Action. *Chest*. 2016;150(1):17-26.
9. Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit J-F, Pochard F, et al. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med*. 1 avr 2007;175(7):698-704.
10. Malaquin-Pavan E. [Leonetti Law, care and end of life. Rights, liberties and end of life]. *Soins Rev Ref Infirm*. sept 2006;(708):27.
11. Rousset G. [End of life, the recommendations of the Claeys-Leonetti report]. *Soins Rev Ref Infirm*. févr 2015;(792):5.
12. Myburgh J, Abillama F, Chiumello D, Dobb G, Jacobe S, Kleinpell R, et al. End-of-life care in the intensive care unit: Report from the Task Force of World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care*. août 2016;34:125-30.
13. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie
14. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. 2016-87 févr 2, 2016.
15. Avis du Comité Ethique - La SFAR. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation.

16. Weiss M, Michalsen A, Toenjes A, Porzsolt F, Bein T, Theisen M, et al. End-of-life perceptions among physicians in intensive care units managed by anesthesiologists in Germany: a survey about structure, current implementation and deficits. *BMC Anesthesiol.* 11 2017;17(1):93.
17. Cortegiani A, Russotto V, Raineri SM, Gregoretti C, Giarratano A, Mercadante S. Attitudes towards end-of-life issues in intensive care unit among Italian anesthesiologists: a nation-wide survey. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* juin 2018;26(6):1773-80.

SUPPLEMENTARY DATA



Survey sent to doctors

- Demographic data

Question 1: You are: a man/ a woman

Question 2: Years of experience: Less than 5 years/ 5 to 15 years/ More than 15 years

Question 3: You work in: a medical intensive care unit (ICU)/ a surgical ICU/ a medico surgical ICU

Question 4: Number of unit bed: less than 10/ 10 to 15/ more than 15

Question 5: In what kind of hospital: University center/ General Hospital/ Private hospital/ Private hospital with public interest

- EOL decision

Question 6: In your unit, for how many patients do your take decision of withdrawal or withholding sustaining life therapy by month? 1-2/ 2-5/>5

Question 7: Do you use standardized sheet reported in the medical record? Yes/no

Question 8: The decision is taken after a collective meeting: yes/ no/ sometimes

Question 9: Do you include a medical third in the EOL decision? Yes/ no/ sometimes

Question 10: Do you collect advances directives for conscious patients at the admission time in ICU? Yes/ no/ sometimes

Question 11: Do you involve family or trusted person in the discussion? Yes/ no/ sometimes

Question 12: Do you take account about religious belief patient in your EOL decision? Yes/ no/ sometimes

- In case of withholding or withdrawal life sustaining therapies

Question 13: Do you authorize free access to family patient in case of EOL? Yes/ no

Question 14: Do you have a psychologist available daily in your unit for families, patients or caregivers? Yes/ no

Question 15: Do you feed patients?

- Conscious one: yes/no
- Unconscious one: yes/ no

Question 16: Do you hydrate patients?

- Conscious one: yes/no
- Unconscious one: yes/no

Question 17: Do you use anxiolytics?

- Conscious patients: yes/ no
- Unconscious patients: yes/no

Question 18: Do you have a sedation and analgesia protocol in your unit? Yes/ no

- Sedation management and pursuit care:

Scenario 1:

You take care of a 75 years old patient with an evaluate Parkinson disease in your service for a serious brain injurie. At day 25 his Glasgow coma scale is 4 (opening eyes: 2, verbal response: 1, motor response:1) he is intubate, depend on spontaneous ventilation with inspiratory aid, he grimaces in a permanent way. After collegial meeting you decide a withholding life treatment.

Question 19: You decide to maintain a mechanical ventilation: yes/no

Question 20: Do you extubate the patient?

Question 21: Do you think this patient need: sedation (hypnotic)?/ Analgesia? (morphine)/Both?/ Nothing?

Question 22: By witch administration?: Continuous?/ Iterative administration as required?/ Both?/ Nothing?

Scenario 2:

You have in charge a 35 years old patient with chronic kidney failure on a serious meningeal hemorrhage caused by aneurysm rupture with persisting right hemiplegia, tendinous retraction and severe denutrition.

On day 42, he is breathing by himself, on dialysis and opponent to nurse care.

He is suffering from a new septic choc.

After collegial meeting you decide a withholding life treatment

Question 23: Do you think this patient need: sedation (hypnotic)?/ Analgesia? (morphine)/Both?/ Nothing?

Question 24: By witch administration?: Continuous?/ Iterative administration as required?/ Both?/ Nothing?

Question 25: Your patient is suffering of respiratory distress, you: intubate him/ do not intubate him

Question 26: In this case, do you set up or increase sedation? Yes/ no

- Evaluation

Question 27: How do you monitor comfort patient in EOL care in case of unconscious patient? Family opinion/ caregivers opinion/ Vegetative reflex (tachycardia, blood pressure, respiratory rate)/ sedation and analgesia scale/ monitoring equipment (Bispectral index)

Question 28: Are you satisfied of your comfort care in case of EOL? From 1 "totally unsatisfied" to 9 "totally satisfied"

Question 29: Do you wish more monitoring way for these patients? Yes/ No

Question 30: Do you believe that this supplementary monitoring way could change your medical practices? From 1 "not at all" to 9 "totally"

Survey sent to residents

- Demographic data

Question 1: You are: a man/ a woman?

Question 2: You actually are in which semester? (answer from one to ten)

Question 3: Question 3: You work in: a medical intensive care unit (ICU)/ a surgical ICU/ a medico surgical ICU

Question 4: Number of unit bed: less than 10/ 10 to 15/ more than 15

Question 5: In what kind of hospital: University center/ General Hospital/ Private hospital/ Private hospital with public interest

- EOL decision

Question 6: The decision is taken after a collective meeting: yes/ no/ sometimes

Question 7: Are you present during EOL decision meeting? Yes/ no/ sometimes

Question 8: Can you express your opinion? Yes/no

Question 9: Do you think that your opinion matter? Yes/no

Question 10 : Do you have a psychologist available daily in your unit for you? Yes/ no

Question 11: Are you present during ad consultation with your chief? Yes/ no/ sometimes

- In case of withholding or withdrawal life sustaining therapies

Question 12: Do you have a sedation and analgesia protocol in your unit to be autonomous in care of these patients? Yes/ no

Question 13 : Are you disappointed by extubation of these patients? Yes/no

Question 14: Do you always call your supervisor if patient seems to be uncomfortable? Yes/ no

Question 15: You have already felt disappointed about the care of these patients? Yes/ no

Question 16: Have you sometimes the feeling to precipitate death patient? Yes/ no

- Sedation management and poursuit care:

Scenario 1:

You take care of a 75 years old patient with an evaluate Parkinson disease in your service for a serious brain injurie. At day 25 his Glasgow coma scale is 4 (opening eyes: 2, verbal response: 1,

motor response:1) he is intubate, depend on spontaneous ventilation with inspiratory aid, he grimaces in a permanent way. After collegial meeting a withholding life treatment is decided. Patient is extubated, sedation and analgesia are increased, hydratation and feeding are stopped.

Question 17: Do you agree with this support? Yes/ no

Question 18: If no, why ? Extubation/ Deepening sedation/ Deepening analgesia/ stopping hydratation/ Stopping feeding/ Any

Scenario 2:

You have in charge a 35 years old patient with chronic kidney failure on a serious meningeal hemorrhage caused by aneurysm rupture with persisting right hemiplegia, tendinous retraction and severe denutrition.

On day 42, he is breathing by himself, on dialysis and opponent to nurse care. He

He is suffering from a new septic choc.

After collegial meeting you decide a withholding life treatment.

Your patient is suffering from dyspnea. He is intubated for comfort with FiO2 21% in controlled ventilation, analgesia and sedation is started on continuous intravenous and hydratation is stopped

Question 19: Do you agree with this support? Yes/ no

Question 20: If no, why? Intubation/ sedation/ analgesia/ stopping hydratation/ any

- Evaluation

Question 21: How do you monitor comfort patient in EOL care in case of unconscious patient? Family opinion/ caregivers opinion/ Vegetative reflex (tachycardia, blood pressure, respiratory rate)/ sedation and analgesia scale/ monitoring equipment (Bispectral index)

Question 22: Are you satisfied in your comfort care in case of EOL? From 1 "totally unsatisfied" to 9 "totally satisfied"

Question 23: Do you wish more monitoring way for these patients? Yes/ No

Question 24: Do you believe that this supplementary monitoring way could change your medical practices? From 1 "not at all" to 9 "totally"

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

ABSTRACT

Purpose:

In France, death after decision to withdrawal or withholding sustaining life therapies concerns about 10% of intensive care unit (ICU) patients. Clays-Leonetti law published in 2016 intend to frame our medical exercise. The purpose of this study is to review the current practice concerning end of life (EOL) management in French ICU.

Methods:

Two national surveys were conduct, the first one consisted in 30 multiple choices questions about epidemiology, EOL decisions making, care organization and self opinion sent by mail to senior physicians members of Société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR). Evaluation of practices on analgesia and sedation was conduct with two clinical cases. The second survey consisted in 24 multiples choices questions sent by mail to residents members of SFAR jeunes.

Results:

Between October 2016 and October 2017, 695 physicians participated to the study. They majority work in a medico surgical unit in an University Center. Withholding and withdrawal life sustaining therapies decisions occur after collegial meeting (88%), a third doesn't report decision in medical record, 46% always include medical third in decision making and only a third of physicians collect anticipate directive. Majority of them continue support care on these patients. In half of cases they haven't sedation and analgesia protocol. Only 5% of physicians are completely satisfied of EOL care, where a better pain monitoring support is expected.

Conclusion:

Heterogeneity for EOL management is important between physicians, we need to improve care and set up protocols to help physicians particularly concerning analgesia and sedation.