



HAL
open science

Le processus décisionnel en situation d'urgence chirurgicale digestive au sein du binôme médecin anesthésiste-réanimateur / chirurgien

Margot Arminot-Frémaux

► To cite this version:

Margot Arminot-Frémaux. Le processus décisionnel en situation d'urgence chirurgicale digestive au sein du binôme médecin anesthésiste-réanimateur / chirurgien. Ethique. 2020. dumas-03231185

HAL Id: dumas-03231185

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03231185v1>

Submitted on 6 Sep 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de master. Il est gratuitement et librement mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie à des fins pédagogiques et de recherche en vue d'améliorer le partage et la diffusion des savoirs.

Ce document est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur conformément aux conditions imposées par la licence et dans le respect des dispositions prévues par le Code de la propriété intellectuelle (CPI, L122-4).

Il est prévu notamment une obligation de référencement et de citation précise du document lorsqu'il est utilisé ou employé comme source.

Toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite ou autre contravention au respect du droit d'auteur est susceptible d'entraîner des poursuites (CPI, L 335-2-L 335-10).

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

Université de Paris

Faculté de médecine

Laboratoire d’Ethique médicale et médecine légale

Année 2020

N° 2020M2REM06

Le processus décisionnel en situation d’urgence
chirurgicale digestive au sein du binôme médecin
anesthésiste-réanimateur / chirurgien

Par Margot Arminot-Frémaux

Mémoire de Master 2 de Recherche en Ethique Médicale

Co dirigé par Monsieur Bernard Ennuyer et le Dr Arié Attias
Présenté et soutenu publiquement le 9/09/2020

Devant un jury composé de :

Mme le Professeur Marie-France MAMZER, PU-PH

Président

M. Marcel-Louis VIALARD, professeur associé

M. Bernard ENNUYER, chercheur HDR

Mme Caroline DESPRES, chercheuse

Mme Marie MICHON, PhD ATER

M. Jean-Claude K. DUPONT, chercheur



Le processus décisionnel en situation d'urgence chirurgicale digestive au sein du binôme médecin anesthésiste-réanimateur / chirurgien

Résumé :

Prendre la décision d'effectuer une chirurgie digestive lourde en urgence chez certains patients, notamment âgés et comorbides, peut s'avérer difficile pour les médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) et les chirurgiens digestifs. Aucune étude ne s'est intéressée au vécu et au processus décisionnel à l'œuvre au sein du binôme MAR / chirurgien digestif face à ces situations.

Nous avons mené une étude qualitative auprès de MAR et de chirurgiens digestifs exerçant dans des centres pratiquant la chirurgie digestive en urgence, en France. Une vignette clinique était proposée suivie d'un entretien semi directif. Les résultats étaient analysés manuellement, selon la méthode d'analyse de contenu thématique.

En Mars 2020, 4 chirurgiens digestifs et 4 MAR exerçant en CHU étaient inclus. Ils percevaient tous la décision de récusation pour une chirurgie dans un contexte d'urgence vitale comme une décision de limitation de soins à part entière. Aucun critère ne faisait consensus pour départager les patients : seuls ceux déjà en cours de prise en charge palliative ou grands déments grabataires étaient aisément récusables. Il s'agissait d'une prise de décision anxiogène pour les médecins, qui plébiscitaient l'anticipation ou le transfert à une équipe pluridisciplinaire, après avoir mené une chirurgie suivie d'une réanimation d'attente. Le partage de la décision était défendu dans le sens d'une construction commune, où chacun apportait sa part d'expertise. Le MAR était reconnu comme spécialiste de l'état général ; tandis que les chirurgiens digestifs oscillaient entre un avis purement technique et une légitimité à évaluer l'état global du patient. Le réanimateur venait former un trio médico-chirurgical participant à la prise de décision quand aucun autre professionnel extérieur n'était mobilisable. Les conflits, fréquents, étaient attribués à des difficultés organisationnelles plutôt qu'à la décision d'opérer en elle-même. La situation géographique du patient au sein de la structure hospitalière déterminait qui devait l'informer, laissant ainsi le MAR dans un rôle de soutien auprès du chirurgien, de l'urgentiste ou du réanimateur.

Les MAR et les chirurgiens digestifs sont en accord avec le peu de recommandations existantes concernant les limitations et arrêts de traitement péri opératoires. La réalité du consensus apparent dans le discours pourrait être interrogée via une étude de plus grande envergure avec un versant d'observation anthropologique.

Discipline : [Sciences du Vivant [q-bio] / Éthique]

Mots clés :

[Chirurgie digestive / Anesthésie réanimation / Limitations des thérapeutiques actives / Etude qualitative / Décision partagée / Urgence chirurgicale]

The decision-making process in a digestive surgical emergency situation within the anesthesiologist / surgeon pairing

Abstract:

Making the decision to perform major emergency digestive surgery in some patients, particularly elderly and comorbid, can be difficult for anesthesiologists and digestive surgeons. No studies have examined the experience and decision-making process of the anesthesiologists / digestive surgeon pair in these situations.

We conducted a qualitative research among anesthesiologists and digestive surgeons performing emergency digestive surgery. A clinical case was proposed followed by a semi-structured interview.

In March 2020, 4 digestive surgeons and 4 anesthesiologists practicing in university hospitals were included. They all perceived the decision to disqualify surgery in a life-threatening emergency context equivalent to a decision of withholding or withdrawing life sustaining therapies. There was no consensus on the criteria for deciding between patients: only those already under palliative care or severely bedridden or demented were easily disqualified. It was an anxiety-provoking decision for the doctors, who favored anticipation or transfer to a multidisciplinary team, after having carried out surgery followed by a standby resuscitation. The sharing of the decision was defended in the sense of a common construction. The anesthesiologist was recognized as a specialist in general condition; whereas digestive surgeons oscillated between a purely technical opinion and a legitimacy to assess the overall condition of the patient. The intensivist helped to form a medical and surgical team, participating in decision-making when no other external professional was available. Conflicts were frequent, but attributed to organizational difficulties rather than to the decision to operate per se. The patient's geographical location within the hospital structure determined who was to inform him, leaving the anesthesiologist in a supporting role to the surgeon or the intensivist.

Anesthesiologists and digestive surgeons are in agreement with the few existing recommendations regarding peri-operative limitations of life sustaining therapies. The reality of the apparent consensus in the discourse could be questioned by a larger survey with an anthropological observation side.

Keywords:

[Digestive surgery / Anesthesiology / Withholding and withdrawing life sustaining therapies / Qualitative study / Decision sharing / Emergency]

*A mon mari,
Rien ne serait possible sans toi*

Remerciements

A Monsieur Bernard Ennuyer, mon directeur de mémoire, qui a encadré ce travail avec une grande bienveillance et a toujours été de bon conseil,

Au Docteur Arié Attias, codirecteur de ce mémoire, qui m'a soutenue dans ce projet de Master 2 et dont l'aide et les avis ont été précieux cette année,

A tous les enseignants du Master pour la richesse de leurs cours et de leur réflexion,

A tous les médecins qui ont accepté de participer à cette étude, merci pour la confiance que vous m'avez témoignée,

A mes collègues de promotion, meilleur groupe y compris virtuel,

A mes parents, pour leur amour et leur soutien indéfectible, et les formidables grands parents qu'ils sont,

A mes deux petits monstres, Gaspard et Félix, qui chacun à leur manière ont participé à l'écriture de ce mémoire, surtout en faisant la sieste,

A mes amis (Julie, Alexia, Max) qui ont assisté, patients, à la rédaction de ce mémoire au fin fond des Corbières, et supporté mes doutes et incompétences informatiques en tout genre,

A JB et Sarah pour la piscine et le wifi, car Sarahestlaplusbelle!

Table des matières

INTRODUCTION	9
PREMIERE PARTIE : CONTEXTE DE L'ETUDE	11
CHAPITRE 1 : LA LIMITATION DES SOINS EN CONTEXTE D'URGENCE	11
1) <i>Le cadré légal de la limitation des soins</i>	11
2) <i>L'urgence vitale</i>	14
CHAPITRE 2 : LA PRISE DE DECISION.....	16
1) <i>Qu'est-ce qu'une décision ?</i>	16
2) <i>Les relations entre MAR et chirurgien</i>	17
CHAPITRE 3 : LA QUESTION DE L'AGE	19
DEUXIEME PARTIE : ETUDE DU PROCESSUS DECISIONNEL EN SITUATION D'URGENCE CHIRURGICALE DIGESTIVE AU SEIN DU BINOME MEDECIN ANESTHESISTE – REANIMATEUR / CHIRURGIEN	22
CHAPITRE 1 : PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE	22
CHAPITRE 2 : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	23
1) <i>Type d'étude et objectif</i>	23
2) <i>Mode de recrutement</i>	23
3) <i>Traitement de l'information recueillie</i>	24
4) <i>Aspects réglementaires et éthiques</i>	25
CHAPITRE 3 : RESULTATS DE LA RECHERCHE	25
1) <i>Caractéristiques de la population et des entretiens</i>	26
2) <i>Analyse verticale</i>	27
3) <i>Analyse horizontale</i>	35
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION	46
CHAPITRE 1 : DISCUSSION DE LA METHODOLOGIE.....	46
CHAPITRE 2 : DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ANALYSE THEMATIQUE	47
1) <i>Sur la décision d'abstention chirurgicale en urgence</i>	47
2) <i>Sur la notion de décision partagée entre MAR et chirurgien digestif</i>	49
3) <i>Sur la question des conflits entre MAR et chirurgien digestif</i>	50
4) <i>Sur l'information du patient et de sa famille</i>	52
5) <i>Perspectives</i>	53
CONCLUSION	55
LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS	57

BIBLIOGRAPHIE	58
TABLE DES FIGURES.....	65
TABLE DES TABLEAUX.....	66
ANNEXES.....	I
Annexe 1 - Note d'information et formulaire de consentement pour la participation à une recherche I	
Annexe 2 - Guide pour les entretiens semi dirigés, individuels (trame non remise aux participants) ... V	
Annexe 3 - Avis du Comité d'Ethique et de la Recherche de la SFAR (CERAR)	VI

Introduction

En France, environ 60 % des décès ont lieu à l'hôpital [1], dont près de 20 % au sein des unités de réanimation ou de soins continus [2]. Dans les services de soins critiques, la grande majorité des décès survient après une procédure de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives (LATA) [3]. Il existe un cadre légal fort pour ces dispositions de LATA, depuis la création des unités pilote de soins palliatifs en 1986 en passant par la Loi Léonetti en 2005, jusqu'à la Loi dite Claeys Leonetti en 2016. Si toutes ces lois ont été promulguées dans l'objectif d'éradiquer le « mal mourir » [4] et les décisions unilatérales et solitaires de la part des médecins, certaines situations restent difficiles à appréhender avec un haut risque d'attitudes inadaptées. L'urgence vitale, qui nécessite d'être réglée sans délai sous peine que le patient décède, en est un bon exemple. Elle exige une prise de décision rapide par le médecin alors que les éléments nécessaires à la réflexion font souvent défaut. Quand la prise en charge implique une chirurgie en urgence, c'est toute une procédure de soins qui peut être mise en œuvre, sans retour en arrière possible. Or, pour certains patients, la décision à prendre en urgence peut finalement être celle de ne pas agir, de limiter les soins curatifs pour s'orienter vers des soins de confort exclusifs car les opérer constitue une obstination déraisonnable.

Mais qui sont ces patients ? Et comment acter d'une telle décision dans le contexte d'incertitude propre à l'urgence ? Les médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) et chirurgiens digestifs constituent un binôme régulièrement confronté à ces problématiques, particulièrement durant les périodes de garde, la nuit et le week-end [5]. Des patients lourdement comorbides, parfois âgés, dont la qualité de vie est jugée médiocre, leur sont présentés pour une pathologie nécessitant une chirurgie digestive en urgence. Pourtant, ils ne sont pas tous opérés et certains décèdent dans les suites d'une décision de limitation d'accès à la chirurgie prononcée de concert par le MAR et le chirurgien digestif examinant leur cas. Aucune statistique ne fait état de ces situations.

Il n'existe à ce jour pas de critères consensuels menant, dans l'urgence, à exclure un patient du circuit chirurgical ; et la décision prise au sein du binôme MAR / chirurgien digestif est empreinte de la subjectivité de chacun. Il s'agit de situations que j'ai expérimenté à maintes reprises au cours de mon internat d'anesthésie-réanimation et qui ont été sources de nombreuses interrogations éthiques.

L'étude qui suit a été réalisée afin de mettre en lumière les étapes du processus décisionnel menant à opérer, ou non, un patient en urgence ; et les critères pris en compte par chaque spécialiste. L'interaction MAR / chirurgien digestif était au cœur du questionnement, avec un intérêt

particulier pour les modalités du partage de la décision médicale dans ce type de situation ainsi que pour la transmission de la décision au patient et à ses proches.

Première partie : Contexte de l'étude

Chapitre 1 : La limitation des soins en contexte d'urgence

1) Le cadré légal de la limitation des soins

En France, en 2001, l'étude du collectif LATAREA [6] constate que près de la moitié des décès survenant dans les services de réanimation font suite à une mesure de LATA. Par limitation des thérapeutiques, on entend le maintien des soins en cours sans escalade, tandis que l'arrêt des thérapeutiques actives est un arrêt des thérapeutiques de support des fonctions vitales (par exemple : ventilation mécanique, hémodialyse ...etc.) ; une non admission en réanimation équivalant à une limitation implicite du niveau d'engagement des soins. Il n'est jamais question d'arrêter les soins : hygiène, analgésie voire sédation sont poursuivis. Cette étude met en évidence que, dans près de 12% des cas, la décision de LATA est prise par un seul médecin, et la volonté du patient n'est recueillie que dans 8% des cas. Il n'existe alors aucun encadrement légal de ces procédures. Plusieurs lois vont suivre, créant ainsi un cadre strict pour les situations de limitation et d'arrêt des traitements.

Tout d'abord en 2002, la *Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*, dite Loi Kouchner [7], est élaborée après une consultation inédite de la population via des états généraux dans plusieurs villes françaises. Elle place l'autonomie du malade au cœur de la relation de soins, consacrant le droit à l'information des malades et le consentement aux soins, et instaurant dans le même temps la notion de personne de confiance [8]. Dans les suites de cette loi, aucun soin ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne ; ce consentement est révocable à tout moment (Art. L. 1111-4). Cependant, les modalités de l'expression de la volonté du patient et son respect par le médecin restent à définir, notamment pour les patients en fin de vie.

Ainsi en 2005, après de multiples auditions de personnalités par une commission dédiée de l'Assemblée Nationale dirigée par Jean Leonetti, et synthétisées dans le rapport intitulé « *Respecter la vie, accepter la mort* » [9] , la *Loi relative aux droits des malades et à la fin de vie*, dite Loi Léonetti [10], vient énoncer clairement les droits des patients en situation de fin de vie. Cette loi est votée à l'unanimité. Au sein de ce texte, la mort est décrite comme un processus physiologique qui doit être respecté quand il doit survenir, et l'obstination déraisonnable y est condamnée. Sont considérés

comme « *déraisonnables* » les actes médicaux ou traitements « *lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie* », ces actes peuvent alors être « *suspendus ou ne pas être entrepris* » (Art. L. 1110-5). Les grands principes de cette loi, outre le refus de l'acharnement thérapeutique, sont : la mise en place des directives anticipées valables jusqu'à 3 ans après leur rédaction ; le renforcement du rôle central de la personne de confiance dont l'avis prévaut sur tout autre membre de la famille et doit systématiquement être pris si le malade ne peut s'exprimer ; la définition des LATA et l'acceptation du double effet des médicaments sédatifs [11] et antalgiques ainsi que le développement des soins palliatifs. La mise en place d'une LATA doit se faire à l'issue d'une procédure collégiale (faisant intervenir un médecin extérieur) si le malade n'est pas en état de s'exprimer (Art. L. 1111-13). La Société Française de Réanimation de Langue Française (SRLF) publie des recommandations en 2009 qui intègrent l'évolution de la loi et propose un formulaire type d'aide à la réflexion collégiale [12] qui est depuis largement utilisé dans les services et participe à la traçabilité de la discussion au sein des dossiers des patients. La loi de 2005 vient ainsi encadrer juridiquement la médicalisation de la fin de vie : l'administration de substances visant à soulager le malade bien que risquant d'abrégé sa vie est autorisée car c'est l'intentionnalité qui compte selon le principe du double effet [13], mais l'euthanasie et le suicide assistés demeurent en revanche formellement interdits.

Il persiste néanmoins, au niveau de la population, une crainte du « mal mourir » comme en témoigne le rapport de la *Commission de réflexion sur la fin de vie* (dit Rapport Sicard) remis fin 2012 [14], complété par l'avis 121 du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) en 2013. Associés à la consultation citoyenne menée en 2013, ces différents écrits font état du sentiment que la loi de 2005 n'est que partiellement appliquée avec notamment un cloisonnement des soins palliatifs et curatifs, un défaut d'égalité d'accès aux soins palliatifs et une formation insuffisante des professionnels de santé ; faisant craindre une fin de vie jugée indigne pour certains. L'ensemble aboutit au vote (sans unanimité mais avec une large majorité), en 2016, de la *Loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie*, dite Loi Claeys-Leonetti [15] ; et ayant pour objectif affiché d'offrir aux citoyens une fin de vie digne et accompagnée, avec le meilleur apaisement possible de la souffrance. Cette loi peut se lire à différents niveaux :

- La fin de vie : le suicide assisté et l'euthanasie demeurent interdits, l'obstination déraisonnable est définie pareillement qu'en 2005 avec, en sus, la notion que l'hydratation et l'alimentation constituent des thérapeutiques qui peuvent être arrêtées en contexte de LATA. A l'issue d'un arrêt des traitements curatifs, qu'il soit du fait de la demande du malade ou d'une procédure collégiale, il y a obligation de mettre en place des soins palliatifs qui sont définis comme *actifs et continus*.

- Le respect de la volonté des personnes : le directives anticipées sont renforcées [16], sans limite de validité et surtout contraignantes pour le médecin (elles s'imposent sauf en cas d'urgence le temps d'évaluer la situation ou si elles apparaissent inappropriées à l'issue d'une procédure collégiale) ; le rôle de la personne de confiance est réaffirmé ; et le patient est au centre de toute décision (en cas d'impossibilité d'exprimer sa volonté, ses directives anticipées prévalent l'avis de la personne de confiance).
- Le cadre de la procédure collégiale [17] : elle peut être demandée par le médecin en charge du patient ou sa personne de confiance / proches, et ces derniers doivent être informés de la tenue d'une telle réunion ainsi que de son issue. En pratique, cette procédure réunit le médecin demandeur ainsi que l'équipe de soins et au moins un médecin consultant sans lien hiérarchique avec le service ; la volonté du patient (recueillie directement si possible ou via ses directives anticipées ou sa personne de confiance) doit systématiquement être prise en compte. La décision de LATA est prise par le médecin en charge du patient à l'issue de la procédure et il en porte la responsabilité.
- L'accès à la sédation profonde et continue [18] : pour tous les patients qui en font la demande et qui présentent une maladie grave et incurable avec un pronostic engagé à court terme, ou un état de souffrance réfractaire, ou si l'arrêt des traitements risque d'entraîner de la souffrance. Si le patient ne peut la demander, cette sédation est possible à l'issue d'une procédure collégiale. Bien que déjà autorisée implicitement en 2005 sous la forme d'une sédation proportionnée, la sédation est ici clairement définie comme profonde et continue, avec l'objectif de provoquer une altération de la conscience jusqu'au décès [19] et associée à un arrêt de toutes les thérapeutiques maintenant la vie.
- La traçabilité : de l'ensemble des procédures de LATA dans le dossier du patient est obligatoire, toutes les décisions doivent être argumentées.

En 2018, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) fait le bilan de l'application de la loi de 2016 [20]. Le constat est globalement positif bien que contrasté : la loi offrant une prise en charge adaptée à l'immense majorité des parcours et étant de plus en plus appropriée sur le terrain ; bien qu'il persiste encore trop de diversité de prise en charge et insuffisamment de places de soins palliatifs ainsi qu'un défaut de recherche universitaire dans la discipline. Par ailleurs, les Etats Généraux de la Bioéthique menés en 2018 [21] ont confirmé la satisfaction des professionnels de santé vis-à-vis des possibilités offertes par la loi de 2016, tout en mettant en évidence les craintes persistantes de la population sans qu'aucun consensus sociétal ne se dégage, en faveur ou en défaveur, du suicide assisté et de l'euthanasie qui restent prohibés. A ce jour, aucune mesure spécifique n'est venue compléter ou préciser les modalités d'application de la loi dans les situations

d'urgence, hormis concernant la possibilité de ne pas tenir compte des directives anticipées en urgence.

2) L'urgence vitale

L'origine du concept d'urgence est latine, le verbe *urgere* signifie tout d'abord « presser, peser sur » en latin classique [22], au sens physique et non temporel. Puis peu à peu s'installe une connotation d'immédiateté, chez Cicéron « *l'occasion urge* » dans Les Philippiques, il faut s'en saisir au moment où elle passe. En français, l'adjectif *urgent* reste rare jusqu'au 14^{ème} siècle, et désigne « ce dont on doit s'occuper sans retard, sous peine de mort » [23], son usage est cantonné à la médecine et plus particulièrement, pour son substantif *urgence*, à la chirurgie [24]. Ce n'est qu'au 20^{ème} siècle que le terme d'urgence s'installe peu à peu dans tous les champs de la vie, bien qu'il reste toujours corrélé au vital.

Le propre de l'urgence est donc la nécessité d'agir rapidement. Chaque heure compte : par exemple dans le sepsis où la survie est directement corrélée à la rapidité d'administration d'une antibiothérapie adéquate [25], ou également en traumatologie où le temps pré hospitalier prolongé est associé à une surmortalité [26]. Comment trouver le temps de la réflexion éthique dans l'urgence de *l'agir* pour ne pas entraîner une perte de chance ? Quand la décision en jeu est celle de limiter ou non les thérapeutiques il est, de plus, particulièrement difficile de respecter le cadre des procédures collégiales édictées par la loi Claeys-Leonetti et le Code de Déontologie. Pourtant, chaque année, 5 à 7 % des décès intra hospitaliers ont lieu au sein du service des urgences [2], et une étude prospective effectuée en France en 2010 sur les patients décédés aux urgences retrouvait une décision de LATA pour 78,8 % d'entre eux, prise par un médecin seul dans 19,9 % des cas [27]. Il s'agit de situations complexes car ces services sont peu adaptés au calme et à la réflexion nécessaires à l'instauration sereine d'une LATA, et ne disposent pas toujours de lieux adaptés pour accueillir les proches. Pourtant, la réalité se heurte à la théorie, et bien que la loi n'ait pas prévu cette situation, de multiples LATA ont lieu *aux urgences* et *en urgence*. En ce sens, la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) et la SRLF ont édité en 2018 des recommandations communes à cet effet [28], actant de la possibilité et du caractère bien fondé de formuler une LATA en situation d'urgence (y compris en pré hospitalier) afin de ne pas s'engager dans une obstination déraisonnable au seul motif que les conditions idéales ne sont pas réunies. Ces recommandations préconisent de rechercher avant tout à connaître la volonté du patient, via ses directives anticipées ou ses proches ; d'essayer d'obtenir son dossier médical ; de respecter tant que possible le caractère collégial de la décision, quitte à mettre en place une collégialité « *restreinte* » via un simple avis téléphonique à un

autre médecin en dehors des heures ouvrables ; et de mener une réanimation dite « *d'attente* » dans tous les cas où la décision est difficile à prendre, cette réanimation pouvant toujours être interrompue par la suite. Néanmoins, la mise en œuvre d'une réanimation d'attente, définie et utilisée en néonatalogie depuis les années 1980 [29,30] comme « une réanimation entreprise en situation d'urgence, le temps de réunir les éléments d'un diagnostic », et depuis transposée en médecine adulte, pose évidemment la question de sa durée et de son objectif ; le risque étant toujours celui de ne pas réévaluer la situation suffisamment rapidement et de prolonger des soins qui apparaîtront finalement disproportionnés.

En médecine péri opératoire, la question de limiter les thérapeutiques via le questionnement sur un accès ou non à la chirurgie en urgence existe également. Les patients peuvent se trouver aux urgences, et entrer ainsi dans le contexte décrit précédemment ou bien être déjà hospitalisés en salle de chirurgie ou en réanimation. Qu'il s'agisse d'une pathologie chirurgicale aiguë ou d'une complication venant émailler une prise en charge en cours, la chirurgie peut alors apparaître déraisonnable au même titre que d'autres soins curatifs. Là encore, l'urgence du *faire*, vient entraver le temps de la discussion éthique : si l'on prend l'exemple de l'ischémie mésentérique aiguë avec atteinte transmurale, chaque heure sans opérer fait augmenter le risque de résection digestive étendue et de sepsis au décours [31], avec un impact majeur sur la qualité de vie ultérieure (stomie, malabsorption). Pourtant, l'acte chirurgical peut marquer le point d'entrée dans un cursus de soins parfois (trop) lourd pour certains patients. Le Comité d'Éthique de la SFAR, conscient de cette problématique, a publié en 2018 sous la forme d'une Conférence d'Essentiel des recommandations inhérentes à ces situations [32], reconnaissant également la possibilité de ne pas entreprendre de chirurgie mais restant très prudent et préconisant la réanimation d'attente pour toutes les situations où il existe une incertitude sur la pertinence de la chirurgie, notamment faute d'informations sur les antécédents médicaux ou la qualité de vie du patient. Hormis pour le patient en état moribond évident, grand dément ou en situation palliative connue ; aucune autre situation n'y est envisagée ou précisée comme pouvant constituer un obstacle à une chirurgie en urgence. Aucune étude, à notre connaissance, n'a interrogé les MAR et les chirurgiens sur leur vécu de ces situations. Une vignette clinique sur ce thème publiée en 2018 [33], relatait le cas d'une patiente âgée de 94 ans pour laquelle se posait la question d'une chirurgie digestive en urgence devant un tableau abdominal aigu, qui était opérée faute d'informations suffisantes sur son état général permettant de statuer son caractère réanimatoire ou non, et qui évoluait vers une défaillance multiviscérale post opératoire menant à une LATA après consultation de ses proches qui rapportaient une dépendance majeure. Il semblait dans ce cas clinique impossible de prononcer une LATA en urgence du fait d'un défaut d'informations et de l'absence des proches.

Enfin, si la SFAR a émis des recommandations spécifiques sur le sujet, il n'en n'existe pas en chirurgie. Pourtant en contexte péri opératoire, au-delà du geste en lui-même et de son caractère irréversible, la spécificité de la situation tient au fait que la décision d'opérer est prise à la fois par le MAR et le chirurgien. Cette coresponsabilité amène à s'intéresser au concept de décision partagée.

Chapitre 2 : La prise de décision

1) Qu'est-ce qu'une décision ?

D'un point de vue étymologique, « décider » vient du latin *decidere* qui signifie « trancher » [34]. La toute première théorie de la décision se retrouve chez Aristote dans *L'Ethique à Nicomaque*, et fait de la décision l'aboutissement du processus de délibération. Cette décision doit être prise au bon moment, il faut que l'occasion soit favorable et le temps opportun pour prendre la bonne décision et faire le bien, c'est le *kairos* [35] grec.

Par la suite, de multiples conceptualisations de la décision vont coexister, aussi bien en philosophie qu'en psychologie, en économie ou en droit. On peut notamment s'intéresser aux travaux de l'économiste et sociologue Herbert Simon, qui propose en 1947 la notion de « rationalité limitée » selon laquelle la rationalité du décideur est nécessairement limitée, car sa décision s'intègre dans un environnement complexe qui restreint la possibilité des choix et impose de nombreuses contraintes au décideur [36] ; cela va à l'encontre du concept de « décideur isolé » et parfaitement rationnel et exempt de contraintes qui était présenté jusque-là par Frederick Taylor ou Henry Ford. Herbert Simon introduit l'idée que la décision finale n'est jamais optimale, mais tout juste satisfaisante ; et qu'elle est prise à la suite d'un processus qu'il décompose en trois étapes « IMC » : Intelligence (identification du problème), Modélisation (évaluation de toutes les solutions possibles) et Choix (hiérarchie des solutions après élaboration de critères et choix d'une solution). Si la prise de décision en médecine peut parfois se rapprocher du modèle de Simon, la décision médicale ne peut *in fine* pas être décrite par les modèles classiques de la décision utilisés en économie, tant son environnement est incertain [37] et les biais cognitifs importants. De plus, le processus aboutissant à la prise de décision se fait à plusieurs dans le contexte qui nous intéresse ici, à savoir celui de la procédure collégiale ou a minima de la délibération entre MAR et chirurgien.

Dès lors, il s'agit d'une délibération collective en contexte d'incertitude. Comment valider la solution qui est apportée ? La théorie de la Justice [38], défendue par John Rawls en 1971 propose

que chaque acteur d'une prise de décision collective opère son choix sous « voile d'ignorance » (il ne sait pas qui il est au sein du choix), et qu'ainsi chacun cherchera toujours à maximiser son gain au cas où il occuperait la pire position (c'est le *maximin* de la Théorie des Jeux). Pour John Rawls, ce procédé est garant de choix juste pour tous, c'est l'éthique procédurale de la justice. Mais ce concept utilisé pour l'élaboration des lois ou l'attribution de biens de santé par exemple, n'est pas applicable pour la prise de décision en urgence : chacun sachant parfaitement qui il est et de quel côté de la maladie il se situe.

En revanche, Jurgen Habermas va proposer une éthique de la discussion [39,40] qui s'avère pertinente en éthique médicale : selon lui, les hommes, en discutant tous ensemble, font émerger une rationalité universelle ; c'est l'argumentation qui fonde la norme morale. Il se démarque de J. Rawls par le fait que chaque individu participant à la discussion le fait en tant qu'agent moral, il sait qui il est et cela n'empêche pas d'aboutir via l'intersubjectivité de la discussion à une solution morale. De nombreuses critiques suivront, mais l'éthique de la discussion telle qu'elle est défendue par J. Habermas permet de justifier la tenue de procédures collégiales comme garantes d'une décision la plus éthique possible pour un patient car universellement acceptable du fait de sa construction. Bien que l'éthique ne soit pas la morale, et qu'aucune solution ne soit universelle ; il semble toutefois raisonnable de faire confiance à la discussion pour faire émerger des solutions aux cas particuliers.

2) Les relations entre MAR et chirurgien

Dans les cas où la décision est prise en urgence en contexte péri opératoire, au sein du binôme restreint MAR / chirurgien digestif, il est évident que l'intersubjectivité est limitée. Cependant, l'effort de discussion, s'il a lieu, projette déjà les interlocuteurs dans une dimension supérieure à celle du monologue. C'est le fait de construire une décision qui est éthique, plus que la décision en elle-même. Pour autant, la discussion entre les deux parties peut se révéler difficile notamment du fait de référentiels éloignés des deux spécialités, et les conflits sont une réalité indéniable.

D'une part, l'identité professionnelle telle que décrite par Claude Dubar et Renaud Sainsaulieu [41], comme l'identité sociale ancrée dans la profession (constituant ainsi une socialisation secondaire), est différente pour les deux corps de métier. En effet, si les trois niveaux de l'identité professionnelle sont le monde vécu du travail, les relations de travail et les trajectoires professionnelles ainsi que la perception de l'avenir [42]; on entrevoit ce qui peut séparer MAR et chirurgiens. En ce qui concerne les MAR, le sociologue Yann Faure a publié en 2005 un article sur

l'histoire de la profession [43]. Il y rapporte plusieurs points essentiels sur l'identité professionnelle des anesthésistes : l'anesthésie n'est reconnue comme spécialité que depuis 1966 et accessible via le concours de l'internat que depuis 1981 (il s'agissait auparavant d'un certificat, moins prestigieux), l'origine sociale des MAR est encore aujourd'hui essentiellement celle de primo accédants à la médecine (*i.e.* non issus de famille de médecins), le poids des représentations sociales de la profession persiste avec une tendance à s'incliner devant le chirurgien et à minimiser les rapports de domination de la part des chirurgiens (malgré une professionnalisation intense des MAR avec des avancées majeures sur la sécurité des patients et un combat syndical fort). Du côté des chirurgiens, ils exercent la plus ancienne spécialité médicale, individualisée de celle des barbiers depuis 1750 [44]. Emmanuelle Zolesio, sociologue, s'est intéressée à la socialisation chirurgicale dans plusieurs articles où elle dessine les contours de la profession [45,46]. Elle décrit la chirurgie comme opérant avant tout une socialisation de « renforcement » en venant confirmer une identité pré existante et qui convient au métier : il s'agit le plus souvent d'hommes, issus de milieux favorisés et ayant une disposition naturelle à l'action, au leadership, à l'assurance sociale et à l'endurance physique ainsi qu'un faible intérêt pour la relation avec le patient (au moins les premières années de leur exercice, l'acquisition de la technique étant au centre de leurs préoccupations). Les chirurgiens ont la certitude d'appartenir à une élite, renforcée par un cursus « à la dure » particulièrement sélectionnant, notamment pour les femmes [47]. En somme les chirurgiens ont naturellement, et de par leur parcours, un comportement dominant, à l'opposé de celui des MAR traditionnellement plus discrets. Néanmoins, il ne s'agit pas de réalités figées, bien au contraire. La chirurgie est une spécialité en pleine transformation [48] à la fois de par sa féminisation, sa segmentation en multiples sous-spécialités, et la perte partielle de son prestige associée à une réelle crise de recrutement [49]. En parallèle les MAR voient également leur spécialité évoluer et prendre ses lettres de noblesse avec l'avènement de la médecine péri opératoire dont ils sont les référents reconnus en France depuis plusieurs années [50] et qui a montré son bénéfice sur la survie des patients [51,52].

D'autre part, il est usuel et enseigné à la faculté que les décisions médicales doivent se baser sur l'Evidence Based Medicine (EBM, médecine basée sur les preuves). Mais l'erreur fondamentale est de penser que l'EBM ne fait référence qu'aux données de la littérature scientifique. En 1995, D.L. Sackett définit l'EBM comme la conjonction de trois facteurs : les données issues de la littérature scientifique, mais aussi l'expérience du praticien et enfin la volonté du patient. Dès lors, si chirurgiens et MAR peuvent s'entendre sur la littérature scientifique, il n'en va pas de même pour l'expérience qui est propre à chacun. Du fait d'une culture métier différente comme nous l'avons vu précédemment, mais aussi de trajectoires personnelles et professionnelles variées, la part

expérimentale qui fait partie prenante de la prise de décision du MAR et du chirurgien peut constituer un point de désaccord difficile à expliciter.

Par ailleurs, si dans les textes le respect mutuel est de mise, les conflits sont monnaie courante au bloc opératoire. Une étude effectuée en Espagne en 2007 [53], via des questionnaires adressés aux anesthésistes, rapportait des conflits fréquents entre chirurgiens et anesthésistes (60,7 % des répondants en avaient l'expérience, et ce une fois par semaine au moins dans 21 % des cas) ayant des causes variées (durée opératoire, décision d'opérer, information de la famille ...); et plus prégnants en situation d'urgence, essentiellement imputés à l'absence de travail en équipe ainsi qu'à des objectifs et intérêts différents. Cette question des conflits et de la communication entre anesthésiste et chirurgiens est de plus en plus étudiée [54–56] et a mené, en France, à des recommandations spécifiques de la SFAR [57] et de la HAS [58] afin d'en limiter la gravité et la portée sur la sécurité des patients [59].

Néanmoins, MAR et chirurgiens se doivent de dépasser les écueils de leurs différences identitaires ainsi que les conflits les opposant. En effet, d'un point de vue purement juridique, ils sont coresponsables des décisions péri opératoires car tous deux en charge du patient.

Chapitre 3 : La question de l'âge

Dans les contextes de décision de LATA en urgence, au détour d'un acte chirurgical, une des questions clés est celle de l'évaluation du patient : à la fois sur sa qualité de vie antérieure et à venir, mais également sur le pronostic de la pathologie sous-jacente. Une population de patients est la plus à même de poser cette problématique, un engagement de soins lourds pouvant être déraisonnable pour eux : il s'agit des patients dits « âgés ».

Il est extrêmement difficile, voire impossible, de définir via un âge civil le moment où l'individu bascule dans le champ de la vieillesse [60], bien que l'OMS fixe encore le seuil à 65 ans ; ce qui peut prêter à sourire dans nos sociétés où une grande partie des personnes sont encore en activité professionnelle à cet âge. Cette notion de l'âge fait débat en sociologie, de même que les notions d'autonomie et de dépendance qui sont sujettes à des interprétations subjectives [61]. En médecine, la question de l'âge est essentiellement traitée sous un angle déficitaire : perte d'autonomie, perte d'audition, perte d'un état de santé ... Il existe des échelles d'évaluation plus ou moins globales, des questionnaires portant sur l'autonomie telle l'Activity of Daily Living (ADL) de Katz [62] ; ou la

classification en groupes iso ressources (GIR) via la grille AGGIR pour l'attribution de prestations sociales en lien avec le niveau d'autonomie. Mais on ne parle ici que d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne : qu'en est-il de l'autonomie pour les prises de décision ? Il n'y a pas d'échelles pour la mesurer. Pour tenter de palier aux limites des échelles, le gold standard en gériatrie est actuellement l'Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS) dont l'objectif est d'évaluer le sujet âgé sur le plan médical mais également social, cognitif, et fonctionnel afin de cerner au mieux ses besoins [63]. A l'issue de cette EGS, les praticiens ont la possibilité de situer l'individu sur une échelle dite de « fragilité », de robuste à grabataire, selon les travaux de Rockwood et Fried [64]. Ce concept de *fragilité*, né aux Etats-Unis dans les années 2000 amène à la création du syndrome éponyme : un sujet fragile est sur la corde raide, il est à haut risque d'hospitalisation et de décès et ses capacités de récupération sont moindres ; cet état étant néanmoins réversible avec une prise en charge adaptée (mise en place d'aide au domicile, kinésithérapie, adaptation des traitements ...). En urgence, l'évaluation gériatrique fine est impossible et les échelles utilisées par des personnes non spécialisées et sans vision globale ne rendent pas compte de la réalité du patient. Par ailleurs un évènement aigu est souvent un état de rupture avec l'état antérieur chez le sujet âgé comorbide, qui ne peut plus compenser un nouveau déficit qui lui est infligé : c'est la fameuse règle de Bouchon [65]. On peut donc s'interroger sur la pertinence des échelles en situation d'urgence.

Si l'on tente de dépasser cette incapacité à statuer sur un âge charnière, ou sur l'évaluation objective de l'autonomie, il existe en revanche des études mettant en évidence le devenir des patients dans les suites d'un évènement médico-chirurgical aigu selon leur âge. La fragilité est directement corrélée à une mortalité plus importante à moyen terme : un sujet fragile admis en réanimation a ainsi une mortalité hospitalière 2 à 3 fois plus importante qu'un sujet dit robuste, et ce indépendamment de son âge civil et des scores de gravité usuels en réanimation [66]. De même la qualité de vie des sujets fragiles après une hospitalisation en réanimation est fortement impactée [67], incitant à discuter l'opportunité de leur admission. Il n'existe à ce jour aucune recommandation d'admission basée sur l'âge, mais la littérature préconise une évaluation et une réflexion basée sur l'autonomie et l'état cognitif antérieur à l'épisode amenant en réanimation, afin d'estimer les risques de grande dépendance au décours de l'hospitalisation [68]. En chirurgie digestive d'urgence, le grand âge est directement associé à une évolution défavorable avec de nombreuses complications [69] particulièrement en cas d'état précaire avec lourdes comorbidités ou de contexte oncologique sous-jacent [70]. Pour les patients âgés de plus de 80 ans, la mortalité à un an dépasse les 80 % en cas d'hospitalisation en réanimation dans les suites d'une chirurgie non programmée [68].

En somme, il existe un cadre légal et une littérature sur les LATA *aux* et *en* urgence, mais très peu de données sur le contexte péri opératoire et le processus décisionnel se jouant entre MAR et chirurgien digestif. Aucune étude ne s'étant notamment intéressée à leur vécu de ces situations et à leurs critères d'évaluation des patients.

Deuxième partie : Etude du processus décisionnel en situation d'urgence chirurgicale digestive au sein du binôme médecin anesthésiste – réanimateur / chirurgien

Chapitre 1 : Problématique de la recherche

Prendre la décision d'effectuer une chirurgie digestive en urgence chez certains patients peut s'avérer difficile pour les anesthésistes-réanimateurs et les chirurgiens digestifs. En effet certaines situations cliniques concernent des patients présentant un âge physiologique avancé, de lourdes comorbidités et un degré d'autonomie jugé faible. L'association de ces paramètres étant associé à un mauvais pronostic d'une intervention chirurgicale en urgence, se pose alors la question de la pertinence d'opérer dans ce contexte. La réponse apportée à cette interrogation est lourde de conséquences car une intervention chirurgicale sans espoir de guérison peut être qualifiée d'obstination déraisonnable, a contrario prendre la décision de ne pas opérer en urgence équivaut parfois à formuler une limitation de soins qui aboutira du décès du patient pour les cas les plus graves.

Dans l'urgence, en situation d'incertitude, il est toutefois nécessaire de prendre une décision rapide menant ou non au bloc opératoire. La prise de décision de chaque médecin comporte une part de subjectivité et les éléments rédhibitoires à une intervention chirurgicale dans ce contexte particulier sont variables d'un médecin à l'autre. Cependant il n'existe pas de référentiel consensuel commun (par exemple des recommandations de bonne pratique) sur lequel se baser. La particularité de cette situation émerge autour de la co-responsabilité de la prise de décision finale. Les deux principaux acteurs, l'anesthésiste-réanimateur et le chirurgien digestif, disposent de référentiels médicaux, mais également d'une culture et de pratiques médicales, parfois bien éloignés. Dès lors des conflits de valeur au sein des équipes peuvent émerger, rendant difficile une prise de décision consensuelle et apaisée, centrée sur le bénéfice réellement apporté au patient.

La question de recherche était la suivante : quels sont les éléments amenant les chirurgiens et les anesthésistes-réanimateurs à engager, ou non, une stratégie thérapeutique potentiellement lourde incluant une intervention chirurgicale en urgence ? Quelle est leur représentation de leur rôle

respectif dans la prise et le partage de la décision ? Des situations de conflit découlent-elles de ces cas complexes ? Le cas échéant, comment sont-elles gérées au sein des équipes ? Et comment l'information est-elle transmise aux patients et à leur famille ?

Notre hypothèse principale était que médecin anesthésiste-réanimateur et chirurgiens digestifs n'ont pas les mêmes arguments pour la récusation d'un patient en vue d'une chirurgie digestive en urgence, mais qu'il existe une probable uniformité du discours au sein de chaque spécialité. Nos hypothèses secondaires étaient que les anesthésistes estimaient avoir une vision plus globale de l'état du patient, tandis que les chirurgiens auraient un rôle d'expertise technique en tant qu'opérateurs. Par ailleurs nous nous attendions à ce que la notion de partage de la décision soit remise en cause en pratique, avec l'émergence fréquente d'un leader au sein du binôme. Sur la question des conflits et de l'information des familles il s'agissait d'un travail exploratoire sans hypothèse préalable.

Chapitre 2 : Méthodologie de la recherche

1) Type d'étude et objectif

Afin de répondre à notre question de recherche, nous avons mené une étude qualitative, en réalisant des entretiens semi directifs auprès de médecins anesthésistes-réanimateurs et de chirurgiens digestifs exerçant dans des centres hospitaliers pratiquant la chirurgie digestive en urgence, en France.

Tous les entretiens ont été effectués par la même personne, Margot Arminot-Frémaux, interne d'anesthésie-réanimation et étudiante en Master 2 d'Éthique Médicale et de Bioéthique au sein du laboratoire ETRÉs (Éthique, Recherche, Translations) de l'Université Paris Descartes. Les participants ont été rencontrés individuellement, sur leur lieu de travail, au calme. En cas d'impossibilité d'un rendez-vous physique, l'entretien était réalisé par téléphone. Après accord du participant, tous les entretiens ont été enregistrés sur bande audio dans leur totalité (Dictaphone Philips), puis retranscrits mot à mot en document Word® sans l'aide d'aucun autre logiciel. La retranscription anonymisée est disponible sur demande par email.

2) Mode de recrutement

Les anesthésistes-réanimateurs et les chirurgiens digestifs ont été contactés, après accord des chefs de service, via un email leur exposant le protocole de la recherche et leur proposant de participer.

Les services sélectionnés étaient au choix : des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) ayant une activité de référence en chirurgie digestive ou des centres hospitaliers non universitaires, privés et publics, exerçant a minima une activité de chirurgie digestive d'urgence (nuit comprise). Par la suite, un effet boule de neige a permis le recrutement de différents participants via la mise en contact par bouche à oreille après les premiers entretiens effectués.

L'objectif était de recruter dix à quinze médecins, en proportion égale de chirurgien et d'anesthésistes-réanimateurs, de sexe et d'ancienneté variables ; jusqu'à saturation des données apportées par les entretiens.

3) Traitement de l'information recueillie

La grille d'entretien (Annexe 2) était conçue avec l'éclairage de la bibliographie, dans le but d'apporter des réponses à la problématique posée. Après deux entretiens exploratoires (non comptabilisés ici), elle a été modifiée avec ajout d'une vignette clinique visant à mieux expliciter le type de situation dans lequel nous demandions aux participants de se projeter.

L'entretien s'articulait autour de quatre grands axes :

- La formulation des facteurs incitant à la récusation d'un patient pour une chirurgie digestive en urgence et les tensions éthiques ressenties
- La perception du rôle de chaque membre du binôme médecin anesthésiste-réanimateur / chirurgien digestif par le participant
- Le ressenti et le positionnement vis-à-vis de la notion de « décision partagée » ainsi que les conflits inhérents
- L'information du patient et de sa famille

Après retranscription, chaque entretien était étudié afin d'en effectuer une analyse qualitative de type analyse de contenu thématique (ACT). Cette méthode d'analyse, telle que décrite selon P. Paillé et A. Mucchielli dans l'ouvrage Analyse qualitative en sciences humaines et sociales [71], permet de synthétiser les propos de chaque entretien afin d'en dégager les différents thèmes en rapport avec la problématique de recherche. Par la suite, il devient possible de dresser un panorama

au sein duquel les grandes tendances du sujet à l'étude se matérialisent sous la forme d'un schéma (appelé arbre thématique) mettant en évidence les oppositions, les divergences, mais également les récurrences de certaines thématiques. Cette modalité d'analyse est particulièrement adaptée pour les corpus comprenant peu d'entretiens (sinon le corpus à étudier est trop lourd à thématiser).

L'analyse a été entièrement effectuée manuellement par la personne ayant réalisé les entretiens, aucun logiciel n'a été utilisé à cet effet. Par ailleurs, une triangulation a été effectuée avec les deux directeurs de mémoire qui ont eu accès aux entretiens retranscrits et donné leur éclairage sur l'analyse thématique.

4) Aspects réglementaires et éthiques

Il s'agissait d'une étude non interventionnelle visant à « évaluer des modalités d'exercice des professionnels de santé » et répondant donc à la définition 2° de l'article R.1121-1 du Code de la Santé Publique (Décret 2017 – 884 du 9 Mai 2017, modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine). Notre étude se situant hors loi dite Jardé (relative à la recherche impliquant la personne humaine), nous n'avons aucune obligation légale de passer par l'aval d'un Comité de Protection des Personnes (CPP) avant de débiter notre recherche [72].

Nous avons néanmoins soumis ce projet au Comité d'Ethique de la Recherche de la Société Française d'Anesthésie Réanimation (CERAR) qui a confirmé notre lecture de la loi, et donné un avis favorable au protocole de recherche (Avis IRB 00010254 – 2020 – 16, Annexe 3).

Aucune donnée sensible de santé n'était colligée, et les entretiens étaient entièrement pseudonymisés à la retranscription. Les participants se sont vus remettre une note d'information écrite avant le début de l'entretien et ont signé un consentement écrit pour l'enregistrement audio (Annexe 1). Ils pouvaient se rétracter à tout moment. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, le recueil de données personnelles telles que nom / prénom / histoire de vie professionnelle ... etc. a été déclaré à la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) via le délégué à la protection des données de l'Université Paris Descartes. Les détails sont disponibles en Annexe 1.

Chapitre 3 : Résultats de la recherche

1) Caractéristiques de la population et des entretiens

Durant le mois de Février 2020, sept départements d'anesthésie-réanimation (4 CHU, 2 ESPIC, 1 CHG) et cinq services de chirurgie digestive (4 CHU, 1 ESPIC, 1 CHG) ont été contactés. En anesthésie-réanimation, 3 CHU et 2 ESPIC ont répondu favorablement, tandis qu'en chirurgie digestive seuls les 4 CHU se sont montrés intéressés pour participer à la recherche (aucune réponse des ESPIC et CHG). Cependant après un premier contact favorable auprès des chefs de service, les médecins du service ne donnaient pas toujours suite pour participer à l'étude, malgré plusieurs relances successives.

Au total 8 médecins ont pu être interrogés et inclus dans l'étude durant le mois de Mars 2020. Les caractéristiques de la population et des entretiens sont les suivantes (Tableau 1 et Figure 1) :

- 4 anesthésistes réanimateurs travaillant tous en CHU sur deux sites différents. Il s'agissait de deux femmes et deux hommes, la moitié ayant moins de 5 ans d'expérience et l'autre moitié une vingtaine d'années d'expérience ;
- 4 chirurgiens travaillant également en CHU sur deux sites différents, avec également un ratio 1:1 pour la répartition des sexes. Trois chirurgiens avaient moins de 5 ans d'expérience, et le quatrième une vingtaine d'années d'expériences.

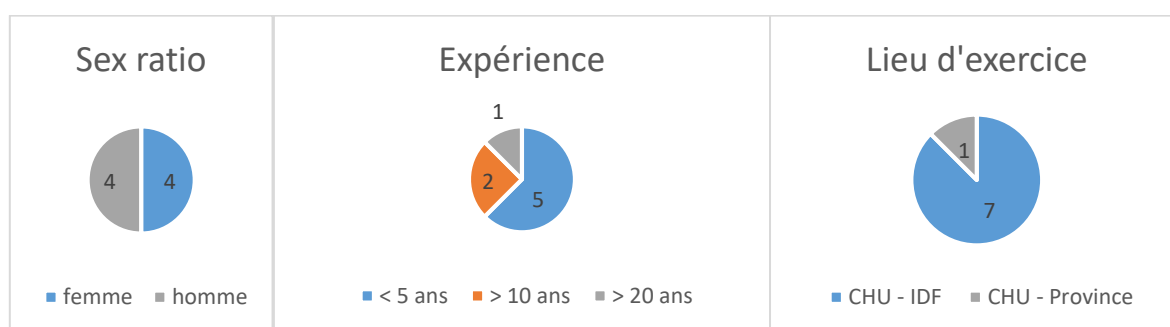
Sur les huit entretiens, six ont été réalisés sur le lieu de travail du médecin interrogé, au calme et sans la présence d'une tierce personne. Deux entretiens ont été réalisés par téléphone suites aux mesures de confinement imposées dans le cadre du Covid-19. La durée moyenne des entretiens était de 18 minutes, le plus court entretien était de 15 minutes et le plus long de 24 minutes. Les entretiens des chirurgiens digestifs avaient tendance à être plus longs.

Tableau 1 - Caractéristique de la population et des entretiens

Entretien	Profession	Age	Sexe	Lieu	Durée
E1	MAR	54 ans	F	CHU 1 – Ile de France	19 min
E2	MAR	50 ans	F	CHU 1 – Ile de France	16 min
E3	CD	30 ans	F	CHU 1 – Ile de France	20 min
E4	CD	32 ans	H	CHU 1 – Ile de France	18 min
E5	CD	34 ans	F	CHU 1 – Ile de France	24 min
E6	MAR	30 ans	H	CHU 1 – Ile de France	15 min
E7	CD	40 ans	H	CHU 2 – Ile de France	16 min
E8	MAR	30 ans	F	CHU 3 - Province	16 min

E : entretien ; MAR : médecin anesthésiste réanimateur ; CD : Chirurgien digestif ; CHU : Centre Hospitalier Universitaire)

Figure 1 - Caractéristiques de la population



Il est à noter que quatre autres entretiens étaient prévus (deux anesthésistes-réanimateurs et deux chirurgiens digestifs) mais n'ont pu être réalisés du fait des perturbations liées au Covid-19. La temporalité imposée par le mémoire de Master 2 n'a pas permis de les réaliser ultérieurement.

2) Analyse verticale

A la suite de la retranscription, chaque entretien a été analysé sous l'angle de la question de recherche et des hypothèses initiales de travail. Les résultats sont synthétisés dans le tableau 2.

A la lecture des entretiens, quatre catégories thématiques ont été identifiées :

- La décision d'abstention chirurgicale en urgence et les difficultés ressenties
- La place de chaque spécialiste dans la prise de décision et le partage de la décision
- Les conflits rencontrés
- L'information du patient et/ou de sa famille

Tableau 2 - Analyse verticale

E : entretien ; MAR : médecin anesthésiste réanimateur ; CD : Chirurgien digestif ; RMM : Réunion Morbi Mortalité

Participant	La décision d'abstention en urgence et les difficultés ressenties	La place de chacun et le partage de la décision	Les conflits rencontrés	L'information du patient et de sa famille
E1 – MAR	<p>- opposition franche à la limitation en urgence : donc ressent peu de difficultés car ne limite pas en urgence</p> <p>- abstention seulement si cadre palliatif déjà connu préalablement</p> <p>- « jamais la nuit, jamais tout seul » : décision d'équipe</p> <p>- préfère garder espoir, souvenir de cas désespérés qui ont bien évolué</p> <p>- le problème principal est le manque d'information</p> <p>- les cas les plus durs sont ceux patients jeunes avec enfants</p>	<p>- rôle différencié</p> <p>« chacun son métier »</p> <p>* chirurgien : pose l'indication du geste</p> <p>* MAR donne le timing</p> <p>- préfère le terme de décision commune</p> <p>- « collégial » est utilisé pour masquer les désaccords</p> <p>- majorité des cas est simple, sinon « lutte » des arguments avec vainqueur et perdant</p>	<p>- les conflits existent</p> <p>- ils sont surtout organisationnels, quand chirurgien pas sur place (résolution par la menace)</p> <p>- favorisé par déstabilisation de service (changement de chef etc.)</p> <p>- baisse des conflits avec l'expérience</p> <p>- sur l'indication en elle-même cela reste toujours cordial, plus de l'ordre du « désaccord »</p> <p>- nécessité d'être sûr de soi, celui qui a raison versus tort</p>	<p>- compliquée voire impossible quand pas d'accord entre les médecins</p> <p>- difficulté des situations où il faut retranscrire une limitation décidée par d'autres et que la famille n'était pas au courant</p> <p>- aisée quand palliatif déjà décidé</p> <p>- rôle qui revient au chirurgien + discours parallèle sur le fait que cela doit être fait par « toutes les personnes qui ont participé à la discussion »</p>

Participant	La décision d'abstention en urgence et les difficultés ressenties	La place de chacun et le partage de la décision	Les conflits rencontrés	L'information du patient et de sa famille
E2 – MAR	<ul style="list-style-type: none"> - favorable au fait de poser une limitation sur acte chirurgical - il faut être raisonnable versus MAR « jusqu'au-boutiste par idéologie » - limite surtout quand palliatif déjà abordé - grand âge équivaut maladie incurable : se base sur études mortalité en réa > 80 ans - ne pas faire souffrir inutilement un patient - toujours difficile - surtout quand jeune / conscient / pas prévu avant / la nuit - problème absence anticipation pour les patients très âgés ou oncologiques avancés - difficulté d'évaluer le pronostic oncologique avec essor de l'immunothérapie 	<ul style="list-style-type: none"> - place similaire mais ... - <u>chirurgien</u> : avis biaisé par sa nécessité d'opérer pour « se faire la main » quand peu expérimenté - <u>anesthésiste</u> : peut être tenté de ne pas limiter par facilité en transférant la charge aux réanimateurs en aval de la chirurgie - le problème c'est qui va assumer après la chirurgie - tierce avis : le réanimateur joue la « grande faucheuse » - question de responsabilité : <ul style="list-style-type: none"> * pied d'égalité MAR / chirurgien * transfert de responsabilité vers le réanimateur et surtout vers une équipe et non un binôme MAR / chirurgien - majorité des cas (et le regrette) décision prise en réanimation de limiter et non avant le bloc → rôle du staff de réa qui sert de « jury populaire » 	<ul style="list-style-type: none"> - les conflits existent - impossibilité d'être totalement objectif que ce soit pour MAR ou chirurgien - désaccord intra spécialités fréquentes - toujours prime à celui qui veut opérer - plus gros conflits : quand chirurgien met MAR devant fait accompli (patient admis sans prévenir le MAR) - <u>organisation</u> aisée la nuit, le jour perturbe les blocs programmés avec tension importante 	<ul style="list-style-type: none"> - l'info donnée au patient : dépend des convictions de celui qui informe - celui qui transmet l'info : dépend d'où se situe le patient - <u>en réa</u> : le réanimateur - <u>ailleurs</u> : le chirurgien - l'anesthésiste n'informe pas à son sens - chirurgien propriétaire du malade, « son malade » jusqu'à ce qu'il soit en réanimation (et devient alors le patient des réanimateurs)

Participant	La décision d'abstention en urgence et les difficultés ressenties	La place de chacun et le partage de la décision	Les conflits rencontrés	L'information du patient et de sa famille
E3 – CD	<ul style="list-style-type: none"> - favorable abstention en urgence - âge pas une limite * regarde lieu de vie, score GIR, dépendance * limite si ne marche pas, grabataire, pas de gestion possible appareillage - oncologique : * > 60 ans et mauvais pronostic : limite * jeune et pronostic catastrophique mais début de prise en charge = opère - autres facteurs : * antécédents : score ASA > III, moribond * prudence ASA III sur possibilité réveil * déjà cadre palliatif * pathologie psychiatrique grave - savoir « se faire une raison » - savoir temporiser pour une chirurgie complexe si pas d'expérience - pas d'influence de l'heure jour / nuit - pense aux conséquences pour les aidants et la société - oncologie : essor immunothérapie qui peut révolutionner le pronostic ; importance dossier de la mention sur réa ou non - anticiper ces situations - limiter prend plus de temps qu'opérer - difficultés : * prévoir geste et ses conséquences * interrogatoire limité du patient sur ses souhaits aux urgences 	<ul style="list-style-type: none"> - la décision est vraiment partagée - plutôt trio MAR / chirurgien / médecin en charge service de réanimation - interdépendance entre les spécialistes du bloc et du péri opératoire - importance des personnalités : rassurer ceux qui sont toujours inquiets - nouvelle génération - féminisation fait que les choses se passent différemment 	<ul style="list-style-type: none"> - pas de conflits en urgence : plus c'est grave moins c'est conflictuel - gestion des égos de chacun - plutôt expérience de problème de gestion du bloc : * fin de programme * facile quand bloc dédié à la chirurgie digestive « bloc à nous » * complexe quand bloc des urgences commun : attente versus autres spécialités, gradation des urgences par MAR sans droit de regard, « faire la manche » pour opérer ... * plus simple en CH périphérique sauf si équipe n'est pas sur place - <u>problème principal</u> : manque d'objectivité, trop de facteur humain, il faut passer au-delà considérations personnelles pour se centrer sur le patient, « faire un effort ». - Plus de RMM sur le modèle de l'aéronautique 	<ul style="list-style-type: none"> - celui qui transmet l'info : selon où est le patient * Urgences + grabataire déjà acté : le chirurgien voire juste l'interne * En réa : le réanimateur * Salle : chirurgien ou réanimateur - Ne voit pas la place du MAR seul, accompagne souvent le chirurgien en salle - MAR / réa : mettent des mots dans les dossiers - travail partagé pour informer la famille - <u>pas de règles</u>, possible de voir un patient à trois

Participant	La décision d'abstention en urgence et les difficultés ressenties	La place de chacun et le partage de la décision	Les conflits rencontrés	L'information du patient et de sa famille
E4 – CD	<ul style="list-style-type: none"> - recherche d'abord éléments cliniques pour différer / ne pas opérer - facteurs incitant à être moins « agressif » / poser une limite : * <u>neurologiques</u> : dément, grabataire, pas de vie de relation * <u>oncologique</u> : évolutif sous traitement, multi métastatique, échéance à court terme - « les gens ont le droit de mourir » - balance entre la lourdeur du geste et possibilité soulager les symptômes - tient compte de la pression familiale - la décision est toujours difficile 	<ul style="list-style-type: none"> - rôles différenciés et « chacun doit rester à sa place » - ne se sent pas leader - <u>chirurgien</u> : avis technique, quel geste et quelles conséquences (drains etc.). Pose une indication théorique - <u>MAR</u> : compétence médicale, vision globale et à long terme - s'appuie +++ sur les autres spécialités - pas de décision prise seul - partagé = collégial = « chacun apporte sa pierre à l'édifice » - MAR de garde doit aussi prendre sa part de responsabilité « se mouiller » 	<ul style="list-style-type: none"> - pas de conflit mais les évite « arrondit les angles » - besoin ambiance sereine pour travailler - ici « ça glisse bien » - versus ailleurs : * MAR / réa tout puissants * impose heure du bloc, pas de discussion possible - nécessité bienveillance entre MAR et chirurgien : se mettre à la place de l'autre plus souvent - objectif : se centrer sur le patient 	<ul style="list-style-type: none"> - dépend d'où est le patient - notion de territoire * <u>SAU / salle</u> : chirurgien +/- MAR en secours * <u>en réa</u> : le réanimateur - toujours à plusieurs quand il s'agit de récuser : parole à tour de rôle, mais meneur est selon où est le patient - parfois il y a beaucoup de monde (trop ?)

Participant	La décision d'abstention en urgence et les difficultés ressenties	La place de chacun et le partage de la décision	Les conflits rencontrés	L'information du patient et de sa famille
E5 – CD	<p>- toujours difficile</p> <p>- majorité des cas : le doute fait aller au bloc et on avise en post opératoire</p> <p>- Problème du manque d'informations en contexte d'urgence</p> <p>« moins on en sait, plus c'est dur »</p> <p>- évaluation complexe autonomie en urgence :</p> <p>* patient douloureux, état de choc : loin de l'état habituel</p> <p>* famille non joignable</p> <p>* ne connaît pas les échelles et ne les utilise pas</p> <p>- <u>différence Paris et province</u> :</p> <p>* pas les mêmes décisions car pas les mêmes ressources en soins ni les mêmes patients</p> <p>* province : un seul CHU, toutes les infos dans un dossier unique, population non jusqu'aux-boutistes, décision repose sur les médecins (parfois lourd à porter)</p> <p>* Paris : familles revendicatrices et procédurières, reproches absurdes ; faire la part des choses entre intolérance et investissement ...</p>	<p>- pas le même rôle :</p> <p>* <u>chirurgien</u> : avant tout un avis technique</p> <p>* <u>MAR</u> : avis état général</p> <p>- MAIS : nombre de MAR en baisse et recrutement de beaucoup de patients âgés en service de chirurgie ; les chirurgiens gèrent eux même leurs patients en salle. Acquisition d'une compétence médicale plus grande par les chirurgiens, donc leur avis sur l'état général devient valable.</p> <p>- <u>décalage</u> :</p> <p>* CHU ou le MAR est leader au déchocage et le chirurgien +/- aux ordres (désagréable, sentiment d'être prestataire de service)</p> <p>* CH périphérique : MAR prend peu de décisions, le chirurgien doit parfois « se battre » pour opérer (notion de transfert du leadership)</p> <p>- importance que tout le monde soit acteur de la décision</p> <p>- car difficile d'assumer une décision prise par d'autres même si on y adhère en théorie</p>	<p>- avant tout une question de caractère : inclinaison pour le partage ou pour le conflit</p> <p>- problématique des conflits inter personnels pré existants qui resurgissent lors des situations complexes : en urgence c'est très difficile de juguler les conflits → importance d'une bonne relation au quotidien</p> <p>- majorité des gens veulent être dans le consensus et n'aiment pas le conflit</p> <p>- en parallèle dénonce le cliché des conflits MAR / chirurgien :</p> <p>* nouvelle génération, féminisation : s'entendent mieux</p> <p>* ne pas s'arrêter aux comportements allégués et non vérifiés en pratique</p> <p>* croiance que le MAR n'est pas impliqué car pas responsable directement d'un site mais c'est faux</p> <p>- savoir « aller chercher la collégialité », pas toujours spontanée</p>	<p>-le mieux pour les familles : que tous les médecins soient là pour s'exprimer mais souvent difficile</p> <p>- en sus, discussion +/- aisée, dépend du type de famille (famille de médecins : « l'enfer »), Paris VS province</p> <p>- degré d'implication de chaque partie dépend d'où est le malade</p> <p>* MAR très impliqué quand est en réanimation</p> <p>* chirurgien se sent abandonné en salle et au SAU quand patient recusé</p> <p>- mais note qu'il suffit en fait de demander de l'aide et que le MAR vient sans problèmes</p>

Participant	La décision d'abstention en urgence et les difficultés ressenties	La place de chacun et le partage de la décision	Les conflits rencontrés	L'information du patient et de sa famille
E6 – MAR	<p>- situation fréquente, accord avec possibilité de ne pas opérer en urgence</p> <p>- n'a aucun critères pré établi pour limitation ce qui rend chaque situation difficile</p> <p>- regarde le trio : qualité de vie, conditions de vie, comorbidités</p> <p>- si âgé :</p> <p>* utilise échelles (ADL, GIR), considère quantité aides au domicile et la communication avec les autres</p> <p>* dur car situation de rupture avec état antérieur, « était bien <i>avant</i> » mais quid de <i>l'après</i> ? Vaut-il mieux mourir bien hier ou mal demain ?</p> <p>- en oncologie :</p> <p>* aucune limite sauf si déjà un cadre palliatif acté,</p> <p>* immunothérapie change le pronostic donc on ne peut plus limiter d'emblée</p>	<p>- pas exactement le même rôle</p> <p>- le chirurgien : informe sur la qualité de vie qu'il peut offrir après le geste (stomie ou non etc.)</p> <p>- importance de discuter à plusieurs (chirurgien, MAR +/- urgentiste) afin de se déculpabiliser → limite le poids à porter de la décision</p> <p>- importance d'être tous d'accord : fait baisser la culpabilité</p> <p>- terme « décision partagée » a du sens : pour le médecin mais aussi pour le patient et sa famille, ce n'est pas unilatéral</p> <p>- « le temps de discuter il faut le prendre » (même si c'est juste au téléphone)</p>	<p>- les conflits existent</p> <p>- mais :</p> <p>* rarement voire jamais avec les chirurgiens, notion d'équipe médico chirurgicale</p> <p>* plutôt avec les gériatres : chacun doit se cantonner à sa spécialité, faut-il suivre un avis donné hors de son champ de compétence ?</p> <p>* voudrait fixer des limites sur l'étendue de l'avis que chacun peut développer</p> <p>* bénéfice va le plus souvent à celui qui veut opérer : mais c'est encore plus dur de poser une limitation par la suite</p> <p>- problème de la pression familiale en France versus autre cultures, on cède parfois quitte à rendre des gens très handicapés ...</p>	<p>- idéalement et en pratique c'est celui qui est en charge du patient qui informe (SAU : urgentiste, chirurgie : le chirurgien, réa : le MAR)</p> <p>- n'est pas en faveur que l'information soit faite par plusieurs spécialistes en même temps car déséquilibre la relation avec le patient et/ou sa famille, risque de sentiment d'infériorité délétaire.</p> <p>- maintenir tant que possible le colloque singulier</p>

Participant	La décision d'abstention en urgence et les difficultés ressenties	La place de chacun et le partage de la décision	Les conflits rencontrés	L'information du patient et de sa famille
E7 – CD	<ul style="list-style-type: none"> - trouve impossible de dire non avant d'avoir le ventre et constaté visuellement qu'il ne peut rien faire - limitation uniquement si patient connu palliatif (oncologique ou non) - examine surtout les comorbidités plutôt que l'âge - recherche d'abord des informations techniques : raisons et mécanismes de la perforation - même palliatif, idée de chirurgie de confort, soulager la douleur « faire un petit truc » - trop difficile de laisser quelqu'un mourir de péritonite sans opérer (culpabilité) - toujours difficile 	<ul style="list-style-type: none"> - rôles différents - le <u>chirurgien</u> : pose l'indication - <u>MAR</u> : donne le risque global, connaît le terrain du malade - importance de la communication, « se parler entre gens civilisés » - la décision est bien sûr partagée : les gens normaux se parlent et décident ensemble - partage des responsabilités - question éthique : c'est bien pour le malade de décider ensemble - avantage médico-légal : l'absence de collégialité expose aux poursuites en cas de problème 	<ul style="list-style-type: none"> - n'a pas souvenir de conflits - la discussion est plus facile quand l'enjeu est important (versus les disputes au bloc pour des bêtises) - domaine de l'intelligence et de la sensibilité - tact entre collègues 	<ul style="list-style-type: none"> - Se plaint de l'absence de l'anesthésiste fréquente quand récusation pour la chirurgie - trouverait éthique et responsable que l'annonce soit faite par le chirurgien et l'anesthésiste, en binôme

Participant	La décision d'abstention en urgence et les difficultés ressenties	La place de chacun et le partage de la décision	Les conflits rencontrés	L'information du patient et de sa famille
E8 – MAR	<ul style="list-style-type: none"> - tout à fait en accord avec possibilité de limitation sur acte chirurgical en urgence - seule question : comment est le patient - urgence donc ne regarde pas les antécédents ni le dossier de façon approfondie - <u>limite</u> : * pas l'âge * mais mode de vie : ne vit pas chez lui, grabataire, pas de confort de vie * démence avancée - aucune limite en oncologie sauf si déjà palliatif acté - difficulté liée au manque d'information en urgence - préfère opérer dans le doute et voir après si réa ou non ; mais en théorie préfère sédaté que d'imposer un bloc inutile - décision lourde, grosse responsabilité - plus dur la nuit 	<ul style="list-style-type: none"> - décision pas vraiment partagée : cloisonné, décision prise rapidement et plus rediscutée par la suite - majorité des décisions ne se jouent pas au bloc mais avant, MAR au courant infime partie des limitations chirurgicales - manque avis tierce personne qui ne verrait que l'intérêt du patient, qui « prendrait de la hauteur » : réanimateur de garde ou équipe soins palliatifs serait bienvenue - dépend aussi avec qui on travaille ... * <u>jeunes chirurgiens</u> « ont envie de tout opérer » pour apprendre à faire * <u>chirurgiens expérimentés</u> ne sont pas à un geste prêt - importance d'être une équipe et de se connaître 	<ul style="list-style-type: none"> - éviter des conflits de fond ; schéma avec un soumis et un meneur qui l'emporte - souvent c'est le choix d'opérer qui est retenu - beaucoup de conflits organisationnels car : <ul style="list-style-type: none"> * <u>équipe n'est pas sur place</u> : pression car décision implique de mobiliser du monde * <u>bloc des urgences partagé</u> entre plusieurs spécialités (tout le monde veut opérer en premier) - trop parasité par avis non centrés patient - ne pas sous-estimer caractère nocturne : faim, sommeil ... 	<ul style="list-style-type: none"> - traçabilité avec mot sur « accord » de la part des deux parties - information selon site où est pris en charge le malade - majorité des cas chirurgien se charge de l'information - si désaccord et que le MAR a refusé il doit « assumer » et aller informer

3) Analyse horizontale

Pour chacune des grandes thématiques identifiées lors de l'analyse verticale, il est possible de construire un panel des attitudes et réponses proposées par les médecins interrogés lors des entretiens. Les grands axes dégagés sont résumés ci-après dans le texte et sous forme de figures (arbres thématiques).

La décision d'abstention en urgence

La décision de ne pas opérer en urgence était résumée par tous comme un équivalent de limitation de soins prononcée en contexte d'urgence, avec d'emblée un questionnement sur le caractère éthique d'une telle possibilité, bien que la situation soit fréquemment rencontrée. Une balance bénéfique/risque était établie entre le fait de ne pas s'engager dans une obstination déraisonnable en réalisant une chirurgie, et le risque de prendre une décision d'une telle importance par le seul binôme médico chirurgical, sans avis extérieur. La majorité des praticiens s'accordait sur le fait qu'il s'agissait d'une situation toujours vécue comme difficile, certains estimant même que le contexte de la garde ne permettait pas de prendre ce type de décision et qu'il fallait systématiquement effectuer la chirurgie si aucun tiers avis ne pouvait être obtenu. La seule configuration où la décision se faisait aisément était celle d'un cadre palliatif déjà connu par le patient et son entourage (et bien accepté), avec la réserve qu'une chirurgie de confort était possible dans le cas où le traitement médical ne soulageait pas le patient. Bien que peu citée, la demande du patient de ne pas être opéré était prise en compte et respectée, dans la mesure où elle apparaissait raisonnable. Dans ce contexte, tous les médecins insistaient sur la nécessité d'anticiper ce type de situation chez les patients présentant de lourdes comorbidités, afin d'éviter qu'une décision de limitation de soins doive être prise sous l'angle du non accès à la chirurgie au cours d'une urgence vitale.

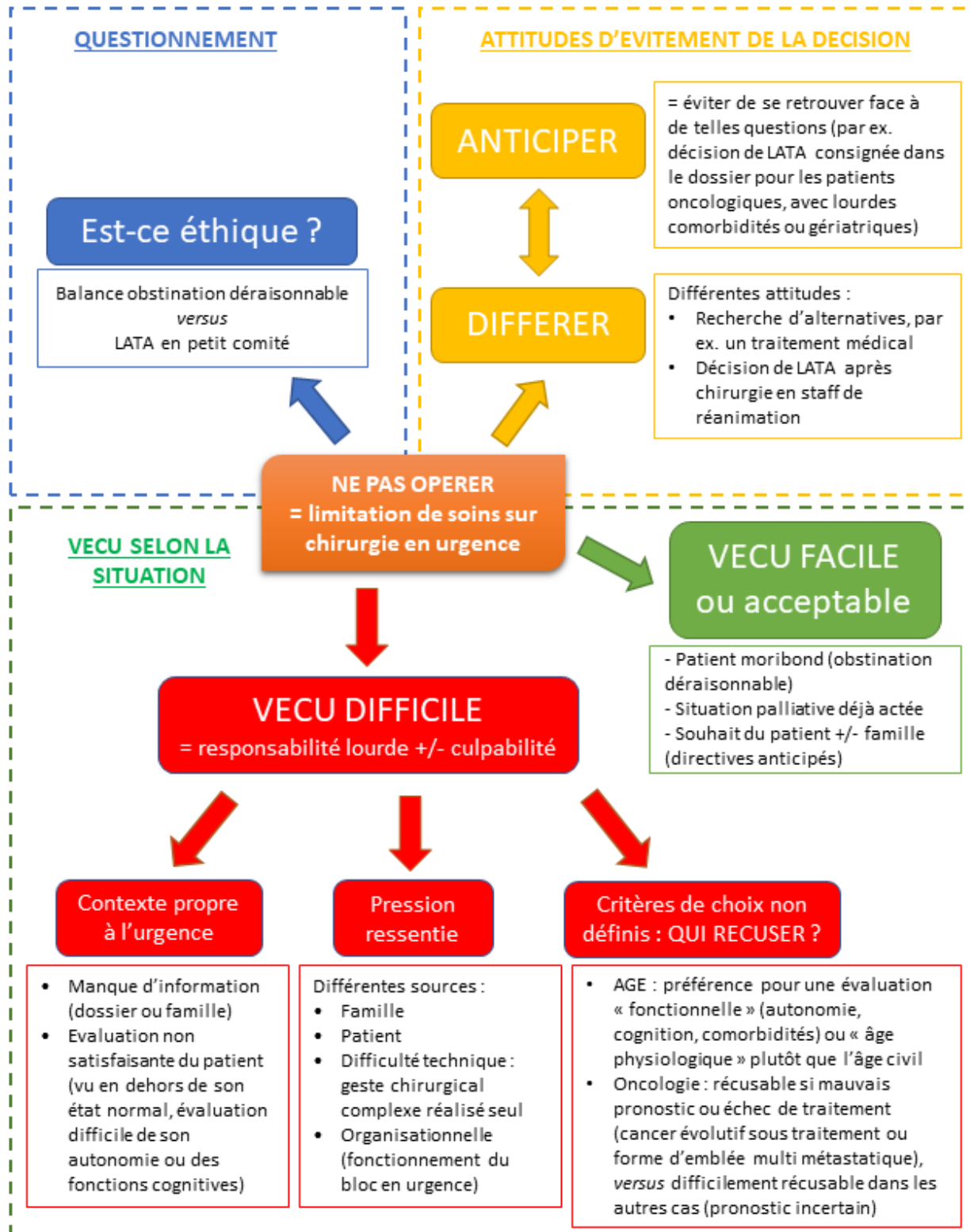
La complexité de la décision s'expliquait par les multiples facteurs qui lui étaient liés :

- Le contexte d'urgence associant fréquemment un défaut d'information (dossier incomplet, patient inconnu, famille non joignable) et une évaluation insatisfaisante du patient (état présent trop différent de son état de base, notamment pour évaluer son autonomie ou sa cognition) ;
- La pression perçue par le médecin, qu'elle soit du fait de la famille ou du patient lui-même (demandeur d'une chirurgie ou au contraire d'un arrêt des thérapeutiques actives) ; de l'organisation nécessaire à la réalisation d'un bloc opératoire en urgence ou même de la difficulté chirurgicale potentielle du geste à réaliser seul, qui plus est de nuit ;
- L'absence de description uniforme des patients devant être récusés pour la chirurgie. L'âge civil n'était pas retenu dans la majorité des cas, au profit de l'âge dit *physiologique* qui associait l'autonomie (avec une utilisation variable des échelles existantes, souvent citées sans capacité à les détailler du fait d'une méconnaissance), les capacités relationnelles et les comorbidités. Une altération majeure de l'âge physiologique incitant à une attitude « raisonnable » sans pour autant qu'elle signifie l'absence de chirurgie, mais plutôt une

tendance à ne pas y associer une réanimation invasive prolongée au décours. Le caractère grabataire ou la grande démence étaient les deux seules indications formelles à ne pas opérer pour la plupart des chirurgiens et des MAR. En oncologie deux grands profils de patients existaient : les patients présentant un cancer avancé et échappant aux traitements pour lesquels ne pas opérer était licite et tous les autres (notamment ceux dont le cancer, y compris à un stade métastatique, venait d'être découvert) chez qui il était ressenti comme impossible de ne pas offrir une chirurgie tant l'essor des nouvelles thérapeutiques (dont l'immunothérapie systématiquement évoqué à chaque entretien) rendait l'estimation du pronostic impossible en urgence. Les sujets jeunes et ayant des enfants en bas âge, quelle que soit la gravité de leur cas, étaient aisément opérés car il était vécu comme « trop lourd » de prononcer une limitation de soins à leur égard sans discussion multi disciplinaire.

Ainsi, la décision de ne pas opérer en urgence était associée par tous à un grand sentiment de responsabilité, voire de culpabilité, avec la tentative de transférer la décision à une équipe (de réanimation notamment) plutôt qu'à un binôme de garde, et la recherche d'alternatives au traitement chirurgical dans l'attente de cette décision.

Figure 2 - Résultats de l'analyse thématique : la prise de décision



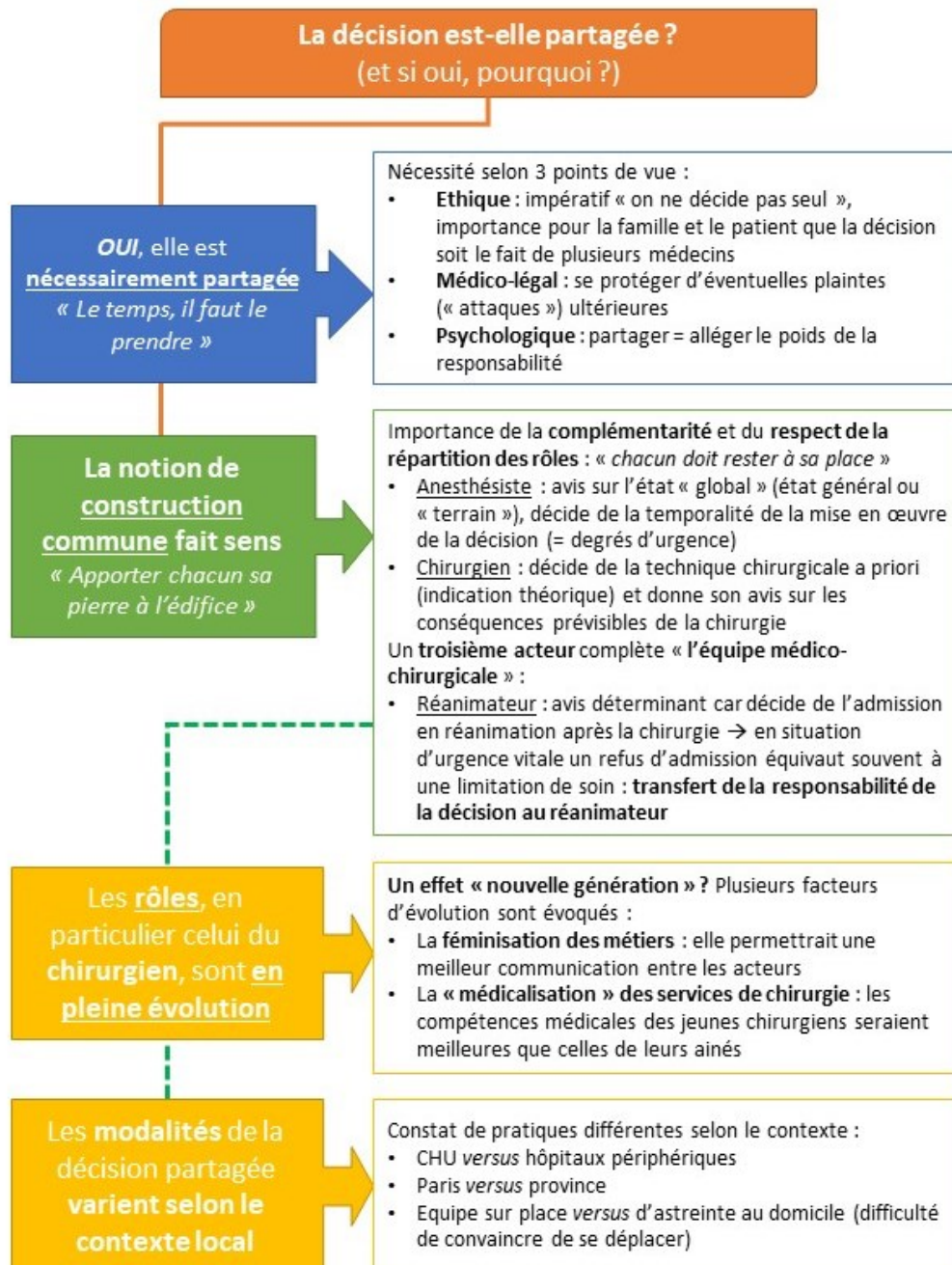
La notion de décision partagée et la place de chacun

Pour la grande majorité des MAR et des chirurgiens digestifs interrogés, la décision de ne pas opérer était une décision partagée. Ce partage apparaissait comme une nécessité triple : tout d'abord éthique vis-à-vis du patient et de sa famille (sous forme d'un impératif : une personne seule ne doit pas décider), mais également médico-légale (plutôt énoncée en prévision du risque de poursuites judiciaires ultérieures que pour respecter les lois en vigueur), ainsi qu'à visée d'épargne psychique pour les médecins (partage du poids décisionnel).

Le terme « *partagé* » se concevait au sens d'une construction commune, associant l'avis de chaque spécialiste, permettant une vision du patient dans sa globalité. Le rôle de chacun était vécu comme différent concernant l'avis apporté et l'importance que « *chacun reste à sa place* » et n'empiète pas sur le champ d'expertise de l'autre était souligné. Les chirurgiens se décrivaient comme apportant un avis essentiellement technique (indication théorique du geste, conséquence post opératoires prévisibles, etc...) tandis que les MAR renseignaient l'état général du patient et sa compatibilité avec la prise en charge chirurgicale. On ne notait pas de différence selon qu'un MAR ou un chirurgien était interrogé sur ce point. Néanmoins, les femmes chirurgiennes soulignaient de façon systématique que leur spécialité était en mutation avec l'émergence d'une « nouvelle génération ». Elles avançaient la féminisation de la profession comme vectrice d'habiletés relationnelles plus importantes facilitant la communication dans le binôme MAR / chirurgien ; et l'acquisition de compétences médicales des chirurgiens du fait du caractère de plus en plus polyopathologique de leurs patients (la gestion fréquente des difficultés médicales dans le service de chirurgie sans aide d'un MAR donnant aux chirurgiens un avis plus éclairé sur l'état général des patients qu'autrefois). Le réanimateur de garde était fréquemment évoqué comme venant compléter le binôme MAR / chirurgien digestif lors de la prise de décision, avec l'émergence d'un trio, d'une « *équipe médico-chirurgicale* », plutôt que d'un duo décisionnel. L'acceptation ou non du patient en réanimation au décours de la chirurgie offrant l'avantage de transférer la responsabilité de la décision vers l'équipe de réanimation et/ou de différer la prise de décision. Un MAR considérait même que peu de décisions se jouaient entre anesthésiste et chirurgien mais plutôt en amont du bloc entre réanimateur et chirurgien pour les cas les plus graves.

Enfin, la configuration locale influait sur les modalités de prise de décision : le partage était plus simple quand tous les acteurs étaient sur place (cas fréquent au CHU) et pouvaient chacun aller voir le patient afin de réaliser leur évaluation.

Figure 3 - Résultats de l'analyse thématique : la notion de décision partagée



Les conflits

Les MAR et les chirurgiens interrogés reconnaissaient l'existence de conflits autour des décisions de chirurgie en urgence, mais insistaient sur le caractère modéré de ces derniers, préférant parler de désaccords. Plus la situation était critique pour le patient, moins il y avait de conflits selon les chirurgiens et les MAR ; la gravité semblant forcer l'entente.

On pouvait identifier dans le discours plusieurs catégories de conflits et diverses pistes de résolution associées :

- Un désaccord de fond sur la décision en elle-même : de l'aveu des praticiens ce cas était peu fréquent car, si la possibilité de ne pas opérer ne faisait pas consensus rapidement, il était toujours décidé d'opérer le patient « *dans le doute* » (notion que « *le doute prime* » évoquée par plusieurs médecins) afin de ne pas infliger le poids d'une limitation de soins non assumée à un des membres du binôme MAR / chirurgien. Dans ce contexte, le fait que chaque partie se cantonne à son domaine d'expertise était mis en avant comme protecteur des conflits et ce notamment quand un avis extérieur était demandé (par exemple avis gériatrique). L'expérience des médecins était également reconnue comme permettant la limitation du nombre de conflits.
- Des difficultés organisationnelles : elles étaient systématiquement rapportées pour les chirurgies en urgence. L'absence de certains membres de l'équipe sur place (typiquement le chirurgien d'astreinte à son domicile et se déplaçant uniquement sur appel du MAR) était une difficulté récurrente et vectrice de conflits de façon répétée du fait de la nécessité de convaincre le médecin absent de venir évaluer le patient, avec parfois le recours à la menace via la hiérarchie (administrateur de garde). Ce type de problème était de facto plus prégnant en structures périphériques et/ou privées par rapport au CHU où l'ensemble des équipes était systématiquement présent. Les modalités d'accès au bloc opératoire pour une urgence étaient également évoquées : l'existence d'un bloc des urgences faisait débat (certains critiquant les critères de priorité pour y accéder) mais semblait préférable au fait de devoir perturber le programme du bloc opératoire « froid » en journée pour opérer un patient. Des défauts de communication entre les équipes étaient régulièrement pointés du doigt : admission d'un patient en salle de chirurgie sans avoir prévenu l'anesthésiste par exemple. La temporalité avait pour certains une importance, avec une recrudescence des conflits en nuit profonde du fait de la fatigue ; mais tous tenaient à préciser que le critère « *nuit* » ne justifiait pas de différer une chirurgie si elle était jugée urgente. Une réelle réflexion sur l'organisation en cas d'urgence était souhaitée par plusieurs MAR et chirurgiens, notamment

suite à des cas ayant posé souci, avec un recours plus fréquent aux Revues de Morbi Mortalité (RMM) dans l'objectif d'identifier les problèmes et d'y remédier.

- Un facteur humain trop prégnant : la résurgence de conflits interpersonnels ou inter équipes via la discussion de l'indication chirurgicale pour un patient était évoquée comme la cause de nombreux conflits. Plusieurs MAR et chirurgiens estimaient que les conflits survenaient quand l'ambiance sous-jacente n'était pas optimale et que les conflits n'avaient en fait pas pour cause directe le choix d'opérer pour un patient donné. De nombreux comportements et attitudes étaient allégués à chaque spécialité du binôme, avec souvent une pointe d'humour, et la conscience que ses allégations ne se vérifiaient pas en pratique (par exemple : « *les jeunes chirurgiens veulent toujours opérer pour se faire la main, les anesthésistes ne veulent jamais prendre de décision, untel ne veut pas travailler, etc...* »). L'importance de laisser de côté les conflits et divergences d'opinion apparaissait comme fondamentale pour pouvoir se centrer sur le bénéfice du patient. L'empathie et la bienveillance étaient demandées de part et d'autre du binôme médico-chirurgical. A nouveau, la féminisation de la profession était citée comme apportant une modification de la communication selon les femmes chirurgiennes. Enfin le caractère de chacun influait bien évidemment sur le déroulé de la décision (personnalité plus conflictuelle de certains, crainte du conflit chez d'autres qui l'évitaient ou au contraire ressentaient le besoin de dominer la situation) ; une part de subjectivité étant inévitable avec des divergences possibles selon la tendance « jusqu'au-boutiste » de certains s'opposant à une position plus « limitante » d'autres.

Figure 4 - Résultats de l'analyse thématique : les conflits



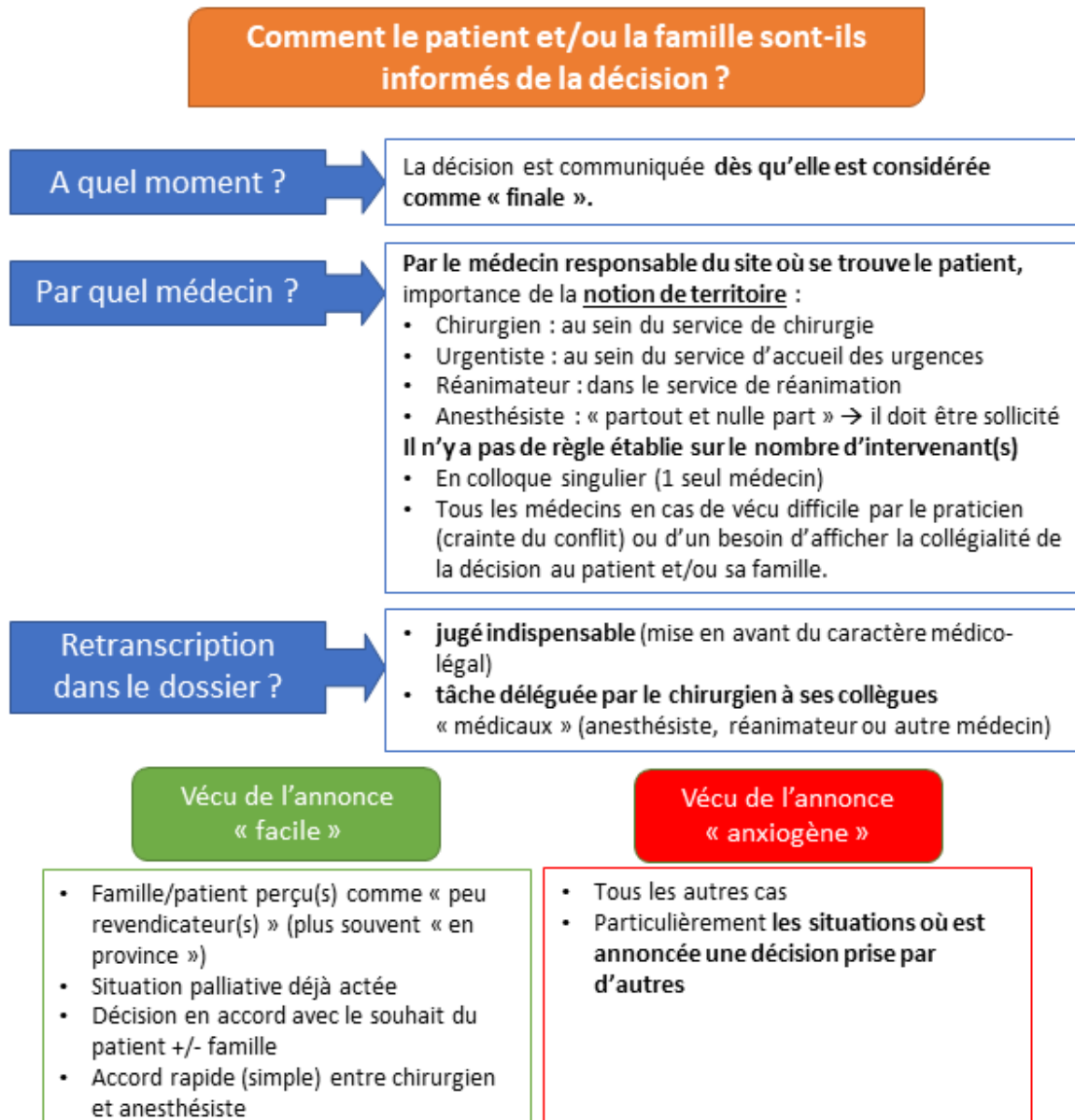
L'information du patient et de sa famille

L'annonce de la décision de ne pas opérer au patient et à sa famille était décrite comme aisée dans le cas où la décision avait été facile à prendre (contexte palliatif déjà acté, patient et famille en accord avec la décision, absence de dissension entre MAR et chirurgien digestif). Pour toutes les autres situations le fait d'informer le patient et ses proches était anxiogène, particulièrement s'il s'agissait de retranscrire une décision prise par d'autres médecins (par exemple informer la famille en journée d'une décision prise la nuit par l'équipe de garde). Il était exprimé clairement qu'aucune information ne pouvait être délivrée tant que le MAR et le chirurgien n'étaient pas parvenus à un accord et les hésitations n'étaient communiquées ni au patient ni à sa famille.

Concernant la charge de délivrer l'information, les avis divergeaient quant à savoir à quel spécialiste elle revenait. On retrouvait de façon systématique une forme de « territorialité » : l'information devait être transmise par le médecin ayant le patient sous sa responsabilité directe (le chirurgien si le patient était hospitalisé en salle de chirurgie, le réanimateur en réanimation, l'urgentiste aux urgences, etc...). Le rôle du MAR seul était difficile à décrire, voire inexistant pour certains qui considéraient qu'il n'avait sa place que pour appuyer l'avis du chirurgien, de l'urgentiste ou du réanimateur. Les chirurgiens interrogés notaient tout de même que, bien que cela ne soit pas toujours spontané, les MAR n'étaient pas désinvestis de cette charge d'information, et qu'ils se joignaient à eux sur simple demande pour participer à l'information des patients. Enfin la présence de tous les protagonistes de la discussion n'était pas indispensable pour tous : d'aucuns la jugeait souhaitable afin d'exposer une certaine collégialité face au patient et à sa famille, tandis que d'autres trouvaient au contraire qu'une annonce « en nombre » perturbait le colloque singulier et déstabilisait la relation médecin / patient. Les modalités d'annonce et le nombre de médecins présents ne suivait ainsi pas de règles précises et pouvait varier d'une situation à l'autre, notamment selon le « type » de patient et de famille. En effet plus les familles étaient perçues comme revendicatrices ou en désaccord avec la décision, plus il était vécu comme nécessaire d'être plusieurs médecins. Un chirurgien et un MAR ayant une expérience antérieure hors de la région parisienne jugeaient l'annonce de la décision plus aisée en province où ils avaient l'impression que les avis médicaux étaient moins remis en question.

De l'aveu des chirurgiens, leurs collègues MAR ou réanimateurs se voyaient le plus souvent déléguer la charge de retranscrire les décisions dans les dossiers médicaux, étant garant en quelque sorte de la traçabilité de la collégialité.

Figure 5 - Résultats de l'analyse thématique : l'information du patient et de sa famille



Troisième partie : Discussion

Chapitre 1 : Discussion de la méthodologie

Cette étude présente un certain nombre de limites, propre aux études qualitatives.

En premier lieu le recrutement en lui-même des participants constitue un biais à part entière. Les médecins interrogés étaient pour certains des connaissances de la personne menant les entretiens, ou a minima recommandés par des connaissances. Ce lien a pu, au choix, soit libérer la parole dans un climat de confiance soit la brider par gêne d'énoncer des propos qui auraient pu être perçus comme inadéquats. Il est à noter qu'un seul entretien a été réalisé sur la future structure d'exercice de l'interne d'anesthésie-réanimation menant les entretiens, ce qui a permis de limiter ce facteur. Par ailleurs, plusieurs services sollicités n'ont pas donné suite, sans pour autant refuser clairement de participer.

Le faible nombre de centres inclus, qui étaient uniquement des CHU, ainsi que l'expérience limitée des médecins interrogés (majoritairement inférieure à 5 ans) fait craindre le risque d'une population non représentative de l'ensemble des chirurgiens et des MAR exerçant sur des sites prenant en charge les urgences chirurgicales en France. Néanmoins, l'objectif n'était pas de réaliser une analyse quantitative et la saturation des données semblait atteinte après 8 entretiens (pas d'identification de nouveaux thèmes ni sous thèmes) ; et de plus les médecins interrogés avaient fréquemment une expérience antérieure hors CHU qui transparaissait dans leurs réponses. Il reste bien évidemment possible que certains sous thèmes aient pu apparaître en augmentant le recrutement et sa diversité. L'étude a été prématurément arrêtée du fait du Covid-19, le confinement et le stress des médecins rendant impossible la poursuite des entretiens.

La réalisation des entretiens par une personne peu habituée à ce type d'exercice a également pu limiter la qualité de ces derniers ; de même que l'analyse réalisée par cette même personne peu expérimentée. Cependant, un contact régulier avec les encadrants du mémoire et leur accès aux entretiens retranscrits a permis de vérifier la cohérence du travail effectué et l'absence d'erreur méthodologique fondamentale. Par ailleurs, la personne réalisant les entretiens étant interne de la spécialité anesthésie-réanimation, cela a pu contribuer à une interprétation subjective des résultats.

Pour autant, malgré des croyances ancrées, les études qualitatives ne sont pas plus empreintes de subjectivité que les autres méthodes de recherche, notamment quantitatives [73].

Chapitre 2 : Discussion des résultats de l'analyse thématique

1) Sur la décision d'abstention chirurgicale en urgence

Sur cet échantillon de MAR et de chirurgiens digestifs, on notait une compréhension uniforme du fait que décider de récuser un patient pour une chirurgie pouvait constituer une limitation de soins en soi. La question du caractère éthique d'une telle décision en urgence était posée, mais rapidement éludée par la réalité pratique : à savoir qu'il s'agissait de situations relativement fréquentes et que des décisions étaient prises de facto. Néanmoins, une fois la décision prise il pouvait persister un malaise, un doute quant au bien-fondé de l'action, illustrant parfaitement la notion de résidu moral, explicitée par Marta Spranzi, commune à de nombreuses décisions éthiques difficiles [74].

Aucun des participants ne faisait référence au contexte légal encadrant les décisions de limitation et arrêt de traitement, notamment le recours obligatoire à un avis extérieur y compris en situation d'urgence. Cela s'explique probablement par le fait que les entretiens étaient axés autour de leur perception de la situation, plutôt que par une méconnaissance de la loi. Aucun des médecins interrogés ne faisait état de la prise en compte des directives anticipées des patients, mais plusieurs mentionnaient respecter le souhait du patient quand celui-ci était interrogeable et que sa demande était jugée adaptée. On peut proposer comme explication de cet « oubli » des directives anticipées plusieurs hypothèses : la difficulté à y avoir accès et à juger de leur pertinence dans l'urgence, mais également le fait que les français, bien que demandeurs de telles dispositions, peinent à s'en saisir et que très peu de patients en ont rédigé [75], ou encore supposer que l'énoncé du cas clinique incitait les médecins à donner leur avis plutôt qu'à se pencher sur celui du patient. Certains médecins mentionnaient tout de même la présence souhaitable d'une équipe de soins palliatifs, soulignant que cette dernière était rarement joignable en urgence notamment la nuit. Si la question de la disponibilité des médecins de soins palliatifs en dehors des heures ouvrables reste à résoudre, la collaboration entre réanimation et soins palliatifs s'est déjà avérée fructueuse [76] et mériterait d'être encouragée.

L'attitude la plus consensuelle était celle de ne pas récuser le patient s'il existait le moindre doute que la chirurgie puisse lui bénéficier sans constituer une obstination déraisonnable, et de

déléguer à une équipe plus nombreuse la décision de limitation à l'issue de la chirurgie. Cette attitude allait dans le sens de la réanimation dite « d'attente » préconisée par la SFAR en 2018 [32], préférant maintenir en vie le patient de façon temporaire dans l'attente de réunir l'ensemble des informations et avis utiles à la réflexion.

Contrairement à ce qui était attendu, il n'y avait pas de différence flagrante de point de vue entre MAR et chirurgiens, et tous étaient anxieux vis-à-vis de ce type de décision. On ne dégagait aucun critère uniforme inter ou intra spécialité pour la récusation en urgence : tous étaient en faveur de la poursuite des soins en contexte d'urgence hormis dans le cas d'un état moribond évident dans un contexte de grand âge associé à une démence sévère ou de cancer en situation palliative. La pression ressentie était importante pour les deux corps de métier, les chirurgiens mettant en avant la difficulté technique potentielle du geste, difficulté amplifiée par le fait de devoir l'effectuer seul, a fortiori de nuit, comme facteurs de stress supplémentaires à gérer.

La question sous-jacente à cette étude était de savoir s'il était possible d'identifier des indicateurs consensuels pour les MAR et les chirurgiens menant à proposer une limitation de soins en urgence, en contexte de chirurgie digestive. Cela ne semble pas être le cas tant les situations cliniques sont diverses et le ressenti propre à chaque praticien. L'âge semblait impossible à définir comme critère en tant que tel, les échelles utilisées en routine étant peu pertinentes en urgence et chaque praticien développait ainsi une analyse très subjective de l'autonomie et de la qualité de vie. De plus la notion de rupture avec l'état antérieur chez le sujet dit âgé rendait pour certains caduque la pertinence d'évaluer l'état du patient avant l'épisode urgent, du fait d'un faible potentiel de récupération passé 80 ans en cas d'épisode de défaillance multiviscérale [68]. En oncologie, l'essor des nouvelles thérapeutiques, particulièrement l'immunothérapie qui était systématiquement citée en exemple, rendait l'évaluation du pronostic impossible et de facto la limitation en urgence sans avis oncologique spécialisé inenvisageable. En effet, les récentes avancées sur les traitements par immunothérapie en oncologie digestive [77] offrent des perspectives de survie prolongée pour des patients qui étaient jusque-là condamnés à très court terme, aussi bien dans les cancers oesogastriques que colique ou même hépatiques.

A défaut d'un listing exhaustif de critères devant faire récuser un patient pour la chirurgie en urgence, un support de réflexion vis-à-vis des patients posant la question d'une limitation de soins via le non accès à la chirurgie pourrait néanmoins être proposé, en sus des recommandations déjà existantes pour les limitations et arrêts de traitements aux urgences [28]. Cet algorithme pourrait

aider à ne pas méconnaître les dispositions légales, faciliter l'évaluation du patient et de faire baisser le niveau de stress des médecins en charge.

2) Sur la notion de décision partagée entre MAR et chirurgien digestif

A l'opposé de notre hypothèse de travail, le concept de décision partagée était plébiscité par tous les médecins interrogés, mais se concevait dans le sens d'une construction où chacun apportait sa part d'expertise. On peut ici faire le parallèle avec ce qui est constaté dans l'évolution de la relation médecin-malade au cours des dernières années avec l'émergence et la promotion de la décision médicale partagée avec le patient, qui se conçoit comme une prise de décision en deux temps : d'abord l'échange et le partage d'informations utiles à la délibération, puis la prise d'une décision après accord mutuel [78,79]. Le partage se jouant ici entre professionnels de santé, chacun porteur d'une expertise différente. Les conflits pouvant faire douter du réel partage de la décision semblaient plus constitutifs d'un process argumentaire que d'une absence de collégialité. De façon stéréotypée, les MAR se décrivaient et étaient décrits par les chirurgiens comme détenteurs d'une vision globale de l'état du patient ; tandis que les chirurgiens rapportaient un champ de compétence variable (du simple avis technique à l'avis sur l'état global) dans un contexte de féminisation de la profession et de médicalisation croissante de la prise en charge de leurs patients.

Le fait que dans notre population les femmes représentent la moitié des effectifs interrogés en chirurgie digestive a pu faire surévaluer l'importance de la féminisation, car en réalité seuls 19 % des chirurgiens viscéraux sont de sexe féminin selon les chiffres du CNOM de 2018 [80]. L'âge moyen de 34 ans des chirurgiens interrogés n'était également pas représentatif de la profession qui est majoritairement représentée dans la tranche d'âge 45-54 ans [81]. On peut plus modestement en déduire que les jeunes chirurgien(ne)s estiment avoir également un avis sur l'état global de leurs patients et leur devenir, par rapport à ce qu'ils décrivent comme des chirurgiens de « *l'ancienne génération* ». Les MAR, en revanche, n'accordaient pas de compétence aux chirurgiens sur l'évaluation globale du patient mais comptaient sur eux pour une description précise du geste et des conséquences fonctionnelles (appareillage, type stomie digestive, malabsorption, etc...).

A nouveau, la tendance était à transférer la prise de décision à une équipe pluridisciplinaire plutôt qu'au binôme MAR / chirurgien digestif. Le rôle du réanimateur de garde était important, son veto à l'accès à une réanimation au décours du geste chirurgical constituant une limitation de soins

venant appuyer ou non en faveur d'un non accès à la chirurgie. Le parcours du patient, même en urgence, se concevait plutôt dans le sens d'un avis développé par une équipe médico-chirurgicale, comprenant le chirurgien, le MAR et le réanimateur de garde qui jouait rôle du consultant extérieur comme cela a déjà pu être décrit dans la littérature [82].

3) Sur la question des conflits entre MAR et chirurgien digestif

Aucun des médecins interrogés ne niait l'existence de conflits dans ce contexte de décision en urgence, mais ils tournaient essentiellement autour de difficultés organisationnelles. La mise en place d'un bloc opératoire en urgence étant plus ou moins aisée selon les structures, l'ajout de l'incertitude quant à la pertinence de la chirurgie et le stress lié aux décisions de limitation de soins pouvaient rapidement générer des conflits entre les différents protagonistes. L'absence de salle de bloc dédié aux urgences digestives, une décision unilatérale concernant l'ordre de priorité des prises en charge au sein d'un bloc des urgences commun à plusieurs spécialités, et l'absence d'une partie des membres de l'équipe nécessaire à la chirurgie sur place étaient les principaux facteurs précipitants.

Ces conflits dits « de tâche » sont bien décrits dans la littérature et sont possiblement résolus par la réorganisation des services après prise en compte des doléances de chacun [83]. Les procédures dites de « *benchmarking* » consistant à s'inspirer des organisations qui fonctionnent dans d'autres domaines d'activité ou d'autres structures de soins pour les transposer au sein de son secteur, sont de plus en plus en vogue en santé [84] et apportent de réelles solutions innovantes, tout en participant à fédérer les équipes autour d'un projet d'amélioration des pratiques. Un des chirurgiens interrogés proposait d'ailleurs de s'inspirer des procédures de communication de l'aéronautique, à l'image de ce qui est déjà fait pour les check-list au bloc opératoire dont les bénéfices ne sont plus à prouver [85]. Dans la même perspective, l'analyse systématique des situations problématiques via la réalisation de revues de morbi mortalités (RMM) est recommandée [86] et est aujourd'hui régulièrement effectué au sein des services.

Dans notre étude, le récit de conflits interpersonnels était relativement rare, mais pouvait aller jusqu'à obérer le calme nécessaire à la prise de décision pour un patient donné. Néanmoins, les praticiens insistaient sur le caractère solennel des décisions de limitation de soins et le fait qu'ils essayaient de ne pas laisser une mésentente préalable nuire au patient. Le patient comme sujet fédérateur était déjà décrit en 2014 comme élément protecteur des conflits [57]. On peut toutefois

s'interroger sur le calme apparent du discours, rapportant si peu de conflits interpersonnels, tandis que le quotidien du bloc opératoire a pu être filmé dans toute sa brutalité et ses conflits à l'hôpital Saint Louis en 2014 (Dans Le Ventre de l'Hôpital, réalisé par Jérôme Le Maire). La situation est-elle vraiment meilleure sur les sites où travaillent les médecins interrogés ? Ou s'agit-il d'une question trop clivante pour être abordée au cours d'entretiens de ce type ?

La décision en elle-même, sur la pertinence de la chirurgie ou de la limitation de soins, entraînait rarement un conflit car si un des protagonistes tenait à opérer le patient, l'autre « cédait » rapidement à la fois pour éviter un conflit mais également pour suivre le raisonnement implicite que la limitation n'était possible que si les deux parties étaient d'accord, l'intervention chirurgicale constituant la décision "par défaut". Ce type d'attitude d'évitement ou d'accommodation au désir d'une des parties est une solution fréquente de résolution des conflits au bloc opératoire [87] mais si l'effort est effectué systématiquement par le même membre du binôme le risque d'insatisfaction est important. La plus-value donnée à l'acte d'opérer vient par ailleurs faire écho au caractère dominant des chirurgiens tel que décrit dans le cadre de leur identité professionnelle, les MAR ayant une tendance naturelle à s'incliner.

La pratique régulière d'exercices de simulation et l'attention portée à la communication inter équipe afin de favoriser la collaboration plutôt que la confrontation sont des éléments concourant à une meilleure cohésion entre équipe anesthésique et chirurgicale [57,88] et permettant de minimiser les conflits relationnels. MAR et chirurgiens digestifs exprimaient une demande de bienveillance et d'empathie de part et d'autre de la relation, qualités essentielles pour la préservation des conflits mais tendant à s'éteindre au fur et à mesure des années d'études de médecine [89,90]. L'aptitude à la communication et à la gestion des conflits ne sont pas des atouts innés, et la formation des MAR et des chirurgiens digestifs à ces problématiques est cruciale. Cependant, certaines personnalités sont intrinsèquement vectrices de conflits malgré toutes les interventions possibles : ce phénomène est décrit outre atlantique comme celui des « *mad physicians* », littéralement « médecins fous » mais également acronyme de « *Mean, Abusive and Disruptive* » (méchant, injurieux et perturbateur), distinguant des personnalités particulièrement difficiles à gérer et plus fréquemment rencontrées au bloc opératoire [91]. Ce problème n'était que rapidement abordé dans certains entretiens (« *untel est caractériel* »), témoin au choix d'une faible exposition à ce type de personnalités dans les centres où l'étude a été effectuée, ou miroir de la non identification de ce problème. En effet, la gravité des perturbations engendrées par les personnalités difficiles [92] est peu prise en compte en France par rapport aux pays anglo-saxons où leur gestion via des outils pratiques et des sanctions administratives [93] est un réel enjeu.

Au cours de cette étude, les jeunes praticiens insistaient sur la différence de leurs pratiques par rapport à ce qu'ils appelaient « l'ancienne génération ». Ils faisaient par-là référence au fait que les praticiens plus âgés constituent un modèle pour les plus jeunes [94,95], mais que les interactions qu'ils avaient pu observer entre MAR et chirurgiens digestifs au cours de leur formation ne leur convenait pas, et qu'ils préféraient se comporter différemment, mettant ainsi en lumière une part de leur curriculum caché [96]. La chirurgie, spécialité en pleine mutation, était la plus touchée par ce sentiment de fracture générationnelle.

4) Sur l'information du patient et de sa famille

Le discours quant aux modalités d'information du patient et de ses proches était très uniforme. L'annonce de la décision était une étape importante, et elle devait être effectuée par le médecin désigné comme responsable du patient, avec émergence d'une véritable « territorialité » au sens de l'espace que s'est approprié un groupe [97], qui est ici un type de spécialiste exerçant dans un service donné. La présence des deux membres du binôme pour informer était recherchée dans la majorité des cas, essentiellement pour afficher le caractère collégial de la décision et se soutenir mutuellement face à la détresse éventuelle du patient et/ou de ses proches. La traçabilité de la décision, pourtant médico légale, était peu évoquée mais incombait essentiellement aux MAR et aux réanimateurs.

D'un point de vue légal, c'est en effet le médecin en charge du patient qui endosse la responsabilité de la décision de limiter les soins à l'issue de la discussion collégiale et d'en informer le patient et ses proches. Si la collégialité s'est limitée à son strict minimum, du fait de l'urgence, le devoir d'information reste tout de même à charge de ce même médecin. Dans le contexte péri opératoire, la responsabilité est partagée entre MAR et chirurgien, et il en va de même pour l'information. Dès 2001, Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) publie des recommandations sur les relations entre MAR et autres spécialités [98], complétées par les recommandations de la HAS publiées en 2015 concernant la coopération entre MAR et chirurgiens [58] qui sont en faveur d'une information conjointe du patient, « *chacun limitant l'information à son domaine de compétence et d'intervention* ». Avec l'essor de la médecine péri opératoire, la place du MAR n'est plus remise en question, plusieurs études ayant montré qu'il est le professionnel le plus compétent pour prendre en charge le patient avant, pendant et après la chirurgie [52].

La qualité de l'information transmise aux patient et/ou à ses proches dans un contexte de limitation de soins est pourtant essentielle. Plusieurs études ont été menées en réanimation et ont mis en évidence des deuils pathologiques associés à des états de stress post traumatique après le décès d'un proche dans un contexte de limitation de soins, une mauvaise communication avec l'équipe médicale étant un facteur de risque indépendant de deuil difficile [99,100].

5) Perspectives

Si cette étude avait été réalisée après la crise sanitaire du Covid-19, les résultats auraient probablement été différents. Cette crise a mis en évidence la tension possible dans l'accès aux soins, la nécessité d'un triage dans le cas de ressources limitées, comme cela a pu être le cas pour les places en réanimation [101]. Dès lors, quel aurait pu être le discours sur l'âge et l'autonomie ? Les MAR et les chirurgiens auraient-ils été en mesure de fixer un âge charnière les incitant à formuler plus aisément une LATA face à une urgence chirurgicale chez un patient dont le pronostic était incertain ? Durant cette crise, le grand public s'est ému de la non admission en réanimation des sujets institutionnalisés en EHPAD, y voyant une discrimination inacceptable ; tandis que les MAR tentaient d'expliquer que la réanimation n'avait pas de sens ni d'espoir dans les situations de grande dépendance pré existantes. Face à ces critiques, seraient-ils tentés d'opérer largement les sujets âgés afin d'éviter l'opprobre ?

D'autre part, nos résultats rapportent un accord global des MAR et des chirurgiens digestifs avec le peu de recommandations existantes sur le sujet des LATA péri opératoires. Les conflits sont présentés comme fréquents mais d'une gravité modérée et peu en lien avec la décision de fond. La situation est-elle réellement si simple ? Ce n'est pas ce que j'ai pu observer au bloc opératoire au cours de mon internat, réalisant à plusieurs reprises sur des sujets très âgés ce que certains de mes seniors allaient jusqu'à appeler des « violations de sépulture à la demande du chirurgien » ou encore des « *laparautopsies* » (comprendre des laparotomies exploratrices équivalentes d'autopsies tant l'état du patient semblait dépassé). Cette violence dans la décision, vécue comme imposée par le chirurgien, je ne l'ai pas retrouvée au cours des entretiens. Peut-être car elle n'est que mon vécu, malchanceux. Ou peut-être car il existe une culture du secret, une difficulté à énoncer les désaccords au sein de la profession trop profondément ancrée pour pouvoir être mise à jour via des entretiens

qualitatifs. Une étude anthropologique permettrait-elle de mieux mettre en évidence les tensions en jeu dans la décision d'opérer en urgence ?

Conclusion

La décision de récusation pour une chirurgie dans un contexte d'urgence vitale est perçue par les MAR et les chirurgiens digestifs comme une décision de limitation de soins à part entière. Il s'agit d'une situation fréquemment rencontrée dans un contexte de vieillissement de la population et de patients de plus en plus lourdement comorbides. Cependant, d'après cette étude, aucun critère univoque ne fait consensus pour départager les patients, entre ceux qui peuvent bénéficier d'une chirurgie, et ceux pour lesquels cela constitue le point d'entrée vers l'obstination déraisonnable. Il s'agit d'une prise de décision anxiogène pour les MAR et les chirurgiens digestifs, qui plébiscitent l'anticipation quand cela est possible ou tentent de différer la décision en la transférant à des équipes pluridisciplinaires. La chirurgie suivie d'une réanimation d'attente est la solution de choix pour toutes les situations où un doute existe sur le caractère bien-fondé d'une limitation de soins. Le partage de la décision est une réalité pour tous les professionnels impliqués qui la vivent dans le sens d'une construction commune, où chacun apporte sa part d'expertise. Le MAR est unanimement reconnu comme spécialiste du terrain, de l'état général ; tandis que les chirurgiens digestifs vivent leur rôle de façon moins claire, dans un contexte de changement générationnel et de féminisation de la profession, oscillant entre un avis purement technique et une légitimité à évaluer l'état global du patient. Le réanimateur, s'il assure la prise en charge post opératoire, vient former un trio médico-chirurgical participant à la prise de décision quand aucun autre professionnel extérieur n'est mobilisable, ce qui est souvent le cas pour les urgences vitales. Dans ce contexte, les conflits sont fréquents, mais les MAR et les chirurgiens les attribuent à des difficultés organisationnelles plutôt que relationnelles, et donc accessibles à des mesures de correction. L'annonce de la décision au patient et sa famille est un moment clé, qui n'a lieu que lorsqu'un accord a été trouvé entre le MAR et le chirurgien digestif. La situation géographique du patient au sein de la structure hospitalière détermine qui doit l'informer, laissant ainsi le MAR dans un rôle de soutien auprès du chirurgien, de l'urgentiste ou du réanimateur.

Cette étude est la première, à notre connaissance, à s'intéresser au vécu des MAR et des chirurgiens digestifs concernant la prise de décision d'opérer ou non en situation d'urgence chirurgicale digestive. Les résultats sont en faveur d'un accord avec le peu de recommandations spécifiques existantes sur le sujet. Il persiste une interrogation sur la réalité du consensus apparent dans le discours, à l'épreuve des conflits constatés dans l'exercice quotidien, qui pourrait inciter à

prolonger ce travail par une enquête de plus grande envergure avec un versant d'observation anthropologique.

Liste des principales abréviations

ADL	Activity Daily Living
ASA	American Society of Anesthesia
CHG	Centre Hospitalier Général
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
EBM	Evidence Based Medicine
EGS	Evaluation Gériatrique Standardisée
ESPIC	Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
GIR	Groupe Iso Ressource
HAS	Haute Autorité de Santé
LATA	Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives
MAR	Médecin Anesthésiste Réanimateur
RMM	Revue de Morbidité Mortalité
SFAR	Société Française d'Anesthésie Réanimation
SRLF	Société de Réanimation de Langue Française

Bibliographie

1. 594 000 personnes décédées en France en 2016, pour un quart d'entre elles à leur domicile - Insee Focus - 95 [Internet]. [cited 2020 Aug 18]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3134763>
2. La mort à l'hôpital [Internet]. [cited 2020 Aug 18]. Available from: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article90>
3. 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. *Anesthesiol J Am Soc Anesthesiol*. 2017 May 1;126(5):882–9.
4. Fournier V. Contre le « mal mourir ». *Le Debat*. 2014 Feb 14;n° 178(1):115–23.
5. Dumont R, Asehnoune K, Pouplin L, Volteau C, Simonneau F, Lejus C. Limitation ou arrêt de thérapeutiques actives en situations d'urgence. Le point de vue des anesthésistes réanimateurs. *Ann Fr Anesth Réanimation*. 2010 Jun 1;29(6):425–30.
6. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F, French LATAREA Group. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. *Lancet Lond Engl*. 2001 Jan 6;357(9249):9–14.
7. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 Mar 4, 2002.
8. Cardin H. La loi du 4 mars 2002 dite "loi Kouchner". *Trib Sante*. 2014 Apr 25;n° 42(1):27–33.
9. N° 1708 tome 1 - Rapport d'information sur l'accompagnement de la fin de vie [Internet]. [cited 2020 Aug 24]. Available from: <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i1708-t1.asp>
10. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie | Legifrance [Internet]. [cited 2020 Aug 24]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2005/4/22/SANX0407815L/jo/texte>
11. Cremer R, Folscheid D. Modification de l'article 37 du code de déontologie médicale : pourquoi la commission d'éthique de la SRLF s'est-elle battue pour un adjectif ? *Réanimation*. 2010 Dec 1;19(8):718–22.
12. 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*. 2010 Dec;19(8):679–98.
13. Leheup BF. Le principe du double effet : un outil aidant à la réflexion éthique dans le cadre de la sédation pour détresse en phase terminale. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. 2006 Apr 1;5(2):82–6.

14. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Fin de vie : remise du rapport Sicard [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cited 2020 Aug 25]. Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/annee-2012/article/fin-de-vie-remise-du-rapport-sicard>
15. 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 Feb 2, 2016.
16. Code de la santé publique - Article R4127-37-1. Code de la santé publique.
17. Code de la santé publique - Article R4127-37-2. Code de la santé publique.
18. Code de la santé publique - Article R4127-37-3. Code de la santé publique.
19. Tomczyk M. La sédation profonde, continue et maintenue jusqu'au décès. *Laennec*. 2018 Apr 12;Tome 66(1):5–14.
20. Évaluation de l'application de la loi du 2 février 2016 sur la fin de vie [Internet]. [cited 2020 Aug 26]. Available from: <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article709>
21. France, Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Rapport de synthèse du Comité consultatif national d'éthique: opinions citoyennes. 2018.
22. urbanus - Dictionnaire Gaffiot français-latin - Page 1631 [Internet]. [cited 2020 Aug 26]. Available from: <https://www.lexilogos.com/latin/gaffiot.php?q=urgere>
23. Larousse É. Définitions : urgence - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cited 2020 Aug 25]. Available from: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704>
24. Bénévent R. La rhétorique de l'urgence. *Lett Enfance Adolesc*. 2009;n° 76(2):13–20.
25. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012. *Crit Care Med*. 2013 Feb;41(2):580–637.
26. Gauss T, Ageron F-X, Devaud M-L, Debaty G, Travers S, Garrigue D, et al. Association of Prehospital Time to In-Hospital Trauma Mortality in a Physician-Staffed Emergency Medicine System. *JAMA Surg*. 2019 01;154(12):1117–24.
27. Le Conte P, Riochet D, Batard E, Volteau C, Giraudeau B, Arnaudet I, et al. Death in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. *Intensive Care Med*. 2010 May;36(5):765–72.
28. Feral-Pierssens A-L, Boulain T, Carpentier F, Le Borgne P, Del Nista D, Potel G, et al. Limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence. *Ann Fr Médecine D'urgence*. 2018 Aug;8(4):246–51.
29. Ducruet J. L'éthique des décisions de fin de vie en réanimation néonatale. *Laennec*. 2002;Tome 50(3):8–25.
30. Pour la Fédération nationale des pédiatres néonatalogistes, Dehan M, Gold F, Grassin M, Janaud JC, Morisot C, et al. Dilemmes éthiques de la période périnatale : recommandations pour les décisions de fin de vie. *Arch Pédiatrie*. 2001 Apr 1;8(4):407–19.

31. Nuzzo A, Maggiori L, Ronot M, Becq A, Plessier A, Gault N, et al. Predictive Factors of Intestinal Necrosis in Acute Mesenteric Ischemia: Prospective Study from an Intestinal Stroke Center. *Am J Gastroenterol*. 2017;112(4):597–605.
32. Veber B. Limitations thérapeutiques en médecine périopératoires. *Anesth Réanimation*. 2018 Nov 1;4(6):486–91.
33. Le Dorze M, Mourman V, Brunel E, Veber B, Attias A, Brunel E, et al. Limitation et arrêt des thérapeutiques en situation aiguë. Quel rôle pour le médecin anesthésiste-réanimateur dans une décision d’abstention d’un acte chirurgical urgent ? *Anesth Réanimation*. 2018 Nov;4(6):503–7.
34. decet - Dictionnaire Gaffiot français-latin - Page 473 [Internet]. [cited 2020 Aug 26]. Available from: <https://www.lexilogos.com/latin/gaffiot.php?q=decider>
35. Jousset D. Chapitre 6. Kairos. Le moment de la décision en éthique médicale. *J Int Bioethique*. 2014 Sep 30;Vol. 25(2):111–35.
36. Vandangeon-Derumez I. XIX. Herbert A. Simon – Les limites de la rationalité : contraintes et défis [Internet]. *Les Grands Auteurs en Management*. EMS Editions; 2017 [cited 2020 Aug 27]. Available from: <https://www.cairn.info/les-grands-auteurs-en-management--9782376870432-page-296.htm>
37. Abecassis P. Incertitude médicale et processus de décision. *Semin GEAPE*. 1999;16.
38. Rawls J. La justice comme équité [Internet]. *La Découverte*; 2020 [cited 2020 Aug 27]. Available from: <https://www.cairn.info/la-justice-comme-equite--9782707154606.htm>
39. Baum MB. Chapitre 3. La pluralité des modes d’argumentation du discours bioéthique : entre pragmatisme et recherche d’objectivité du jugement. *J Int Bioethique*. 2010 Dec 14;Vol. 21(2):43–61.
40. Jaffro L. Habermas et le sujet de la discussion. *Cites*. 2001;n° 5(1):71–85.
41. Gentili F. Comment définir l’identité professionnelle ? *Connaiss Divers*. 2005;17–57.
42. Fray A-M, Picoulet S. Le diagnostic de l’identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Manag Avenir*. 2010;n° 38(8):72–88.
43. Faure Y. L’anesthésie française entre reconnaissance et stigmates. *Actes Rech En Sci Soc*. 2005;n° 156-157(1):98–114.
44. Rabier C. La disparition du barbier chirurgien. *Ann Hist Sci Soc*. 2010 Jul 28;65e année(3):679–711.
45. Zolesio E. La chirurgie et sa matrice de socialisation professionnelle. *Sociologie*. 2012;Vol. 3(4):377–94.
46. Zolesio E. La relation chirurgien-patient. *Sci Soc Sante*. 2012;Vol. 30(4):75–98.
47. Zolesio E. Des femmes dans un métier d’hommes : l’apprentissage de la chirurgie. *Trav Genre Soc*. 2009 Oct 27;N° 22(2):117–33.

48. Bercot R, Horellou-Lafarge C, Mathieu-Fritz A. Les transformations récentes de la chirurgie française. Spécialisation, féminisation, segmentation. *Rev Fr Aff Soc.* 2011;1(2):104.
49. Bercot R, Mathieu-Fritz A. La crise de recrutement des chirurgiens français : entre mythes et réalités. *Rev Française Sociol.* 2007;Vol. 48(4):751–79.
50. Villet R, Collard D. The surgeon-anesthesiologist relationship in the era of enhanced recovery. *J Visc Surg.* 2016 Dec 1;153(6, Supplement):S1–3.
51. Adesanya AO, Joshi GP. Hospitalists and Anesthesiologists as Perioperative Physicians: Are Their Roles Complementary? *Bayl Univ Med Cent Proc.* 2007 Apr 1;20(2):140–2.
52. Grocott MPW, Pearse RM. Perioperative medicine: the future of anaesthesia? *Br J Anaesth.* 2012 May;108(5):723–6.
53. Pelavski A, Rochera M, Roca M, De Miguel M, Roigé J. Conflicts between anaesthetists and surgeons: 15AP1-1. *Eur J Anaesthesiol EJA.* 2007 Jun;24:182.
54. Attri JP, Sandhu GK, Mohan B, Bala N, Sandhu KS, Bansal L. Conflicts in operating room: Focus on causes and resolution. *Saudi J Anaesth.* 2015;9(4):457–63.
55. Andel D, Markstaller K, Andel H. [Conflict matrix : Risk management tool in the operating room]. *Anaesthesist.* 2017 May;66(5):318–24.
56. Katz JD. Conflict and its resolution in the operating room. *J Clin Anesth.* 2007 Mar 1;19(2):152–8.
57. Bazin J-E, Attias A, Baghdadi H, Baumann A, Bizouarn P, Claudot F, et al. Conflits en période périopératoire : un enjeu collectif, éthique et professionnel. *Ann Fr Anesth Réanimation.* 2014 May;33(5):335–43.
58. Coopération entre anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens : mieux travailler en équipe [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cited 2020 Aug 16]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2587220/fr/cooperation-entre-anesthesistes-reanimateurs-et-chirurgiens-mieux-travailler-en-equipe
59. Cooper JB. Critical Role of the Surgeon–Anesthesiologist Relationship for Patient Safety. *J Am Coll Surg.* 2018;227(3):382–386.
60. Ennuyer B. À quel âge est-on vieux ? *Gerontol Soc.* 2011 Oct 6;34 / n° 138(3):127–42.
61. Ennuyer B. Les malentendus de l'« autonomie » et de la « dépendance » dans le champ de la vieillesse. *Le sociographe.* 2013;Hors-série 6(5):139–57.
62. Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc.* 1983 Dec;31(12):721–7.
63. Parker SG, McCue P, Phelps K, McCleod A, Arora S, Nockels K, et al. What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. *Age Ageing.* 2018 01;47(1):149–55.
64. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ Can Med Assoc J.* 2005 Aug 30;173(5):489–95.

65. Saint-Jean O, Bérigaud S, Bouchon JP. [Polypathology and co-morbidity: a dynamic way for describing morbidity in aged patients. Study of 100 patients, aged 80 and over, in a short-stay geriatric internal medicine unit]. *Ann Med Interne (Paris)*. 1991;142(8):563–9.
66. Le Maguet P, Roquilly A, Lasocki S, Asehnoune K, Carise E, Saint Martin M, et al. Prevalence and impact of frailty on mortality in elderly ICU patients: a prospective, multicenter, observational study. *Intensive Care Med*. 2014 May;40(5):674–82.
67. Bagshaw SM, Stelfox HT, Johnson JA, McDermid RC, Rolfson DB, Tsuyuki RT, et al. Long-term association between frailty and health-related quality of life among survivors of critical illness: a prospective multicenter cohort study. *Crit Care Med*. 2015 May;43(5):973–82.
68. Guidet B, Thomas C, Pateron D, Pichereau C, Bigé N, Boumendil A, et al. Personnes âgées et réanimation. *Réanimation*. 2014 Jan;23(S2):437–44.
69. Pelavski AD, Lacasta A, Rochera MI, de Miguel M, Roigé J. Observational study of nonogenarians undergoing emergency, non-trauma surgery. *Br J Anaesth*. 2011 Feb;106(2):189–93.
70. Ukkonen M, Kivivuori A, Rantanen T, Paajanen H. Emergency Abdominal Operations in the Elderly: A Multivariate Regression Analysis of 430 Consecutive Patients with Acute Abdomen. *World J Surg*. 2015 Dec;39(12):2854–61.
71. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Armand Colin; 2012 [cited 2020 Aug 13]. Available from: <https://www.cairn.info/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045.htm>
72. Toulouse E, Maseguin C, Lafont B, McGurk G, Harbonn A, A Roberts J, et al. French legal approach to clinical research. *Anaesth Crit Care Pain Med*. 2018 Dec;37(6):607–14.
73. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflats Perspect Vie Econ*. 2014;Tome LIII(4):67–82.
74. Spranzi M. Chapitre 2. La construction d'une décision éthique. *PSY-Theor Debats Synth*. 2018;57–102.
75. Zeisser M, Weber J-C. Les directives anticipées : un semi-échec transitoire ? *Éthique Santé*. 2016 Sep 1;13(3):156–63.
76. Picard Y, Leheup BF, Piot É, Chastang A, Alluin R, Louis G, et al. Limitation et arrêt de traitement : collaboration entre une équipe mobile de soins palliatifs et un service de réanimation. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. 2016 Apr 1;15(2):78–85.
77. Neuzillet C. Actualités du congrès de l'ESMO (European Society For Medical Oncology) 2019 en oncologie digestive. *Hépatogastro Oncol Dig*. 2019 Dec 1;26(6):14–24.
78. Éléments pour élaborer une aide à la prise de décision partagée entre patient et professionnel de santé [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cited 2020 Aug 19]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2838959/fr/elements-pour-elaborer-une-aide-a-la-prise-de-decision-partagee-entre-patient-et-professionnel-de-sante
79. Bouleuc C, Poisson D. La décision médicale partagée. *Laennec*. 2014 Oct 15;Tome 62(4):4–7.

80. Beyond 20/20 WDS - Affichage de tableau - TABLEAU 1. EFFECTIFS DES MÉDECINS par spécialité, mode d'exercice, sexe et tranche d'âge [Internet]. [cited 2020 Aug 13]. Available from: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>
81. Beyond 20/20 WDS - Affichage de tableau - TABLEAU 2. EFFECTIFS DES MÉDECINS par spécialité, zone d'inscription, sexe et tranche d'âge [Internet]. [cited 2020 Aug 13]. Available from: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3803>
82. Rigaud J-P, Meunier-Beillard N, Aubry R, Dion M, Ecarnot F, Quenot J-P. Le médecin réanimateur : un consultant extérieur pour un choix éclairé du patient et de ses proches ? Réanimation. 2016 Jul;25(4):367–71.
83. Savoldelli GL. Résolution de conflits au bloc opératoire. Prat En Anesth Réanimation. 2009 Feb;13(1):65–9.
84. Ettorchi-Tardy A, Levif M, Michel P. Le benchmarking : une méthode d'amélioration continue de la qualité en santé. Prat Organ Soins. 2011 Dec 1;Vol. 42(1):35–46.
85. J B, J H, I C, Ö Z, V DT, M VH, et al. Systematic review and meta-analysis of the effect of the World Health Organization surgical safety checklist on postoperative complications [Internet]. Vol. 101, The British journal of surgery. Br J Surg; 2014 [cited 2020 Aug 16]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24469615/>
86. Kuteifan K, Mertes P-M, Bretonnière C, Eon B, Dupic L, Capellier G, et al. Enquête nationale sur la pratique des « Revues de morbi-mortalité » en réanimation. Ann Fr Anesth Réanimation. 2013 Sep 1;32(9):602–6.
87. Saltman DC, O'Dea NA, Kidd MR. Conflict management: a primer for doctors in training. Postgrad Med J. 2006 Jan;82(963):9–12.
88. Intérêts de l'apprentissage par simulation en soins critiques - La SFAR [Internet]. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 2019 [cited 2020 Aug 14]. Available from: <https://sfar.org/interets-de-lapprentissage-par-simulation-en-soins-critiques/>
89. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. Acad Med. 2009 Sep;84(9):1182–1191.
90. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. Acad Med. 2011 Aug;86(8):996–1009.
91. Van Norman GA. Abusive and disruptive behavior in the surgical team. AMA J Ethics. 2015 Mar 1;17(3):215–20.
92. Rosenstein AH, O'Daniel M. Impact and Implications of Disruptive Behavior in the Perioperative Arena. J Am Coll Surg. 2006 Jul 1;203(1):96–105.
93. Physicians with Disruptive Behavior [Internet]. American Medical Association. [cited 2020 Aug 16]. Available from: <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/physicians-disruptive-behavior>

94. Gofton W, Regehr G. What We Don't Know We Are Teaching: Unveiling the Hidden Curriculum. *Clin Orthop Relat Res* 1976-2007. 2006 Aug;449:20–27.
95. Goldstein EA, Maestas RR, Fryer-Edwards K, Wenrich MD, Oelschlager A-MA, Baernstein A, et al. Professionalism in medical education: an institutional challenge. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2006 Oct;81(10):871–6.
96. Galam É. Devenir médecin : éclairer le hidden curriculum. L'exemple de l'erreur médicale. *Presse Médicale*. 2014 Apr 1;43(4, Part 1):358–62.
97. Larousse É. Définitions : territorialité - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cited 2020 Aug 16]. Available from: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/territorialit%C3%A9/77474>
98. Recommandations concernant les relations entre AR et autres spécialités ou professionnels de santé - La SFAR [Internet]. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. 2002 [cited 2020 Aug 16]. Available from: <https://sfar.org/recommandations-concernant-les-relations-entre-ar-et-autres-specialites-ou-professionnels-de-sante/>
99. Kentish-Barnes N, Chaize M, Seegers V, Legriel S, Cariou A, Jaber S, et al. Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit. *Eur Respir J*. 2015 May;45(5):1341–52.
100. Kentish-Barnes N, Lemiale V, Chaize M, Pochard F, Azoulay E. Assessing burden in families of critical care patients. *Crit Care Med*. 2009 Oct;37(10 Suppl):S448-456.
101. Sprung CL, Joynt GM, Christian MD, Truog RD, Rello J, Nates JL. Adult ICU Triage During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Who Will Live and Who Will Die? Recommendations to Improve Survival*. *Crit Care Med*. 2020 Aug;48(8):1196–202.

Table des figures

Figure 1 - Caractéristiques de la population	27
Figure 2 - Résultats de l'analyse thématique : la prise de décision	38
Figure 3 - Résultats de l'analyse thématique : la notion de décision partagée	40
Figure 4 - Résultats de l'analyse thématique : les conflits	43
Figure 5 - Résultats de l'analyse thématique : l'information du patient et de sa famille	45

Table des tableaux

Tableau 1 - Caractéristique de la population et des entretiens.....	27
Tableau 2 - Analyse verticale.....	28

Annexes

Annexe 1 - Note d'information et formulaire de consentement pour la participation à une recherche

Madame, Monsieur,

Cette recherche est menée par Mme Margot Arminot Fréaux et codirigée par Mr Bernard Ennuyer (sociologue HDR) et le Dr Aré Attias (médecin anesthésiste-réanimateur, CHU Henri Mondor), dans le cadre d'un mémoire de master 2 « ETHIQUE MEDICALE ET BIOETHIQUE » au sein du laboratoire de recherche ETREs (Ethique, Recherche, Translations) de l'Université Paris Descartes, 15 rue de l'Ecole de Médecine 75006 Paris, qui est responsable du traitement.

Les informations recueillies vous concernant vont faire l'objet d'un traitement dans le cadre du projet de recherche précité.

Votre participation à cette recherche est entièrement libre et volontaire, vous pouvez retirer votre consentement à tout moment en contactant Margot Arminot Fréaux. En cas de retrait de consentement, l'ensemble de vos données collectées dans le cadre de cette étude seront supprimées.

Objectif de la recherche :

L'objectif de ce travail est, d'une part d'identifier quels éléments orientent les anesthésistes-réanimateurs et les chirurgiens vers un niveau d'engagement thérapeutique ou non de certains patients pour une chirurgie digestive urgente ; et d'autre part d'analyser comment ils perçoivent leur rôle dans la prise et le partage de cette décision.

Méthodologie de la recherche :

Pour mener cette recherche, je souhaiterais, avec votre accord, réaliser un entretien avec vous, selon vos disponibilités, durant la période qui s'étend de Février à Mars 2020.

Cet entretien se déroulera si possible dans un environnement calme pour favoriser l'échange. Durant l'entretien, je vous poserai des questions en lien avec votre expérience en tant que médecin dans la situation d'intérêt.

De plus, après avoir recueilli votre consentement libre et éclairé, je souhaiterai enregistrer notre entretien grâce à un dictaphone dédié à cette recherche. L'enregistrement, qui ne fera pas état de votre nom et prénom, sera transféré sur ordinateur et chiffré dans un dossier chiffré. Il sera supprimé après sa retranscription.

À la suite de notre entretien, je ferai une retranscription écrite de ce dernier. La retranscription consistera à réécouter notre entretien et à écrire fidèlement nos propos. Le fichier sera pseudonymisé.

Cette retranscription permettra de faire une analyse de son contenu qui consistera à lire notre entretien et de l'analyser pour pouvoir le comparer avec d'autres entretiens. Ceci me permettra d'identifier des thématiques communes. Ces thématiques me permettront de construire une grille d'analyse facilitant la hiérarchisation des thèmes principaux et secondaires. De plus, elle me permettra d'identifier les indicateurs qui rendent compte de ces thèmes. Ce travail d'analyse me permettra de confronter et d'associer les données issues de la littérature scientifique aux données issues de l'analyse des entretiens.

Les données seront ensuite analysées dans le cadre de cette étude qualitative selon le modèle de l'analyse thématique de contenu. Une triangulation sera également réalisée avec les deux directeurs du mémoire, Mr Bernard Ennuyer et le Dr Arié Attias (méthode consistant à ce qu'une autre personne

analyse également l'entretien afin de croiser les regards et l'imiter les biais d'interprétation liés à une telle recherche).

Protection des données à caractère personnel :

Le traitement de vos données à caractère personnel se fera conformément au RÈGLEMENT (UE) 2016/679 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

Seules les données strictement nécessaires à la réalisation de notre projet de recherche seront collectées et traitées :

- Nom, Prénom dans le cadre de la signature du formulaire de consentement et pour la table de correspondance
- Données sur la vie professionnelle (spécialité, ancienneté depuis la fin de l'internat)
- Enregistrement de la voix pour la retranscription

La base légale du traitement de vos données personnelles repose sur l'exécution d'une mission d'intérêt public dont est investi le responsable du traitement. Votre participation à la recherche est entièrement libre et volontaire. Il est rappelé que le participant est libre de retirer ou cesser sa participation à ce projet à tout moment. Ce retrait n'aura aucune conséquence.

Votre identité sera dissimulée à l'aide du numéro de code dans tous les écrits produits sur la base de vos propos (comptes rendus d'entretien, notes d'observation, notes d'analyse échangées entre les chercheurs, publications...). Seul le responsable de la recherche détient la table de correspondance qui permet de faire le lien entre votre identité et le numéro de code attribué dans les différents documents issus de la recherche.

Toutes les données personnelles collectées sont conservées en France.

Les destinataires des données :

Les données personnelles recueillies ne seront consultées que par Margot Arminot Frémaux, Bernard Ennuyer et le Dr Arié Attias. Mr Ennuyer et Dr Attias n'auront accès qu'aux entretiens retranscrits par écrit et pseudonymisés.

Par ailleurs, il est possible que ce travail de recherche, fasse l'objet, dans un second temps, d'une publication sous forme d'article dans une revue internationale pour améliorer la connaissance scientifique sur le sujet étudié. Si tel est le cas, les résultats de la recherche seront diffusés de façon anonyme dans des colloques professionnels et scientifiques, dans des rapports destinés aux autorités, dans des revues professionnelles et académiques.

Durée de conservation des données :

Vos données personnelles sont conservées en base active jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats, ou en cas d'absence de publication, jusqu'à la signature du rapport final de la recherche. Elles font ensuite l'objet d'un archivage sur support papier ou informatique pour une durée de 5 ans après la fin de la recherche.

L'enregistrement vocal des entretiens sera supprimé une fois la retranscription sur un logiciel de traitement de texte réalisée.

Mesures de sécurité techniques et organisationnelles :

Afin de garantir la confidentialité de vos données et éviter leur divulgation, le responsable de la recherche prend toutes les précautions utiles pour préserver la sécurité des données traitées, en

particulier leur confidentialité, leur intégrité et leur disponibilité. Pour ce faire, les dispositifs suivants ont été mis en place :

- Seules les personnes collaborant à la recherche, désignées par le responsable de la recherche ou par un représentant des autorités administratives compétentes sont autorisés à accéder aux données.
- Les mesures de sécurité, tant physique que logique, suivantes sont prises : ordinateur portable protégé par mot de passe, installation de logiciel antivirus, changement fréquent des mots de passe alphanumériques d'un minimum de 8 caractères, chiffrement des documents et stockage sur un serveur sécurisé fourni par l'Université Paris Descartes (Next Cloud).

La retranscription se fera sur un ordinateur protégé par un mot de passe et sera placée dans un dossier chiffré par un logiciel approuvé par l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'informations conformément aux bonnes pratiques recommandées par la CNIL.

Vos droits :

Conformément aux dispositions du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et ses décrets d'application, vous pouvez accéder et obtenir copie des données vous concernant, vous opposer au traitement de ces données, les faire rectifier ou les faire effacer. Vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement de vos données.

En cas d'exercice de votre droit d'opposition au traitement, vous pourrez demander l'effacement des données vous concernant déjà collectées.

Vous pouvez exercer ces droits ou poser des questions au sujet de cette recherche auprès du responsable de la recherche en vous adressant à Margot Arminot Frémaux. Une réponse vous sera apportée dans les plus brefs délais avec un délai maximal d'un mois à compter de la réception de la demande.

Vous pouvez contacter également le Délégué à la Protection des Données de l'Université de Paris à l'adresse postale suivante : DPD, 18 rue de l'Ecole de Médecine 75006 PARIS.

Après nous avoir contactés, si vous estimez que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés, vous avez la possibilité d'introduire une réclamation en ligne auprès de la CNIL ou par courrier postal. CNIL, 3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 (<https://www.cnil.fr>).

Si vous le souhaitez, vous pouvez demander des informations sur les résultats globaux de la recherche en 2020.

Fait à le

Signature de la personne sollicitée

Formulaire de consentement pour la participation à une recherche

Ce formulaire est destiné à recueillir votre consentement pour la collecte des données vous concernant, dans le cadre du projet « Etude qualitative du processus décisionnel en situation d'urgence chirurgicale digestive au sein du binôme médecin anesthésiste-réanimateur / chirurgien » piloté par le laboratoire ETREs de l'Université Paris Descartes.

En signant le formulaire de consentement, vous certifiez :

- qu'on a répondu à vos questions de façon satisfaisante,
- qu'on vous a informé que vous étiez libre d'annuler votre consentement ou de vous retirer de cette recherche en tout temps, sans justification et sans préjudice.

La recherche est déclarée conforme à la méthodologie de référence MR 004 éditée par la CNIL pour Recherches n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé (insérer le numéro de la déclaration faite à la CNIL).

Je soussigné(e)(nom et prénom de la personne interrogée) :

Confirme avoir reçu les informations relatives à la recherche et aux traitements de mes données à caractère personnel (voir note d'information annexée)

Vous avez lu et compris les renseignements communiqués dans la notice d'information

Accepte de participer à la recherche de Margot Arminot Frémaux, étudiante en Master 2 « ETHIQUE MEDICALE ET BIOETHIQUE » au sein de l'Université Paris Descartes, codirigée par Monsieur Bernard Ennuyer et le Dr Arié Attias

Accepte d'être enregistré(e) durant l'entretien et que ce dernier soit retranscrit par écrit dans le respect de la confidentialité

Accepte que les données sensibles suivantes soient recueillies : nom et prénom (pour le consentement la table d'anonymisation uniquement), spécialité d'exercice et ancienneté depuis l'internat, voix audio pour la retranscription.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Nom, prénom et signature du responsable de la recherche :

Fait à, le

Signature du sujet, précédée de la mention : lu et approuvé

Fait à, le

Un exemplaire de ce document vous est remis, un autre exemplaire est conservé dans le dossier.

Annexe 2 - Guide pour les entretiens semi dirigés, individuels (trame non remise aux participants)

Madame, Monsieur,

Je suis interne d'anesthésie-réanimation, actuellement étudiante en Master 2 d'éthique médicale à la faculté de Paris Descartes.

Dans ce cadre je réalise, sous la direction de Mr Bernard Ennuyer (sociologue, HDR) et du Dr Arié Attias (anesthésiste-réanimateur), un mémoire qui prend la forme d'une étude qualitative.

Cette étude s'intéresse aux prises de décisions en urgence en chirurgie digestive, et au partage de la prise de décision entre l'anesthésiste et le chirurgien. C'est votre point de vue et votre expérience qui m'intéressent. Aussi je vais vous laisser vous présenter (sexe, âge, spécialité et ancienneté depuis la fin de l'internat) puis je vous proposerai un court cas clinique qui sera la base de notre entretien.

Cet entretien sera enregistré si vous avez donné votre accord, et dès la retranscription effectuée j'effacerai la bande son. L'anonymisation sera effectuée à la retranscription.

Je vous remercie chaleureusement pour votre participation.

Vignette clinique :

Vous êtes de garde, en charge du bloc des urgences. Vos collègues urgentistes vous informent qu'un patient d'une soixantaine d'années a été admis il y a quelques heures pour une douleur abdominale aiguë fébrile. Le scanner réalisé en urgence met en évidence une péritonite par perforation d'organe creux. Votre avis sur une prise en charge chirurgicale en urgence est requis.

- 1) Quels sont les éléments, médicaux et non médicaux, qui pourraient vous inciter à récuser ce patient pour la chirurgie ?
- 2) Dans quelles situations avez-vous du mal à prendre une décision (dilemmes éthiques) ? Pouvez-vous me donner des exemples ?
- 3) A votre sens, quelle est la place du chirurgien digestif dans la décision de récuser un patient pour une chirurgie en urgence ?
- 4) A votre sens, quelle est la place de l'anesthésiste-réanimateur dans la décision de récuser un patient pour une chirurgie en urgence ?
- 5) Avez-vous le sentiment qu'il s'agit d'une décision partagée ?
- 6) Avez-vous l'expérience de conflits lors de ce type de décision ? Si oui, pouvez-vous me donner des exemples, notamment que faites-vous en cas de désaccord ?
- 7) Qui se charge d'informer le patient et la famille de la décision ?

Annexe 3 - Avis du Comité d'Éthique et de la Recherche de la SFAR (CERAR)



Paris, le 09 Avril 2020

Dr Arié ATTIAS

Nos Réf. : IRB 00010254 - 2020 - 016

Monsieur,

Vous nous avez sollicités à propos d'un projet intitulé : **Etude qualitative du processus décisionnel en situation d'urgence chirurgicale digestive au sein du binôme médecin anesthésiste-réanimateur / chirurgien.**

Cette étude d'évaluation des pratiques professionnelles, ne soulève pas de problème éthique particulier et ne relève pas du domaine d'application de la réglementation régissant les recherches impliquant la personne humaine, au sens de l'Article L.1121-1-1 et l'Article R.1121-3.

Nous attirons néanmoins votre attention sur le fait que, dans ce contexte, du fait de l'enregistrement des différentes données et informations, il vous appartient de vous renseigner sur les obligations liées aux déclarations auprès de la CNIL

Veillez agréer, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Responsable du Comité d'éthique pour
la recherche en Anesthésie-Réanimation
Pr. JE. BAZIN

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'JE. BAZIN', written in a cursive style.

SFAR – 74 rue Raynouard 75016 Paris
www.sfar.org
contact : cerar@sfar.org

