



HAL
open science

Intervenir ou ne pas intervenir médicalement en situation d'arrêt cardiaque extrahospitalier

Sabine Lemoine

► **To cite this version:**

Sabine Lemoine. Intervenir ou ne pas intervenir médicalement en situation d'arrêt cardiaque extrahospitalier. Ethique. 2020. dumas-03232036

HAL Id: dumas-03232036

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03232036v1>

Submitted on 25 May 2021

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

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



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'Éthique médicale et médecine légale

Année 2020 N° 2020M2REM04

Intervenir ou ne pas intervenir médicalement en situation d'arrêt cardiaque extrahospitalier

Par Sabine LEMOINE

Mémoire de Master 2 de Recherche en Éthique

Dirigé par Monsieur Jean-Claude K. DUPONT, PhD

Présenté et soutenu publiquement le 9 Septembre 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



Intervenir ou ne pas intervenir médicalement en situation d'arrêt cardiaque extrahospitalier

Discipline :

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

Résumé

L'arrêt cardiaque en dehors d'un milieu hospitalier (Arrêt cardiaque extrahospitalier, ACEH) est une situation à laquelle est potentiellement confronté tout acteur de la chaîne de secours pré-hospitalière. Le médecin est le dernier maillon de cette chaîne de survie et doit décider de la poursuite ou de l'arrêt de la réanimation initialement entreprise. La situation est d'autant plus complexe que l'environnement extrahospitalier n'offre pas aux praticiens les repères habituels, notamment du milieu intrahospitalier. Enfin, la famille ou d'autres tiers sont le plus souvent présents et assistent aux manœuvres de réanimation.

L'ACEH est une pathologie qui impose la réalisation de gestes médicaux invasifs, parfois agressifs dont le but est de relancer la pompe cardiaque. Le médecin, d'abord confronté au choix de la réanimation, doit ensuite expliquer la situation à la famille, et enfin faire l'annonce aux proches du décès quand il survient. L'objectif de ce travail est d'étudier le choix initial du médecin d'intervenir ou de ne pas intervenir médicalement à son arrivée au chevet d'un patient en ACEH.

Une recherche qualitative, par entretiens semi-dirigés de médecins pré-hospitaliers a été menée en février 2020. Au total, 13 médecins militaires et civils ont pu être interrogés. Neuf entretiens ont pu être analysés suite à la crise sanitaire inédite COVID-19.

Nos résultats préliminaires suggèrent que les médecins réalisent des gestes « techniques » dans l'attente d'un élément objectif informatif en termes de pronostic, dans un élan personnel d'espoir dans la vie, dans une approche de protection vis-à-vis de la famille, contre un éventuel « risque médico-légal » ou pour « soi-même » face à la violence d'une confrontation directe à la mort. Le médecin légitime ses gestes dans un souci de bienfaisance. Toutefois, le geste « technique » n'apparaît pas toujours proportionné à l'enjeu résiduel et semblerait offrir un sursis au praticien pour faire l'annonce verbale de la mort du patient à ses proches.

Mots clés: Arrêt cardiaque extrahospitalier; chaîne de survie; réanimation; gestes « techniques »; médecin; valeur sociale.

To Act or Not to Act Medically in an Out-of-Hospital Cardiac Arrest Situation

Abstract

Out-of-hospital cardiac arrest (OHCA) is a potential situation faced by all actors of the prehospital rescue chain. The prehospital emergency physician is the last link in this chain of survival and must decide to continue or stop initial resuscitation. The situation is further complex because the out-of-hospital environment does not provide physicians with the usual benchmarks of the in-hospital environment. Finally, the family or other bystanders are most often present and assist in the resuscitation attempts.

OHCA is a pathology that requires invasive, sometimes aggressive medical gestures to restart the cardiac pump. The physician, first confronted with the choice of resuscitation, must then explain the situation to the family, and finally make the announcement of death to the relatives when it occurs. The objective of this study is to explore the physician's initial choice to act or not to act medically upon arrival at the bedside of a patient with OHCA.

Qualitative research involving semi-structured interviews with prehospital physicians was conducted in February 2020. A total of 13 military and civilian physicians were interviewed. Nine interviews were analyzed due to the unprecedented COVID-19 health crisis.

Our preliminary results suggest that physicians perform “technical” gestures while waiting for objective information in terms of prognosis, in a personal impulse of hope in life, in an approach of protection toward the family, against a possible “medico-legal risk,” or for “oneself” in the face of the violence of a direct confrontation with death. The doctor legitimizes his or her actions for the principle of beneficence. However, the “technical” gesture does not always appear to be proportionate to the residual stakes and would seem to offer a reprieve to the practitioner to make a verbal announcement of the patient's death to his or her relatives.

Keywords: Out-of-hospital cardiac arrest; Survival chain; resuscitation; “technical” gestures; physician; social value.

Remerciements

A Monsieur Jean-Claude K. DUPONT, mon Directeur de mémoire pour m'avoir soutenue dans mon projet et aidée dans ma réflexion éthique, avec toujours beaucoup de bienveillance et d'encouragements

A Madame le professeur Marie-France MAMZER-BRUNEEL, Directrice du laboratoire d'Éthique Médicale pour m'avoir acceptée au sein du laboratoire afin de réaliser ce Master 2 de recherche.

A tous les enseignants de ce Master, pour la richesse de leurs enseignements.

A Monsieur le docteur Daniel JOST pour son soutien sans faille depuis des années.

A Monsieur le docteur Jean-Louis CHABERNAUD et à Madame Marina SALOME pour leurs précieux conseils.

A mes collègues de promotion.

A Monsieur mon Parrain militaire pour m'avoir guidée vers la réflexion éthique.

« En cas d'urgence le préjugé est toujours prêt à servir ; il a déjà déterminé l'esprit à ne s'écarter jamais de la voie de la sagesse et de la vertu, si bien qu'au moment de la décision, l'homme n'est pas abandonné à l'hésitation, travaillé par le doute et la perplexité. Le préjugé fait de la vertu une habitude et non une suite d'actions isolées. »

Burke E., *Réflexions sur la révolution de France* (1790), p.110

Liste des principales abréviations

AC	Arrêt cardiaque
ACEH	Arrêt cardiaque extrahospitalier
AHA	American Heart Association
BSPP	Brigade de sapeurs-pompiers de Paris
BMPM	Bataillon de marins-pompiers de Marseille
CERAR	Comité d'éthique de la recherche en Anesthésie-Réanimation
COVID-19	Coronavirus disease 2019
CSP	Code de santé publique
EBM	Evidence-based medicine
RCP	Réanimation cardio-pulmonaire

Sommaire

REMERCIEMENTS	3
LISTE DES PRINCIPALES ABREVIATIONS	5
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION	8
PREMIERE PARTIE : CONTEXTE DE L'ETUDE.....	12
CHAPITRE 1 : PARTICULARITES DU SYSTEME DE SECOURS DEPLOYE LORS D'UNE SITUATION D'ACEH EN FRANCE : UNE ORGANISATION DU TRAVAIL SPECIFIQUE	12
CHAPITRE 2 : DEFINITIONS DE LA POMPE CARDIAQUE ET DE LA CHAINE DE SURVIE	13
CHAPITRE 3 : TERMINOLOGIES ET ANGLICISMES DE LA CHAINE DE SURVIE	15
CHAPITRE 4 : REVUE DE LA LITTERATURE, PRONOSTIC ET EPIDEMIOLOGIE DES PATIENTS EN SITUATION D'ACEH	18
DEUXIEME PARTIE : ETUDE SUR LE CHOIX DU MEDECIN D'INTERVENIR OU DE NE PAS INTERVENIR MEDICALEMENT EN SITUATION D'ACEH	22
CHAPITRE 1 : CADRE THEORIQUE	22
DEFINITIONS DE LA MORT	23
REPRESENTATIONS (CROYANCES, VALEURS) DE LA MORT CHEZ LE MEDECIN	25
LE GESTE DE L'HOMME MEDECIN A L'EGARD D'UN AUTRE, UNE RESPONSABILITE DE ET POUR L'AUTRE.....	27
LE GESTE TECHNIQUE ET LA RELATION SOCIALE	28
LE RAISONNEMENT MEDICAL.....	31
CHAPITRE 2 : PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE	36
CHAPITRE 3 : HYPOTHESES DE RECHERCHE	38
CHAPITRE 4 : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	40
CHAPITRE 5 : RESULTATS DE LA RECHERCHE.....	44

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION	59
CHAPITRE 1 : DISCUSSION DE LA METHODOLOGIE	59
LIMITES DE L'ETUDE.....	59
FORCES DE L'ETUDE.....	60
CHAPITRE 2 : DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ANALYSE THEMATIQUE	60
CONCLUSION.....	66
ANNEXES.....	68
ANNEXE 1. ACTIVITES ELECTRIQUES DU CŒUR.....	68
ANNEXE 2. MODELISATION DE L'« OUTCOME »	69
ANNEXE 3. CEREBRAL PERFORMANCE CATEGORY SCORE	70
ANNEXE 4. LES TECHNIQUES SELON L'ETHNOLOGUE ANDRE LEROI-GOURHAN.....	71
ANNEXE 5. GRILLE D'ENTRETIEN	72
ANNEXE 6. AFFAIRES REGLEMENTAIRES.....	77
BIBLIOGRAPHIE	86
TABLE DES FIGURES	97
TABLE DES TABLEAUX.....	98
AUTORISATIONS DE DIFFUSION DES ŒUVRES UTILISEES	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

Introduction

La médecine d'urgence pré-hospitalière ou la médecine d'intervention extérieure à une structure hospitalière a vu le jour dans les 1950 (1). Des ressources médicales humaines et techniques ont été transférées de l'hôpital vers le pré-hospitalier dans le but d'apporter plus précocement les gestes de survie aux patients gravissimes intransportables en l'absence d'un traitement préalable (1). L'enjeu principal des politiques de santé à cette époque était de diminuer le taux de mortalité secondaire aux accidents de la route, « nouveau fléau des temps modernes » (2). Le concept visant à agir médicalement au plus vite sur le lieu même d'un sinistre trouve son origine dans la médecine militaire. Ainsi le chirurgien Larrey avait créé des ambulances militaires mobiles pour apporter une assistance médicale aux victimes des champs de bataille (1812-1817) (1).

La médecine d'urgence pré-hospitalière pousse le praticien dans ses retranchements, lui faisant réaliser une « performance » quant à la mise en œuvre d'actes techniques spécifiques dans un délai contraint. Comme le souligne le sociologue Bernard Valade (3) : « Fréquemment associée, dans la représentation collective, à la vitesse, aux « soins intensifs » et à une hypertechnicité médicale, l'urgence a d'abord été solidaire de la notion d'état critique – état intermédiaire entre la vie et la mort –, qui peut connaître une issue fatale s'il n'est pas porté remède, dans de très brefs délais, à la personne que l'on tente de « rappeler à la vie » » (3).

Cet « état intermédiaire entre la vie et la mort » se présente à tout praticien confronté à une situation d'arrêt cardiaque (AC). Cette pathologie d'expression clinique brutale n'en est pas moins progressive sur le plan physiopathologique : elle répond en effet à une succession d'événements dans un espace-temps réduit, avec un curseur qui bouge dans le sens de la mort ou de la vie, en partie selon que le praticien sera plus ou moins spectateur ou acteur. Le dictionnaire médical de l'Académie de Médecine définit l'AC comme un mécanisme brutal : « arrêt soudain des battements du cœur [...] interrompant la circulation sanguine » dans l'ensemble de l'organisme (4). La notion de mécanisme renvoie à la notion de réparation qui consiste soit à « remettre en état de marche, de fonctionnement, ce qui a été endommagé, ce qui a fait l'objet d'une dégradation; soit à compenser en un sens plus abstrait l'objet de la perte » (5). La réparation nécessite un « faire » mécanique, en l'occurrence un geste par l'humain. D'ailleurs, le geste technique du médecin ne pourrait-il pas être perçu comme un

« remède » pour reprendre le vocable de Bernard Valade (3) ? De plus, le « remède pour rappeler la vie » ne nous renvoie-t-il pas au constat que la vie est finalité ? Toutefois, la vie n'est-elle pas aussi un mécanisme ? La vie est-elle alors finalité et mécanisme en situation d'AC ?

Par ailleurs, que faire pour aller dans le sens de la vie en situation d'AC ? Pouvons-nous toujours aller dans ce sens ? Y a-t-il des choix à faire ? A tout arbitrage est associé un renoncement pouvant aller jusqu'à une dimension sacrificielle, dans l'espoir d'un bénéfice sous toutes ses formes. Faire des choix impose de décider de la réalisation d'un acte pour lequel le soignant sera responsable. La décision mise dans le geste devient un acte et met de côté un certain nombre de possibilités. Cependant en situation d'AC, qui décide vraiment ? Le médecin, les équipes de professionnels de santé qui collaborent avec le médecin, la famille, le patient ? La contrainte du temps modifie-t-elle les comportements des différents acteurs qui vont interagir entre eux et/ou avec le patient ?

De plus, l'hypertechnicité médicale mise en œuvre en situation d'AC suscite parfois un vif intérêt des professionnels de santé et des médias comme l'illustre l'exemple suivant. En effet, un matin d'octobre 2018, dès 8h30, trois de mes collègues m'informaient qu'une césarienne (extraction fœtale) d'une femme enceinte de 6 mois de grossesse en AC avait eu lieu la veille, en urgence et à son domicile, par une équipe médicale pré-hospitalière. J'avais déjà eu écho de cette intervention en lisant la presse du matin dans le métro : « Une femme enceinte meurt avec le bébé qu'elle porte. La maman a fait un malaise inexplicable chez elle. Elle et son bébé sont décédés [...] Le médecin a accouché la femme sur place, d'urgence, par césarienne afin de sauver le bébé. Le prématuré a été réanimé mais se trouvait dans un état critique. » (6). La lecture de cette information m'avait interpellée par le drame de l'intervention caractérisée par la brutalité de la mort survenue chez une femme enceinte pour laquelle « tout » semblait avoir été fait par les équipes soignantes sur place. Le « tout » me paraissait intéressant à analyser car ce type d'intervention était une première en France et mon cursus atypique d'obstétricienne devenue médecin urgentiste pré-hospitalier me permettait d'avoir un double regard. Enfin, je me demandais dans quelle mesure l'utilisation des détails médicaux de l'intervention « césarienne », « prématuré », « réanimé » intéressait le lecteur ? Les médias cherchaient-ils à façonner un état de santé lié à la technique ? Le fait organique médical devenait-il un fait social ?

Mon questionnement se poursuivait avec la sollicitation de mes collègues urgentistes sur la nécessité soudaine d'apprendre un nouveau geste technique « invasif » spécifique (la césarienne) afin de tenter d'améliorer le pronostic d'une patiente enceinte en situation d'AC. Certains de mes collègues étaient favorables à apprendre ce geste technique recommandé par les sociétés savantes sous certaines conditions (7), même s'il était exceptionnel à réaliser. D'autres collègues étaient plus dubitatifs. L'ensemble des arguments avancés était varié, chargé d'émotions, et justifié par des expériences professionnelles et des représentations personnelles de la situation d'AC et de la mort. D'un côté il y avait le geste technique, de l'autre l'environnement instable comparé à l'environnement contrôlé d'une salle d'opération ou de réanimation. Cependant, je n'avais pas de réponse binaire oui/non à apporter à mes collègues sur le besoin exprimé d'apprendre un nouveau geste technique. En effet, je continuais à m'interroger sur deux points. Le premier point était sur le bénéfice d'un geste « invasif » dans une situation pour laquelle le pronostic était d'emblée très sombre. Le deuxième était sur les limites de cette médecine pré-hospitalière transversale sans spécificité d'organe ni de classe d'âge. Un urgentiste pouvait-il tout faire techniquement comme il est représenté certaines séries télévisées, notamment américaines ? Était-ce pour cela qu'au cours de mon internat j'entendais mes collègues hospitaliers surnommer les urgentistes pré-hospitaliers « les cowboys » ? Le « tout faire », facilité par les progrès techniques, permettait-il de reculer les frontières de la mort vers une vie avec ou sans séquelles pour le patient ?

Finalement, je me questionnais suite à la lecture critique d'un article scientifique, sur la légitimité des gestes techniques « invasifs » au cours d'une réanimation pour détresse vitale en pensant à nos pratiques médicales usuelles, aux patients victimes d'AC décédés après la réanimation ou sans réanimation sur les lieux de l'intervention et à leurs proches qui nous avaient vus faire irruption brutalement et brièvement dans leur vie mais dans l'existence desquels nous avons probablement laissé une empreinte durable, positive ou négative.

L'objet de notre travail est précisément d'interroger ces situations d'AC en dehors de l'hôpital, et d'identifier les tensions éthiques inhérentes au temps de l'urgence lorsque le médecin entreprend de réaliser ou de ne pas réaliser de gestes propres à la réanimation sur les lieux de l'intervention.

Pour répondre à cette question, nous nous proposons, dans un premier temps, d'exposer la particularité du système de secours pré-hospitalier français et d'expliquer le rôle du médecin en tant que responsable de l'intervention, tant sur le plan médical que sur le plan

organisationnel (Chapitres 1 et 2). Le concept de la chaîne de survie pour relancer la pompe cardiaque impose un effort collectif des différents acteurs de la chaîne de secours pour tenter de déplacer le curseur entre la vie et la mort de la victime vers la vie.

Après ce premier temps théorique, nous analyserons le concept de la chaîne de survie au travers de sa terminologie qui découle de la langue anglaise (Chapitres 3 et 4). Nous montrerons que l'équivalent linguistique français des expressions anglaises ne reflète pas clairement le concept anglo-saxon dont elles sont porteuses. C'est ainsi que nous envisagerons notamment les définitions possibles de la « survie » du patient en termes de production de connaissances médicales (en termes épidémiologiques) et de fait social (en termes de qualité de la survie).

Dans ce contexte, il nous a semblé intéressant de mener une étude qualitative sur la base d'entretiens semi-directifs auprès de médecins urgentistes du corps des pompiers confrontés à la prise en charge d'un AC en dehors de l'hôpital pour tenter d'explicitier le sens de l'expression « intervenir médicalement » et le sens du geste qui en découle.

Première partie : Contexte de l'étude

Chapitre 1 : Particularités du système de secours déployé lors d'une situation d'ACEH en France : une organisation du travail spécifique

L'arrêt cardiaque extrahospitalier (ACEH) est une situation pour laquelle une personne en détresse vitale est prise en charge à son domicile, dans un lieu public (hall de gare, terrasse d'un restaurant par exemple) ou sur la voie publique (voie de circulation) par des équipes mobiles de secours. En Europe, notamment en France, ces équipes mobiles sont constituées d'équipes de secouristes professionnels (pompiers, associatifs) et d'équipes médicales (médecin urgentiste, infirmier diplômé d'Etat, ambulancier diplômé d'Etat). L'action du médecin consiste avant tout à déléguer des tâches aux différents intervenants. Ensuite, il s'adapte médicalement et techniquement aux besoins du patient, pour tenter de le stabiliser et de le transférer si possible à l'hôpital. Les équipes de secouristes arrivent en général sur les lieux de l'intervention avant les équipes médicales. Les secouristes ont en effet une implantation géographique, et une densité de véhicules, plus importantes que celles des équipes mobiles médicales. Avant l'arrivée du médecin, le responsable de l'équipe des secouristes a l'autorité pour coordonner les actions de secours. Le transfert de la responsabilité « secouriste » à la responsabilité « médicale » est opéré dès l'arrivée du médecin. Le statut de médecin (position dans la structure relationnelle du système social, institutionnalisation hiérarchique) et ses compétences légitiment ce transfert de responsabilité (8).

Le système de secours pré-hospitalier français apporte une réponse médicalisée précoce à une détresse vitale. Stabiliser un patient sur les lieux du sinistre est la règle usuelle

pour décider le moment du transfert vers l'hôpital. Ce concept de prise en charge médicalisée est qualifié de « *stay and play* » (traduction de *play* au sens d'agir sur place) par les anglo-saxons. En effet, le système anglo-saxon offre une réponse différente, pour laquelle le but de l'intervention est d'amener le plus rapidement possible le patient à l'hôpital. Les équipes mobiles sont constituées de personnels paramédicaux encore dénommés « *paramedics* ». Ils interviennent selon des protocoles thérapeutiques extrêmement rigides et fonctionnent sur le principe du « *scoop and run* » (traduction de *scoop* au sens de « cueillir, ramasser »), transportant au plus vite vers un centre hospitalier où une équipe médicale les attend, au risque que le transport lui-même aggrave le patient. La formation des *paramedics* leur confère une technicité de même niveau que celle d'un médecin urgentiste français, en tout cas pour ce qui concerne la prise en charge d'un ACEH. Aussi, si les compétences médicales semblent identiques pour les urgentistes et les *paramedics*, la différence est dans l'organisation du travail du fait d'une organisation de soins différente (1).

La prise en charge d'un ACEH est un travail en équipe et dans l'urgence. Cette intervention non programmée nécessite une analyse de la situation, une communication, une anticipation des risques, une technicité et une rapidité d'action par le responsable de l'intervention.

Chapitre 2 : Définitions de la pompe cardiaque et de la chaîne de survie

L'ACEH survient à tout âge. Sa cause est variable selon les antécédents de la personne. L'AC correspond à une interruption mécanique de la pompe cardiaque avec comme conséquence un effondrement de la chasse du sang dans l'organisme. Les organes vitaux dont le cerveau et le cœur ne sont plus perfusés et les tissus sont privés d'oxygène. Un trouble du rythme cardiaque, la fibrillation ventriculaire (Annexe 1) est à l'origine de ce qui est communément appelé la « mort subite rythmique de l'adulte ». Elle survient par définition à un moment inattendu, sans prodrome. L'administration d'un choc électrique externe est alors nécessaire pour « défibriller » et tenter de restaurer un rythme sinusal normal. Le décès survient en quelques minutes en l'absence de traitement adéquat.

Un massage cardiaque externe (compressions thoraciques) permet d'assurer un débit minimal de perfusion des organes vitaux. Les compressions thoraciques associées à la défibrillation constituent deux des cinq maillons de la chaîne de survie « *The Chain of Survival Concept* » décrite en 1991 par la société savante américaine de cardiologie « American Heart Association » (Figure 1) (9). Cette chaîne indique la succession des gestes à initier au cours d'un ACEH. Chaque maillon est essentiel pour espérer une survie. Le premier maillon est la reconnaissance de l'AC et l'activation des secours à partir d'une plateforme de régulation médicale d'appels (En France, appels d'urgences : 15, 18, 112). Le second est la réalisation d'un massage cardiaque précoce. Le troisième est l'administration précoce d'un choc électrique externe via un défibrillateur. Le quatrième consiste en une prise en charge précoce par une équipe de secouristes professionnels et une équipe médicale entraînée. Le cinquième est le transfert rapide vers un centre hospitalier capable de traiter la cause sous-jacente. La chaîne de survie veut répondre à l'évolution physiopathologique, en l'occurrence des lésions engendrées par l'absence de circulation sanguine, mais son bon fonctionnement repose sur les capacités organisationnelles de la société (déclenchement et interactions des divers intervenants) pour reprendre les expressions de Michael Nurok dans le concept du triage (Figure 1) (10). Chaque acteur fait face à une tension permanente dans l'effort collectif pour un patient car si un maillon se rompt, c'est toute la chaîne qui dysfonctionne. La chaîne apparaît comme une suite de faits, une chaîne causale dans une même réalité où chaque acteur partage la certitude que le patient est en AC. Toutefois, qu'en est-il du partage de la position du curseur vers la vie ou vers la mort précédemment évoqué ? Les soignants, le patient ou tout simplement les humains partagent-ils la même réalité ? Dans cet état de tension entre la vie, la mort et le temps, un continuum de décisions permet de coordonner cette chaîne. Le médecin dernier maillon pré-hospitalier, a la responsabilité de cette chaîne.

Par respect du droit d'auteur, les éléments sous droit ont été retirés

Figure 1. La chaîne de survie sur d'après Cummins et al. (9) associée au temps socio-organisationnel et au temps physiopathologique.

AC : Arrêt cardiaque, RCP : Réanimation cardio-pulmonaire, *BLS* : *Basic Life support*, *ALS* : *Advanced Life Support*, RACS : Reprise d'activité cardiaque spontanée.

Chapitre 3 : Terminologies et anglicismes de la chaîne de survie

Le concept de la chaîne de survie fait suite aux travaux de Peter Safar (11) qui inventa le terme de « *Life support chain* ». La notion de chaîne était déjà présente pour souligner l'interaction des différents intervenants et des différents gestes à réaliser pour éviter la survenue d'un état irréversible, la mort de la victime. En revanche, il y a eu un saut logique de l'expression « *Life support* », anglicisme traduit en français par « support de vie » à « *Survival* », survie afin de maximaliser les prises en charges d'AC. La notion de vie est présente dans les deux expressions. Toutefois, faut-il simplement définir la vie comme l'opposé de la mort ou se résoudre à la résumer comme la présence d'une activité électrique du cœur dans les situations d'ACEH? Dans les années 1970, le philosophe Jacques Derrida (12) s'interrogeait déjà sur l'opposition entre la vie et la mort d'où son expression « lavielamort » (sans espace et sans la conjonction « et ») pour déconstruire la limite entre la vie et la mort.

La vie sous le terme de « *Life* » a été décrite par les Grecs par deux entités. Le *zôê* pour permettre d'exprimer le fait de vivre, de partager, autrement dit exprimer une vie « naturelle » commune à tous les êtres vivants. Le *bios* permettait d'indiquer plutôt la façon de vivre propre à l'individu, une vie culturelle riche. Une autre définition de la vie est celle rapportée dans le Larousse comme un « Caractère propre aux êtres possédant des structures complexes (macromolécules, cellules, organes, tissus), capables de résister aux diverses causes de changement, aptes à renouveler, par assimilation, leurs éléments constitutifs (atomes, petites molécules), à croître et à se reproduire » (13).

Le terme « *Life support* » pourrait être explicité par l'utilisation de dispositifs médicaux et de thérapeutiques médicamenteuses appliqués au patient pour relancer la pompe cardiaque assimilable à la vie biologique dénommée *zôê*. Les progrès techniques de la médecine et l'évolution de la connaissance médicale basée sur des recommandations internationales offrent de plus en plus d'alternatives thérapeutiques pour maintenir en vie un patient. Cependant, le pronostic d'un patient maintenu en vie artificiellement est très incertain en termes de séquelles neurologiques à moyen ou à long terme. La vie sous assistance technique pourrait être interprétée comme une « vie nue » décrite par le philosophe Giorgio

Agamben (14), ou le *zôê* des Grecs puisque l'individu n'interagit plus avec son environnement. Aussi, si nous avons conservé le terme anglais « *Life support* » c'est pour souligner que la traduction française ne reflète pas toujours le sens des mots (15). Nous avons évoqué le support, le soutien technique pour « *support* ». La référence spontanée à la technique peut être expliquée par le fait que le terme « *Life support* » est retrouvé dans la dichotomie de la RCP anglo-saxonne. En effet, pour une RCP de type « *Basic life support* », des gestes de compressions thoraciques et la pose d'un défibrillateur sont initiés par le grand public. Pour une RCP de type « *Advanced life support* », des gestes techniques spécifiques sont réalisés par des *paramedics* qui poursuivent les gestes déjà entrepris par un tiers. Le mot « *basic* » est traduit en France par le mot « base » qui est retrouvé dans l'expression « RCP de base ». Cette réanimation comprend des compressions thoraciques et la pose d'un défibrillateur par le grand public. Elle est complétée par une ventilation artificielle à l'arrivée des secouristes. Les soins techniques spécifiques sont réalisés à l'arrivée de l'équipe médicale. La RCP en présence du médecin est appelée « réanimation spécialisée ».

Le terme « spécialisée » peut souligner le caractère singulier du médecin par son savoir et sa compétence technique. La traduction d'*Advanced* en « avancée » est parfois utilisée à la place de « spécialisée ». L'avancée peut être un équivalent de progression en termes de stratégie thérapeutique, qui implique la décision médicale. Elle peut également être une progression de l'état du patient (l'individu). Toutefois, que signifie progresser pour un patient ? Et le patient progresse-t-il toujours lors d'une RCP ? De plus, l'avancée peut refléter l'élan fourni par les différents acteurs (le collectif) de la chaîne de survie pour « sauver une vie » (16-18). Nous précisons que ces acteurs sont dénommés sauveteurs, du latin *salvus* (bon état physique, santé) et non sauveurs du latin *salus* (le Salut divin) (19). Le terme « sauver » appellerait-il à des éléments divins en plus de la technique, pour la survie de l'homme, dans une situation pour laquelle il est difficile d'appliquer le principe d'autonomie de la victime ? En effet, l'individu singulier victime est inconscient au sein du collectif de la chaîne de survie où « l'a priori d'action (ou d'intervention) » semble être la norme (20), d'où le probable concept de sauveteurs. Quant au principe d'autonomie, nous entendons la liberté, la volonté, et le libre arbitre de décision de l'homme victime dans son choix de prise en charge dans une situation qui peut évoluer vers la mort (21,22). Or ce choix n'est pas toujours préalablement exprimé.

La survie et « sauver une vie » semblent être un nom et une locution associés dans la communauté médicale et dans la société pour décrire respectivement un résultat d'actions et un mécanisme. Toutefois, quelle est la fonction de la survie dans l'espèce humaine ? S'agit-il d'un avantage adaptatif pour l'individu afin d'exister au sein de la société, rappelant ainsi le *zôé* ou de la place de l'individu dans son groupe social, le *bios*, à un moment donné ? La survie apporte-t-elle toujours un « bien » en termes de « bien » pour l'individu victime ou pour l'individu sauveteur ? Cette approche du « bien » peut faire le lien entre l'individu et l'espèce à partir de la moralité de l'acte, pour lequel l'utilisation de moyens devient un bien commun. Cette approche téléologique de finalité de l'espèce humaine pour une forme de vie pourrait évoquer l'idée morale normative de « catégorique aristotélicien » (23). L'homme tout comme l'animal a des fonctions qui contribuent à des finalités : se développer, survivre, se reproduire. L'homme peut ainsi interagir avec d'autres hommes comme « un bien » dans la société afin de faire perdurer son espèce humaine. La philosophe Philippa Foot (24) précise dans son approche naturaliste pour évaluer les actions de l'homme que ce n'est pas le type d'action morale correcte à suivre qui est important mais le genre de « bien » de l'individu. En effet, celui-ci est doté d'une qualité « *natural goodness* » intrinsèque (naturelle) qui lui permet de s'adapter, de se qualifier et d'être en adéquation avec la forme de vie de son groupe dans un environnement.

Par ailleurs, que permet l'action de « sauver une vie » ? S'agit-il de rendre l'individu victime à sa fonction antérieure normée par la société, à son état antérieur de base ou au contraire aggraver paradoxalement son état ? L'évaluation du retentissement des éventuelles séquelles fonctionnelles ou cognitives de l'individu n'est pas quantifiable en termes d'impact sur la qualité de vie future à la phase pré-hospitalière de l'AC. Quantifier d'après le sociologue et statisticien Alain Desrosières (25) « c'est convenir puis mesurer ». La quantification est ce qui permet d'exprimer en nombres ce qui était auparavant une réalité empirique et qualitative et a une dimension sociale du fait d'un langage commun. La qualité de vie quantifiée peut refléter un état de santé, un bien-être, vers lequel un individu ou la société peut prétendre. La mesure quant à elle renvoie à une métrique et à des outils de mesure. En situation d'ACEH, certains paramètres peuvent être mesurés pour orienter le pronostic à très court terme : le temps écoulé depuis l'effondrement de la victime, le temps entre les différentes étapes de la chaîne de survie, le nombre de chocs électriques externes délivrés, la quantité de médicaments administrés dans leurs unités de référence. Ces paramètres recueillis lors du temps physiopathologique orientent le médecin dans une réalité

objective de déplacement du curseur vers la vie ou vers la mort, et non vers de futures séquelles ou une future qualité de vie (26).

Enfin, la survie n'est pas clairement définie dans le dictionnaire médical de l'Académie de Médecine (2020) (27). En effet, le terme de survie est associé à des indicateurs statistiques épidémiologiques (taux de survie, courbe de survie, survie cumulée) dans des études de mortalité afin de développer des stratégies de prévention. De plus, c'est une façon indirecte de mesurer la fréquence sociale de la mort pour un temps donné (28). Nous retrouvons ainsi le concept social de quantification d'Alain Desrosières (25) qui permet de souligner qu'une certaine réalité est construite sur des nombres. La « survie » transforme-t-elle l'individu singulier en un indicateur épidémiologique de santé publique pour la communauté scientifique (production de connaissances) ? Et/ou en indicateur social pour les politiques de santé qui décident des plans d'action à prioriser pour le bien-être de la population ?

Chapitre 4 : Revue de la littérature, pronostic et épidémiologie des patients en situation d'ACEH

L'ACEH est un enjeu de santé publique car il est la principale cause de mortalité dans le monde et peut induire de graves séquelles motrices et cognitives (29). Le poids de cet enjeu varie d'un pays à l'autre du fait de divergences en termes de systèmes de secours et de modes d'évaluation de la « survie » (29).

La « survie » est associée dans la littérature scientifique médicale au devenir du patient apprécié à travers un critère d'« *outcome* » ou de « résultats futurs » permettant d'avoir des éléments de comparaison statistiques entre cohortes de patients et développer des systèmes de

prévention primaire ou secondaire. L'« *outcome* » est défini par les recommandations internationales de cardiologie (30). Ainsi, le « *survival outcome* » est décliné en « *initial survival* » et « *survived event* » pour la reprise d'une activité cardiaque avant l'arrivée à l'hôpital, le « *long term survival* » pour la survie à 30 jours après l'ACEH, ou en « *survival to hospital discharge* » pour la sortie de l'hôpital du patient. L'ensemble de ces expressions rapporte une « survie » estimée au cours du temps en réponse binaire (vivant oui, vivant non). Nous retrouvons ainsi l'idée des courbes de « survie » en biostatistique : être encore en vie après un instant t, c'est être en vie juste avant cet instant t et ne pas mourir à cet instant (31). La probabilité d'avoir survécu à un instant donné peut se calculer conditionnellement au fait d'être en vie juste avant ce moment. La « survie » est un vocable statistique devenu usuel qui permet d'avoir le même langage scientifique et de se comprendre entre soignants. Toutefois, quand les expressions « *chance of survival* » « chances de survie », ou « *gain of survival* » « gain de survie » sont utilisées de quoi s'agit-il ? La chance est-elle fonction du hasard, de croyances, de valeurs, de connaissances médicales, de l'environnement ? La chance peut également être un paramètre qualifié d'événement favorable ou défavorable en fonction de l'évolution des séquelles neurologiques et du ressenti du patient ou de ses proches. Quant au gain, sert-il à quantifier ou à qualifier la survie ? Un « gain de survie » est-il toujours pour un patient un bénéfice ?

Le « *survival outcome* » est également rapporté dans la littérature pour objectiver la relation entre des facteurs pronostiques et la « survie » (29). Ces facteurs sont liés au patient lui-même (âge, comorbidités), à l'événement AC (type de rythme, présence d'un témoin qui effectue des gestes de RCP et pose un défibrillateur), et au facteur temps des actions réalisées par chaque intervenant (29). La relation de cause à effet n'est cependant pas toujours démontrée. Deux éléments peuvent contribuer à expliquer ce manque de connaissance. En effet, dans une situation d'extrême urgence où le pronostic vital est en jeu, il paraît difficile de mettre en place des essais cliniques randomisés en respectant les principes éthiques de la recherche (32,33). De plus, si les travaux de recherche peuvent aider à développer la prise en charge de victimes en ACEH, ils ne doivent pas devenir un but en soi (34).

L'« *outcome* » est associé au pronostic neurologique pour qualifier la récupération motrice et cognitive au-delà de la « *simply survival* » ou « simple survie ». La « survie » apparaît ici sous forme d'échelle de valeur qualitative pour ce qu'elle permet de faire à

l'individu. Le pronostic neurologique est établi à partir d'un score réalisé en milieu hospitalier sur les patients vivants ayant repris connaissance ou encore dans le coma. Ce score (*Cerebral Performance Category score*) est réalisé en dehors de la phase aigüe de l'ACEH, généralement dans la dizaine de jours qui suit l'AC (Annexe 2) puis réévalué dans les mois suivants (35). Le score évalue une sorte de qualité de vie du patient basée sur des données strictement neurologiques (la conscience), socioprofessionnelles et d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne. L'évaluation de l'état de la conscience (conscient avec ou sans déficit neurologique, coma ou mort encéphalique) témoigne de l'origine du score initialement créé pour les patients victimes d'un traumatisme crânien grave. La différence de physiopathologie entre un traumatisme crânien et un AC crée un biais dans l'évaluation du score. De plus la corrélation intra et interindividuelle de ce score est variable allant de la discordance à la concordance (36). Ce score est toutefois très largement utilisé car il permet de standardiser des catégories de patients afin de réaliser des comparaisons d'états de patients dans la recherche biomédicale.

Par ailleurs, l'« *outcome* » est rapporté comme facteur de qualité de vie dans les recommandations depuis 2015. Les scores de qualité de vie sont les derniers items de la liste des facteurs définis par l'AHA pour caractériser les victimes d'ACEH (30).

Le pronostic à long terme des patients victimes d'un ACEH est peu rapporté dans la littérature. Une brève recherche réalisée à partir du moteur de recherche de la database PubMed avec les mots clés "*out-of-hospital cardiac arrest*" (ACEH) associés à "*long term survival*" rapporte 423 articles scientifiques comparés aux 5 209 rapportés avec les seuls mots "*out-of-hospital cardiac arrest*" soit 10% du nombre total d'articles (en date du 25 mai 2020). Les deux principales limites sont le faible nombre de patients et la sélection des patients puisque que ceux qui sont encore en vie à la sortie de l'hôpital avaient sans doute des facteurs de bon pronostic dès la prise en charge pré-hospitalière (témoin, défibrillation précoce) (29). Il paraît ainsi difficile de généraliser des résultats.

Au final, l'« *outcome* » a été modélisé à l'échelle du temps par les recommandations internationales de l'AHA afin d'harmoniser le langage médical et de clarifier les critères de jugements principaux et secondaires des études (Annexe 3) (37). Le patient individu singulier disparaît dans l'intérêt collectif de la société au profit de la connaissance médicale. Dès lors,

comment le médecin clinicien trouve-t-il ses repères pour évaluer le devenir du patient dans la multitude d'informations scientifiques ?

Les définitions de l'« *outcome* » existent du fait de la collecte de données de santé de patients victimes d'ACEH. Ces données constituent des registres épidémiologiques utiles aux progrès de la science et aux campagnes de prévention (34,38). Les informations recueillies permettent ainsi de dénombrer les ACEH. En Europe, l'ACEH représente environ 275 000 événements par an avec 10% de patients qui sortiront vivants de l'hôpital (29). En France, l'ACEH est estimé à 40 000- 50 000 événements par an, soit un ACEH toutes les 10 minutes environ (39). L'incidence est estimée à 60 ACEH pour 100 000 habitants par an (39). Moins d'un patient sur dix sortira vivant de l'hôpital (38). Les victimes d'un ACEH sont des hommes dans plus de la moitié des cas (65%) et ils ont une moyenne d'âge de 68 ans (40). L'ACEH survient au domicile dans 75% des cas (40). La présence d'un témoin de l'ACEH est retrouvée dans plus d'une situation sur deux (70%) et celui-ci effectue des compressions thoraciques dans moins d'une situation sur 2 (40). L'utilisation d'un défibrillateur par un témoin est de moins de 3% (40).

Les équipes d'urgences pré-hospitalières peuvent être confrontées à la prise en charge d'un ACEH dans leurs pratiques. Ces équipes interviennent dans la phase qui précède l'arrivée à l'hôpital, un temps qualifié d'« immédiat » par l'AHA pour l'« *outcome* », et dans un lieu où interagissent des profanes (des non spécialistes) et des spécialistes de l'ACEH. Dès lors, les équipes médicales, les secouristes et la famille ont-elles les mêmes représentations de la « survie » ? Les « réparations » possibles et/ou attendues sont-elles perçues de la même façon par les différents intervenants ? Les subtilités du vocabulaire scientifique, traduit de l'anglais et utilisé pour définir le devenir d'une victime d'un ACEH, éclairent-elles vraiment le médecin dans sa prise en charge contrainte par le temps de l'urgence ?

Deuxième partie : Etude sur le choix du médecin d'intervenir ou de ne pas intervenir médicalement en situation d'ACEH

Chapitre 1 : Cadre théorique

L'AC est inscrit dans un espace, une dimension temporo-spatiale qui oscille entre la vie et la mort. Le médecin est le maillon essentiel et ultime de l'ensemble des intervenants car c'est lui qui décide de la réanimation à initier, à poursuivre ou à arrêter, sur la base d'éléments objectifs et subjectifs. Toutefois, réanimer un individu en AC n'est pas toujours synonyme d'un retour intégral à l'état antérieur. La réanimation peut-elle constituer un acte néfaste dans certaines situations ? Est-il alors légitime de réanimer tous les AC « entre la vie et la mort » ? De plus, le médecin responsable de l'intervention doit déclarer le décès administrativement, de façon manuscrite (certificat de décès) et humainement de façon orale avec l'annonce du décès aux proches. Serait-il alors impossible de concevoir la mort de l'individu sans réanimation et sans médecin ?

Le vocable « réanimation » vient du latin classique *animare* et du préfixe *re* qui signifie littéralement : « animer à nouveau ». La « ré-animation » sous-tend une connotation religieuse et symbolique qui rappelle la résurrection de Lazare (Évangile selon Saint Jean, Chapitre 11 : 1-45 : « « Lazare, sors! » Et le mort sortit »). Nous précisons que la résurrection de Lazare est une résurrection survenue devant un témoin oculaire comparée à celle de Jésus.

La réanimation lors de la prise en charge médicale de l'AC mobilise la notion de mort, des représentations, des relations humaines et comportementales, un ensemble de gestes et de décisions que nous allons problématiser (41) à partir d'un cadre théorique.

Définitions de la mort

« Le corps meurt donc peu à peu et par parties, son mouvement diminue par degrés, la vie s'éteint par nuances successives, et la mort n'est que le dernier terme de cette suite de degrés, dernière nuance de la vie. »

Buffon GL. Histoire Naturelle De l'Homme, éd.1792, p.183

La mort serait-elle alors une nuance qui nécessite un déchiffrement, des codes pour la rencontrer, la vivre ou la subir ? Toutefois, qui aurait ces codes et comment les acquérir ?

La mort peut être envisagée comme un état à l'opposé de la vie et/ou comme finitude. L'alternative n'est en effet pas évidente. La mort « état » renvoie à l'individu et à un événement vécu par l'entourage comme un fait singulier. Le fait est imprévisible, violent et singulier car c'est « l'unique, l'irréductible, et même l'étrange » comme l'écrit le philosophe Eric Fiat (42). Les rites autour de la mort pourraient d'ailleurs être une manière de faire face à celle-ci, d'en atténuer la radicalité sous forme d'échange symbolique entre la vie et la mort (43). En revanche, la mort « finitude » renvoie au sens donné à la vie par l'individu non mort. Au quotidien, la plupart des individus ne pensent pas à leur mort. La mort peut donner du sens à la vie et devenir un investissement avec un changement de temporalité comme à l'annonce d'une maladie grave. Le philosophe Vladimir Jankélévitch (44) a d'ailleurs écrit « [...] les portes du temps sont à la fois closes et ouvertes, selon qu'on envisage comme tout à l'heure la barrière de la mort en général ou comme maintenant, l'incertitude de la date » (p.iii). Cependant, pour le philosophe Jean-Paul Sartre (45), « la mort n'est jamais ce qui donne son sens à la vie, c'est au contraire ce qui lui ôte par principe toute signification » (p.143). Ainsi, la mort empêche l'individu de finir un projet car elle survient de façon inattendue et prématurée. Au vu de ces exemples, la définition de la mort est source de tensions. La mort apparaît comme un concept violent, indissociable de la vie, et qui fait intervenir l'individu, l'entourage, et la société.

L'état démographique de la société permet aussi de définir la mort « état ». En effet, la mort est objectivée statistiquement par le taux de mortalité ou par l'espérance de vie à partir de données de l'état civil (46). Ces données sont collectées à partir de certificats de décès établis par des médecins qui ont constaté la mort de l'individu. La vie et la mort sont une fois de plus entremêlées dans cette définition statistique. L'expression « espérance de vie » ne serait-elle pas un moyen d'atténuer la violence de la mort en évoquant l'espérance ? Une espérance non comme moyenne mathématique mais comme sentiment de confiance en l'avenir, « une manière de rouvrir ce qui était indûment fermé » pour reprendre l'expression du philosophe Paul Ricœur (47) (p.122). D'ailleurs, que serait la médecine s'il n'y avait pas d'espérance ?

La médecine essaie en effet depuis le XVIII^e siècle de comprendre les états-frontières intermédiaires entre la vie et la mort, où la mort n'est plus un instant irrévocable mais un processus réversible (48). Dans ce processus, il y aurait une « mort imparfaite », une rencontre entre la vie et la mort explicitée par le médecin encyclopédiste Ménuret en ces termes : « tant qu'elle est présente, la vie peut revenir, si quelque cause constante peut la remettre en jeu » (48). La définition de la mort est alors matérialiste. Le concept de processus ne serait-il pas un précurseur de la situation d'AC ? Et la « remise en jeu » de la vie ne serait-elle pas les gestes du médecin pour réanimer l'individu ? La mort peut-elle être guérie comme l'écrivait le médecin Ménuret (48) ? La guérison est-elle un refus de la « mort absolue » ou une espérance pour encourager les progrès techniques de la médecine ? Toutefois, l'attrait du médecin pour le progrès technique ne risque-t-il pas de transformer le sujet patient en sujet d'expérience technique ? La mort serait-elle alors perçue comme un échec technique dans l'objectif de guérir à tout prix ou comme échec du progrès technique en tant que découverte ?

La mort « objet » de la médecine est non seulement une certitude pour le médecin qui l'acte dans un certificat de décès mais aussi une incertitude en termes d'instant en tant que processus.

Représentations (croyances, valeurs) de la mort chez le médecin

« La mort d'un malade rappelle au médecin sa réalité personnelle de mortel, sa finitude propre. Elle lui signifie aussi qu'en dernière analyse, il ne peut rien contre la mort alors que toute sa vie est orientée à l'écarter. »

Viallard ML. Accompagner une personne en soin palliatif et son entourage, éd. 2020, p.101

La mort serait-elle représentée ainsi comme la croisée des chemins entre l'homme médecin et l'idéal technoscientifique de la médecine ?

L'ethnologue Anne Vega (49) s'est intéressée aux représentations culturelles des équipes soignantes hospitalières confrontées à la mort dans les années 2000. Les observations de terrain ont révélé des contradictions entre les médecins et les infirmiers ou aides-soignants lors de la prise en charge de patients en soins palliatifs. Ainsi, il a été rapporté que « Les médecins ne se sentent pas du tout concernés par les mourants parce qu'ils ont du mal à accepter qu'ils ne peuvent plus rien faire » (49). Ne plus pouvoir rien faire, mais pourquoi ? À quel moment ? Pour qui ? Le médecin pourrait-il ne plus rien avoir à faire ? Serait-il « dissocié » par la perspective de la mort ?

Le médecin lors de son cursus médical initial est confronté à la mort au moment des séances de dissection de cadavres en deuxième année de médecine. Des interactions sont créées entre les cadavres, les étudiants et les personnels de laboratoire lors de ces séances. Les étudiants sont transformés « symboliquement » avec un sentiment d'angoisse comme mécanisme de défense face aux cadavres (50,51). D'ailleurs, c'est sans doute pour cela que les étudiants ne sont pas obligés de pratiquer des gestes de dissection pour valider la séance de travaux pratiques. Un simple « oui » à l'appel de son nom suffit à valider la séance (52). Cette angoisse est-elle synonyme d'une mort envisagée à la deuxième personne ? La mort de l'autre serait alors la mort d'un « tu », vocable emprunté à Paul Ricœur (53) dans sa conception de la relation entre « je » « tu » « il » dans les fondements de l'éthique ? L'angoisse pourrait être le résultat de la projection de la dissection associée à un morcellement du cadavre pour ceux qui ont un culte du corps comme les Grecs avaient autrefois, par la peur « d'abimer » un corps par

confusion entre « disséquer » et « mutiler » quand il s'agit d'une première fois technique. Les Grecs distinguaient d'une part, des morts « encore beaux » à regarder car l'individu était mort dans la force de l'âge sur un champ de bataille : la « belle mort » du guerrier à la gloire éternelle selon l'historien Jean-Pierre Vernant (54). D'autre part, les Grecs appelaient les « corps outragés » des corps défigurés, mutilés par des ennemis comme avec le destin d'Achille. Cette mort s'opposait à la « belle mort », tout comme pour les corps « enlaidis » par la vieillesse (54). Les explications données aux étudiants en termes de « respect du corps, de l'autre et donc de son patient, de soi, de son travail, de la confidentialité » avant l'entrée dans la salle de dissection peuvent malgré tout créer une tension pour certains des étudiants en fonction de leur représentation du cadavre (52).

Toutefois, si la mort était envisagée à la troisième personne, en dehors de toute projection, la mort pourrait ne pas avoir de retentissement personnel (55). En effet, la mort peut être objectivée différemment en fonction de la spécialité médicale. Les médecins épidémiologistes par exemple sont confrontés à la mort par l'intermédiaire de chiffres et de variables statistiques. Les médecins légistes en revanche sont confrontés régulièrement en face à face avec des sujets morts. Comment font-ils ? Une explication possible est dans la mission de leur profession, trouver la cause du décès et non réanimer un sujet déjà mort.

La réanimation serait-elle alors le facteur qui influence les représentations de la mort dans une croyance de « survie » ? En effet, la réanimation repousse de plus en plus les limites des possibles grâce aux progrès techniques dans une société où l'acceptation de la mort recule (56). L'avancée des techniques et le devoir déontologique du médecin de soigner associé à sa mission de guérir pourraient contribuer à un sentiment d'échec professionnel voire personnel. En effet, la mission de guérir ne deviendrait-elle pas un devoir moral dans certaines situations de refus de la mort ? De plus, le sentiment d'échec ne serait-il pas influencé par des « profils » de patients notamment avec les morts dites « imméritées » ou non acceptées « Et pourtant, chez nous, rien ne peut faire accepter la mort de l'enfant...Rien » comme l'a écrit le médecin réanimateur Jean-Marie Fonrouge (57) (p.28). Y aurait-il alors des morts plus acceptables que d'autres ? Que deviendrait le principe d'égalité et de justice face à la mort dans ce cas ? Enfin, l'homme aurait-il oublié le concept de « Nous mourrons tous » comme l'a écrit l'historien Philippe Ariès en 1977 (58) ?

Le geste de l'homme médecin à l'égard d'un autre, une responsabilité de et pour l'autre

« Le sujet éthique ne se constitue pas par son rapport à la loi sous laquelle il se range, mais à partir de l'« élaboration d'une forme de rapport à soi qui permet à l'individu de se constituer comme sujet d'une conduite morale » »

Foucault M. 1988

Le médecin face à autrui est-il un sujet qui détermine sa position éthique, un curseur entre l'individu singulier en tant qu'homme, et l'individu collectif en tant que médecin ? Quelle est la responsabilité du médecin face à autrui ? Qu'est-ce que la responsabilité dans l'ici maintenant ?

La responsabilité du médecin vis-à-vis d'autrui est une responsabilité en termes de devoirs. En effet, le médecin obéit au code de déontologie médicale (code de santé publique, CSP) lorsqu'il prend en charge un patient (59). Ce code est un ensemble de règles imposées, fait de devoirs. Le médecin a une obligation morale de respecter la vie humaine, la personne et sa dignité et « Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort » (devoirs généraux, article R.4127-2 du CSP). Les devoirs sont non seulement envers les patients (articles R.4127-32 à R.4127-55 du CSP) mais aussi vis-à-vis des autres professionnels de santé (article R.4127-56 à R.4127-68-1 du CSP) (59). Le médecin est responsable de ses décisions et de ses actes (article R.4127-69 du CSP) (59). Le « être médecin », un moi vis-à-vis de moi, est de répondre par conséquent de ses actes au sens d'avoir à les assumer, et de répondre de soi devant autrui. Le concept de responsabilité renvoie à l'idée d'obligation et de concept juridique, en termes d'indemnisations pour préjudice subi. La réciprocité est de fait dans la relation médecin-patient. Une autolimitation existe dans l'agir médical dans un souci de bienveillance. Dans les situations où le patient est inconscient, dans un état entre la vie et la mort, où se situe le seuil d'autolimitation délimité par un « ne rien faire » et un « trop faire » ? De plus, la responsabilité est-elle une contrainte contre laquelle il faut se protéger ?

L'éthique du philosophe Emmanuel Levinas (60) nous permet d'aborder la responsabilité médicale sous un autre angle. Etre responsable ne consiste plus à répondre de

soi mais à répondre à autrui dans sa fragilité, sa douleur : une responsabilité pour autrui. La relation médecin-patient devient une rencontre entre deux étrangers qui peuvent se porter secours par besoin. Dans cette relation il n'y a donc pas de réciprocité « La souffrance en autrui [...] est, pour moi impardonnable et me sollicite et m'appelle » (61) (p.206). Emmanuel Levinas explique en effet qu'autrui est perçu comme un visage source d'infini ou de transcendance qui sollicite la « subjectivité », les propriétés qui définissent l'être. Ainsi, autrui le (patient) par sa « vulnérabilité » ou sa « fragilité » pourrait appeler à la protection et à la sollicitude du médecin bienveillant. Le patient émet un signal et le médecin devient un récepteur de l'altérité où la morale n'est pas en devoir-être mais un fait. Les gestes réalisés par le médecin consistent alors à témoigner du respect et de la dignité du patient. Les gestes sont accompagnés d'humanité « je ne reste pas simplement là à le contempler, je lui réponds » (62) (p.82). Paradoxalement, la responsabilité pour autrui n'est pas une communication mais un passage du « moi » au « soi » (63). Quels que soient les gestes médicaux (techniques, non techniques), ils sont accompagnés d'humanité et sont symboliques. Le médecin initialement récepteur face au patient devient à son tour émetteur. Toutefois, les gestes dits « invasifs », du latin *invaderer* « pénétrer dans, parcourir, traverser », sont-ils toujours des gestes qui respectent le patient lorsque celui-ci est entre la vie et la mort ? Quel est le poids de la « bonne » conscience (ce qui est intrinsèque à l'individu) dans les gestes médicaux ? La reconnaissance du patient, engagé dans une situation extrême de vulnérabilité en situation d'AC, ne risque-t-elle pas d'influencer les gestes par compassion ? Quelle est la proportionnalité des gestes ? Le médecin se sent-il toujours médecin quand le geste n'est pas de la technique médicale ?

Le geste technique et la relation sociale

« Vu par les animaux, ou par des êtres fondamentalement différents de nous, l'homme apparaîtrait comme obsédé par le temps et l'espace qui dominent ses préoccupations sous toutes les formes de sa pensée depuis l'apparition de la civilisation. La conquête matérielle de l'espace géographique, puis cosmique [...] tissent sa vie pratique. [...] Son grand jeu depuis des millénaires est celui d'organisateur du temps et de l'espace dans le rythme, le calendrier, l'architecture »

Leroi-Gourhan A. Le Geste et la Parole-tome 2. La mémoire et les rythmes, éd. 2013, p.106

Cette citation nous permet de souligner que ce qui différencie l'espèce humaine des autres espèces n'est pas seulement le langage, le *logos* décrit par Aristote mais un ensemble de techniques qui permettent d'appriivoiser ou de maîtriser l'environnement dans lequel l'homme se situe. Le médecin pourrait être assimilé à un organisateur du temps et de l'espace lors de la prise en charge d'un patient. Toutefois, de quel temps s'agit-il ? Un temps pour lui (réflexions, décisions, gestes), pour le patient (courseur entre la vie et la mort), ou pour l'intervention (limites, contraintes) ? Par ailleurs, le repère temps est-il perçu de la même manière par les différents intervenants ? Quant à l'espace, s'agit-il d'un espace à investir sur les lieux comme espace de la reconnaissance « médecin », une identification sociale vis-à-vis des autres intervenants ? S'agit-il d'une distance à respecter entre le médecin et le patient ou entre le médecin et les autres, intervenants ou spectateurs ? Le médecin crée-t-il avec ses gestes son propre espace-temps ?

L'interaction entre un individu et son milieu représente un ensemble de techniques qui sont des formes élémentaires de l'activité humaine (problématiser son rapport au milieu) décrites par l'ethnologue André Leroi-Gourhan (64). L'objet technique produit n'est ni un outil, ni une chose mais un « instrument de l'insertion dans l'existence » ce qui donne du sens au geste, à savoir une signification humaine (64) (p.102). En effet, l'insertion est dite « affective ». Le geste a par conséquent une signification sociale. Le geste objet technique est un mouvement, une « médiation » (du latin *mediatio*, *-onis*, *de mediare*, s'interposer) reflet de l'insertion de l'homme dans son milieu de vie. Les mouvements sont une intégration du temps et de l'espace mais également « une immobilisation des volumes, source d'une réanimation purement humaine » (64) (p.136). Nous soulignons ici le vocable « réanimer » comme source d'intégration dans la société. L'homme transforme des sensations en symboles rythmiques techniques ou figuratifs. Ces rythmes peuvent être des gestes moteurs stéréotypés, des répétitions, qui assurent le confort de l'individu dans le groupe auquel il appartient et l'équilibre de l'individu dans le milieu social (64) (p.29). Les rythmes peuvent aussi être une « soustraction aux chaînes opératoires normales » représentées par « l'acrobatie, les exercices d'équilibre, la danse » (64) (p.103). Le vocable « chaîne » souligne également la valeur symbolique du geste car si un des maillons casse, c'est toute la chaîne qui est interrompue.

L'ethnologue André Leroi-Gourhan (65) a classé un ensemble de techniques à partir de l'action mécanique exercée sur la matière par l'homme. Les techniques dites « pures » sont réparties en « techniques du corps », de « l'anormal », du « jeu », de la « musique », de la « science », de la « décoration de l'individu » et de la « figuration » (Annexe 4) (65). Si nous transposons ces concepts de techniques à la relation médecin-malade, nous pourrions dire que les « techniques du corps » sont effectivement associées à la « mort » et « aux techniques du cadavre » (65) dans les situations où le patient est décédé, que les « techniques de l'anormal » sont les thérapeutiques, que le « jeu » est constitué de ce qui est dit et fait, un « jeu » social entre les différents intervenants, que la « musique » représente les bruits de l'intervention, que la « science » est à la connaissance médicale, et que les « techniques de la figuration » orales, manuelles, corporelles sont une gestuelle, une « pantomime » (un spectacle), une démonstration ou un stratagème. Nous précisons que le vocable « stratagème » peut être défini de deux façons : soit le savoir-faire propre au commandement (le médecin), c'est-à-dire l'habileté stratégique, soit une ruse (66).

La relation médecin-patient apparaît ainsi comme une situation dans laquelle le médecin problématise son environnement dans une sphère spatio-temporelle. Une problématisation sous forme de questionnement : « où, quand, comment, pourquoi ? ». Le « où » permet d'anticiper le temps qu'il faut pour évacuer le patient du lieu de prise en charge vers un centre hospitalier, le « quand » peut correspondre au moment où il faudra quitter les lieux pour aller à l'hôpital ou annoncer le décès aux intervenants et aux proches, le « comment » permet d'anticiper les moyens d'évacuation (terrestre, aérien, nautique), et le « pourquoi » peut correspondre à la nécessité de gagner du temps pour le bénéfice du patient. Quels sont alors les objets techniques du médecin pour s'insérer dans le milieu ? Comment les intègre-t-il dans des situations d'incertitudes, en termes de diagnostic et de pronostic ?

Le médecin a à sa disposition un ensemble d'objets techniques qui vont du plus simple (la main) au plus perfectionné en termes de dispositifs médicaux (interfaces entre le patient et le médecin). Le philosophe Gilbert Simondon (67) nous rappelle dans son œuvre *Du mode d'existence des objets techniques* qu'il ne faut toutefois pas confondre l'objet technique et l'instrument : « La technique doit être comprise en tant que médiateur et non en tant qu'instrument » (67, 68). En effet, l'instrument, défini par utilité et associé au travail, satisfait un besoin. L'instrument n'a ni sens ni humanité. Le sens de la technique est basé sur la

« sensibilité à l'information », sur l'humain par la transformation de la matière car « l'individu s'exprime en elles (les médiations), mais n'adhère pas à elles [...] l'objet technique pensé et construit par l'homme [...] » (69) (p.178). Ainsi, Gilbert Simondon (70) définit une « mentalité technique » du « technicien » qui suscite la créativité. Par exemple, un objet technique comme une chaîne est réparable car elle peut être pensée en sous-ensembles. Il en va de même pour l'individu « Accepter ou rejeter en bloc un être, parce qu'il est un tout, c'est peut-être éviter de prendre envers lui l'attitude la plus généreuse, qui serait celle du discernement » (70) (p.346). Le médecin est-il alors un « technicien » ? Un médecin non - « technicien » serait-il encore un médecin ? Le patient est-il perçu comme un tout ou objectivé comme une activité électrique cardiaque ?

Le raisonnement médical

« - J'attends de vous, mesdames et messieurs, dit la fée en s'adressant aux trois médecins réunis au chevet de Pinocchio, j'attends de vous que vous me disiez si ce malheureux pantin est vivant ou mort.

- (le corbeau) A mon avis ce pantin est définitivement mort ; [...]

- [...] (la chouette), mais pour moi ce pantin est encore vivant ; [...]

- Et vous, vous ne dites rien ? demanda la fée au grillon-parleur.

- Moi je dis qu'un bon médecin est un médecin prudent, et que le mieux qu'il ait à faire quand il ne sait que dire, c'est de se taire. »

Collodi C. Les aventures de Pinocchio, éd. Babel, Actes Sud, 1995, chap.16, p. 97

Cette citation nous permet d'explorer deux points. D'une part, la nécessité de savoir pour un vivant, et en particulier pour un proche, si l'individu est réellement décédé. La déclaration de la mort est nécessaire pour débiter le deuil, pour la célébration des obsèques, des rites autour de la mort, et/ou pour la transmission de patrimoine. D'autre part, la citation rapporte la limite des connaissances médicales sur un état de santé. La mort serait-elle un état difficile à diagnostiquer au point que les « experts » sont capables d'annoncer des diagnostics opposés (vivant-mort) ou de se taire par crainte des conséquences ? Décider de la mort est-ce prendre un risque ? La mort serait-elle un état incertain ?

La mort est un état qui résulte d'un processus, du déplacement du curseur entre la vie et la mort vers la mort, après un arrêt de la pompe cardiaque. Dès lors, quels sont les déterminants qui permettent d'acter un diagnostic certain de mort par le médecin « expert »? Y a-t-il une place pour l'incertitude ? Si oui, comment est-elle gérée ? La connaissance médicale et l'expérience du médecin peuvent-elles réduire l'incertitude ?

Le médecin « expert » a été décrit dans les 1950 par le sociologue Talcott Parsons (71). Le médecin était celui qui permettait de réguler la « déviance », à savoir la maladie, pour rétablir un équilibre dans la société (une personne qui n'était plus malade pouvait retourner travailler). Ainsi, le médecin avait un rôle effectif lorsque la compétence technique était vue. Cette compétence lui permettait d'appliquer la connaissance scientifique (« *medical science* » dans le texte original p.447) et la technique qui lui était associée au profit du malade. Toutefois, si le médecin a beaucoup de connaissances, il ne peut pas tout savoir et donc pas guérir tous les malades. L'approche de Talcott Parsons a néanmoins été critiquée par la suite par peur du pouvoir médical et par l'absence de coopération active du malade perçu comme un sujet passif. L'idée de pouvoir médical est encore véhiculée dans la société de nos jours par les médias et notamment par les séries médicales télévisées. En effet, le médecin est toujours celui qui fait le diagnostic car il a la « connaissance » pour prendre des décisions, traiter et guérir les malades (72).

Le médecin a une « connaissance » limitée, voire déséquilibrée, dans une relation médecin-patient puisqu'il ne maîtrise pas la totalité des informations de santé du patient (situation particulière du patient). Par exemple, un patient conscient transmettra des informations médicales ou non médicales en fonction de ses préférences (singularité du sujet en tant qu'individu et pas seulement en tant que malade). Dans les situations pour lesquelles le patient est inconscient, les informations pourront être partiellement disponibles à partir de documents médicaux (ordonnances, comptes rendus hospitaliers). La « connaissance » limitée secondairement complétée peut également faire suite à une découverte fortuite, à l'issue d'une imagerie médicale par exemple, d'un élément « anormal » sans retentissement physiopathologique. Une découverte fortuite avec retentissement serait une réaction allergique après l'administration d'un médicament.

Ces situations créent de l'incertitude médicale à laquelle peut s'ajouter d'autres sources d'incertitudes de savoir comme la difficulté de réactualiser ses connaissances en temps réel du fait de la multitude d'informations scientifiques, du temps clinique dédié pas

toujours suffisant, des difficultés d'accès à des revues scientifiques non en accès libre, de la force de l'habitus au sens du sociologue Pierre Bourdieu (un agir inconscient inscrit dans le corps et déterminé par le collectif) (73) ou le type de raisonnement mobilisé pour produire la connaissance du diagnostic.

Le raisonnement peut être déductif c'est-à-dire partir d'une loi, de données probantes issues de la science biomédicale (la règle) pour arriver à un fait (résultat). Par exemple, l'article R. 1232-1 du CSP définit la mort, avant un prélèvement d'organe, par la présence simultanée de trois critères cliniques: 1. L'absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée, 2. L'abolition de tous les réflexes du tronc cérébral, 3. L'absence totale de ventilation spontanée (74). Le raisonnement peut également être inductif et partir de faits (cas) pour essayer d'arriver à une proposition générale (règle) qui ne sera jamais une vérité absolue puisque valable dans la réalité où se situe le sujet. Par exemple, en recherche clinique, la conclusion d'un essai clinique randomisé n'est valable que pour des patients qui répondent aux critères d'inclusion établis (et plus incertaine quant à la population des patients qui seront réellement concernés en vie réelle). De plus, n'est-ce pas pour cela que l'incertitude est modélisée par des intervalles de confiance autour d'un résultat empirique ?

L'*Evidence-based medicine (EBM)* ou médecine des preuves permet de réduire la part de la subjectivité médicale dans le processus décision en tant que processus cognitif. En effet, la décision est au cœur de trois piliers formés par la connaissance médicale (les données de la recherche scientifique, l'état de l'art), par l'expertise clinique (l'expérience du médecin) et par les valeurs (préférences) du patient (75). Le concept de l'*EBM* a évolué au cours du temps pour intégrer la situation particulière du patient dans le modèle initial (76). L'expertise clinique est alors caractérisée par ce que le médecin « connaît », par la situation médicale particulière du patient, et par les préférences du patient. La Figure 2 ci-dessous schématise le modèle prescriptif actuel issu de l'*EBM*.

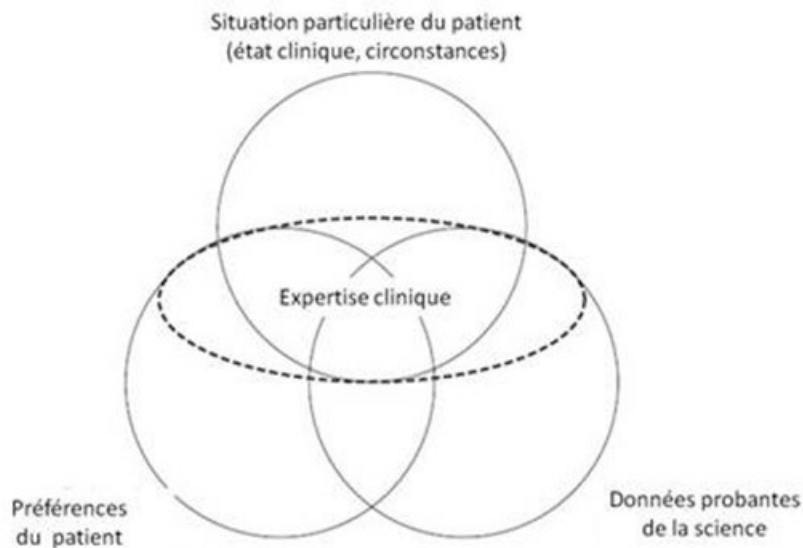


Figure 2. Modèle adapté d'après Haynes et al. (76) comme outil d'aide à la décision fondé sur l'*Evidence-based medicine*.

Les données probantes sont regroupées en base de données bibliographiques grâce à des outils de recherche spécifiques (Medline[®], Cochrane Library) qui permettent au médecin de se repérer dans la littérature scientifique. Toutefois, le nombre de travaux scientifiques augmente de plus en plus et leur qualité n'est pas homogène en termes de validité (reproductibilité). Certains médecins peuvent être déroutés pour la mise à jour de leurs connaissances. De plus, l'« hypertrophie » de la recherche par rapport aux préférences du patient induit un déséquilibre entre les trois cercles de l'*EBM*.

Les données probantes constituent le système prescriptif de recommandations de bonne pratique en santé émises par des sociétés savantes ou par la Haute Autorité de Santé en France. Ces recommandations sont opposables aux professionnels de santé en cas de préjudice pour le patient (77). Est-ce pour cela que la décision est parfois assimilée à une prise de risque ? Le risque sous-entend-il la peur de la faute ou de l'erreur pour le médecin ? Néanmoins, les textes de recommandations peuvent perdre une partie de leur valeur du fait de leur temps d'élaboration au regard du rythme de production des connaissances. Les recommandations peuvent-elles satisfaire tous les médecins ? La perception médicale de la situation particulière du patient à un instant donné pourrait-elle induire un « biais » et une prise de décision différente ? Toutefois, le médecin est-il toujours conscient du biais ?

Enfin, lorsque le médecin fait un diagnostic d'état de mort, il doit l'annoncer, la communiquer aux proches, qui à priori n'ont pas la connaissance médicale. La communication peut être représentée sous la forme d'un modèle théorique linéaire, dans lequel un message est transmis à partir d'une source, d'un émetteur à un récepteur (le destinataire) (Figure 3) (78). Ce modèle théorique rapporte que le message émis au cours du temps peut être « brouillé » par un « bruit » de fond. En effet, lors de la deuxième guerre mondiale, ce système de communication était utilisé à des fins militaires pour coder et décoder des messages. Ce modèle décrit un processus de communication unidirectionnel et non argumentatif.

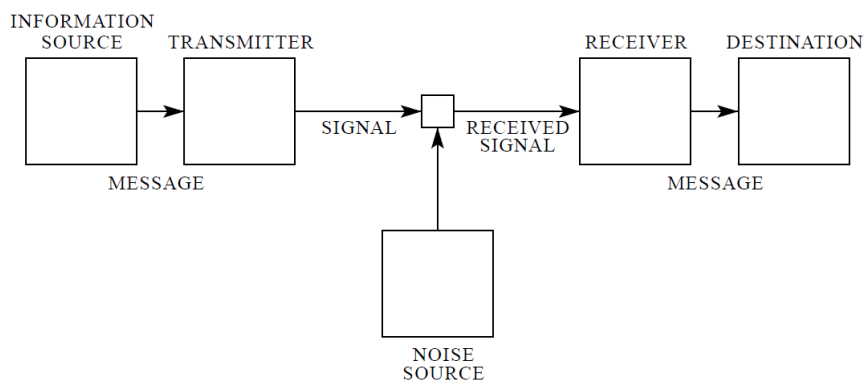


Figure 3. Schéma général de communication linéaire d'après Claude-Elwood Shannon (78).

Le professeur Jean-Blaise Grize (79) a proposé un autre modèle théorique de la communication, entre un orateur et un auditeur, qui tient compte des préconstruits culturels des intervenants, des finalités de la communication et des représentations de l'auditeur. Ce modèle rapporte la complexité des relations interhumaines et est argumentatif. Dans cette interaction « [...] ce qui est décisif ce sont les représentations que A se fait des représentations de B » (p.158). La Figure 4 ci-dessous est une « schématisation » de la communication à laquelle nous pouvons associer le rôle d'orateur au médecin et le rôle d'auditeurs aux proches. Ce modèle peut intégrer des processus de négociation du sens entre locuteur et auditeur pour assurer une bonne intercompréhension et offre à ce titre une représentation a priori plus exacte de la complexité des interactions entre un médecin et un patient (ou d'autres « auditeurs » tels que les proches, des collègues ou des témoins).

SITUATION D'INTERLOCUTION

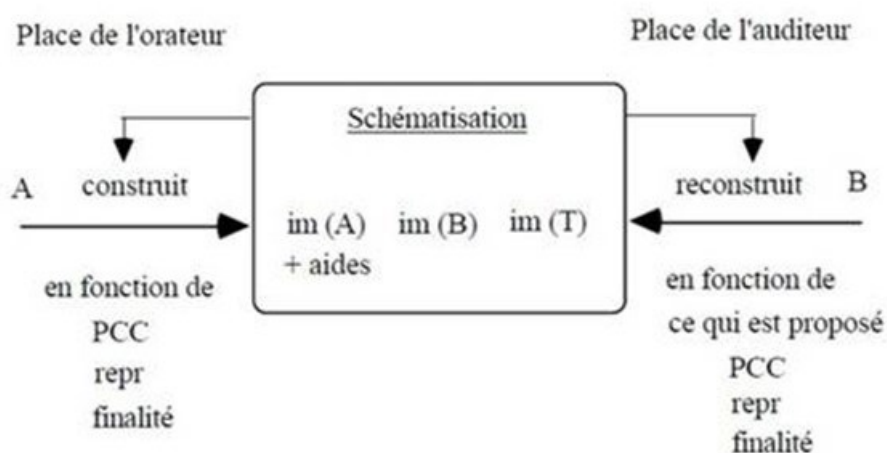


Figure 4. « Situation d'interlocution » ou schéma de la communication d'après Jean-Blaise Grize (79).

PCC : Préconstruits culturels (issus des représentations sociales), repr : Représentation, im : Image, A : Orateur, B : Auditeur, T : Total, → : Prise de position sur les rapports entre pensée et langage.

Les deux systèmes théoriques de communication soulèvent des enjeux différents pour la transmission d'un message. L'annonce du décès aux proches par un médecin est-elle toujours une compréhension mutuelle en fonction du message émis ? Y aurait-il un « bon moment », et une « bonne manière », pour annoncer la mort ? Ne serait-ce pas la vertu à déterminer la juste mesure dénommée prudence par Aristote (80) ?

Chapitre 2 : Problématique de la recherche

L'intervention médicale en situation d'ACEH fait intervenir trois dimensions: la temporalité imposée par le déplacement du curseur entre la vie et la mort, le volume qui est à

capturer en termes de lieu, de nombre d'acteurs présents sur les lieux de l'intervention (secouristes, proches, témoins), d'informations et l'incertitude de l'ici-maintenant face à la singularité du patient. Ces trois dimensions sont des constantes au cours de l'ACEH alors que l'âge du patient varie et que les circonstances de survenue de l'AC sont différentes. Le médecin doit agir vite, réaliser des gestes avec un faire « mécanique » pour essayer de réparer la pompe cardiaque, et faire des choix, acter des décisions dans un souci de bienfaisance pour le patient quels que soit le jour et l'heure.

La prise en charge de l'ACEH est codifiée des premiers secours à la médicalisation par des recommandations européennes mises à jour tous les 5 ans (7). Ces recommandations éditent d'une part les prises en charge de l'ACEH en fonction de l'âge de la victime (adulte ou pédiatrique) et du type de pathologie (mort subite d'origine cardiaque, AC lors de situations particulières de causes spécifiques (exemple de l'AC d'origine traumatique) ou du « profil » des patients dits « particuliers » à cause de leurs comorbidités (exemple de la femme enceinte ou du sujet « âgé »). Les recommandations rapportent également l'Éthique en réanimation et les décisions en fin de vie. Ces recommandations fluidifient la prise en charge de l'AC sous forme d'algorithmes décisionnels prescriptifs en termes de délais à respecter et de gestes techniques à réaliser.

D'autre part, les recommandations informent les médecins sur les taux de mortalité après la survenue de l'AC (« mortalité très élevée » après un AC d'origine traumatique ou chez l'enfant), sur les complications possibles lors de la RCP (« risque de fractures de côtes et du sternum plus élevé chez le sujet « âgé » que chez le sujet jeune », « l'incidence des blessures augmente avec la durée de la RCP ») et sur la « futilité » de la RCP, définie en termes de « chances de survie dans de bonnes conditions de vie minimales ». Toutefois, qu'est-ce que la qualité de vie pour le patient ? De plus, contrairement aux recommandations américaines, il n'existe pas de règles d'arrêt de la RCP appelées ToRs « *termination of resuscitation* » (7).

Ces informations ne seraient-elles pas par conséquent des signaux d'alerte pour sensibiliser le médecin aux conséquences des gestes techniques réalisés lors de la RCP dans laquelle il est le seul décisionnaire ? Dans quelle mesure les recommandations sont-elles suivies dans ces situations particulières du traumatisme, de l'enfant et du sujet « âgé » en termes de durée de la RCP et de graduation des gestes techniques ? Quels sont les éléments susceptibles d'influencer la décision médicale de poursuite, d'initiation ou d'arrêt de la RCP

dans ces situations rythmées par l'interaction de médecins et de non médecins ? Les gestes médicaux ont-ils alors un sens ou font-ils sens ?

Chapitre 3 : Hypothèses de recherche

Nous proposons de tenter d'identifier le sens du geste réalisé par le médecin lors de la RCP en situation d'ACEH. Quelle est la légitimité du geste effectué ? Existe-t-il des situations paradoxales où le médecin, tout en ayant conscience de l'arrêt définitif de la pompe cardiaque, effectue des gestes techniques de réanimation ?

Notre travail de recherche est par conséquent défini autour de la question suivante :

Dans quelles situations intervenir ou ne pas intervenir médicalement en situation d'arrêt cardiaque extrahospitalier (ACEH) ?

Afin de circonscrire le champ de la recherche, nous avons formulé quatre hypothèses (H.) qui reprennent les éléments théoriques structurants évoqués précédemment :

H1. Le médecin réalise des gestes « techniques » ou non « techniques » car l'idée de la mort d'un être connu ou inconnu est de l'ordre de quelque chose de non acceptable. La mort peut provoquer une souffrance et/ou un autre symptôme (exemples: culpabilité, échec). Le geste implique une composante axiologique avec :

- Des valeurs et des préférences (enjeux d'acceptabilité) personnelles ;
- Des valeurs et préférences (enjeux d'acceptabilité) professionnelles.

Cette hypothèse **H1.** nous permettra d'explorer les représentations de la mort chez les médecins urgentistes confrontés à la prise en charge d'un ACEH au travers de leurs vécus, de leurs expériences et d'éléments axiologiques dont la nature sera définie. En testant cette hypothèse nous pourrions préciser s'il existe des tensions (dilemmes, paradoxes) de prise en charge dans certaines situations d'ACEH et quelles sont ces situations.

H2. Le médecin réalise des gestes « techniques » ou non « techniques » par croyance :

- Une croyance dans le geste qui fait appel à l'ethos (principe organisateur d'un comportement) (81) ;
- Une croyance dans le geste qui fait appel à l'habitus (principe générateur d'un comportement) (81).

Cette hypothèse **H2**. nous permettra d'étudier le rapport du médecin à lui-même en termes d'humanité, de construction et de véracité d'un « être médecin ». Le geste est un geste vis-à-vis de lui ou vis-à-vis d'autrui comme geste symbolique. En testant cette hypothèse nous pourrions préciser le poids des gestes dans les prises de décisions de certaines situations d'ACEH dont nous préciserons la nature.

H3. Le médecin réalise des gestes « techniques » ou non « techniques » en connaissance de cause de la « futilité » de la RCP :

- Le geste permet d'être dans un « paraître-médecin » pour ne pas être jugé « non actif » par les parents, la famille, les proches, les collègues de l'intervention ;
- Le geste permet d'être dans un « paraître » pour un potentiel « risque médico-légal » :
 - Paraître - social : un accomplissement, une performance d'action pour éviter une plainte de non-conformité à la prise en charge du patient ;
 - Paraître - apparence : réaliser un geste « juste » pour les sujets présents.

Cette hypothèse **H3**. nous permettra d'investiguer les relations entre les différents acteurs présents sur les lieux de l'intervention. La réalisation d'un geste vis-à-vis d'autrui pourrait être le reflet du rôle social, un « savoir-faire », du médecin. En testant cette hypothèse nous pourrions vérifier la place du « savoir-faire » par rapport au « savoir-dire » pour annoncer le décès du patient aux proches en fonction des situations d'ACEH dont nous préciserons la nature.

H4. Le médecin réalise des gestes « techniques » ou non « techniques » à cause de l'incertitude dans l'ici-maintenant :

- L'incertitude médicale : une tension permanente entre ce que le médecin sait à un moment (la connaissance) et ce qui est possible de faire à un moment (proportionnalité du geste : tout faire, ne rien faire et tous les « entre-deux »).
- L'incertitude « pratique » : un temps « vertueux »

- Pour résoudre une incertitude collective sur l'état de mort du patient ;
- Pour former des collègues, par exemple internes ou des stagiaires médecins, infirmiers.

Cette hypothèse **H4**. nous permettra d'explorer le raisonnement médical dans la prise de décisions pour un état imaginé à venir, la mort. En testant cette hypothèse nous pourrions tenter de qualifier la nature de la quête du médecin : s'agit-il d'avoir plus de connaissances ou moins d'incertitudes ?

Pour analyser et répondre à notre problématique, nous avons opté pour une méthodologie de recherche qualitative qui vise à recueillir les éléments de réponses des médecins confrontés à la prise en charge d'un ACEH. La méthode qualitative nous permettra d'approfondir la part non expliquée par une approche quantitative. La méthode de recherche est décrite dans le chapitre suivant.

Chapitre 4 : Méthodologie de la recherche

- **Cadre d'intervention des médecins dans le système de secours sur Paris et sa petite couronne**

Le système de secours de la Brigade de sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) couvre un secteur de 800 km² et 7 millions d'habitants. Le taux annuel d'ACEH est estimé à 4 000 par an, soit 10 ACEH par jour. Le taux de « survie » est estimé à 7,5% (82). La prise en charge d'un ACEH représente 1 à 2 interventions par an pour un secouriste et environ 50 par an pour un médecin. La Figure 5 résume la chaîne de survie de l'appel de secours au devenir du patient, en termes de personnels impliqués, de délais, d'environnement et de d'évolution du patient.

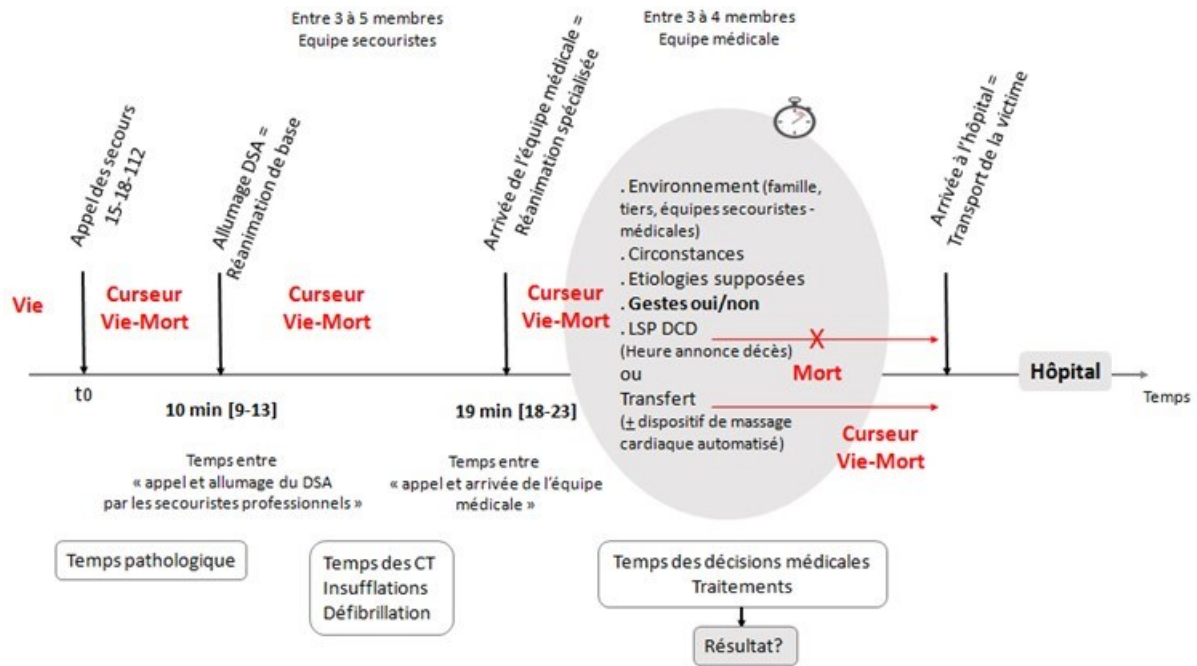


Figure 5. Synopsis de la chaîne de survie sur Paris et sa petite couronne, d'après Jost et al. (83), associé au déplacement du curseur entre la vie et la mort.

Min : Minutes, CT : Compressions thoraciques, DSA : Défibrillateur semi-automatique, LSP DCD : Laissé sur place décédé, t : Temps.

- **Population à l'étude**

Dans un premier temps, les médecins éligibles à notre projet de recherche étaient des médecins urgentistes réalisant des gardes en ambulances de réanimation au sein de la BSPP, quel que soit leur statut (médecin militaire, médecin réserviste, médecin civil), et à temps plein ou à temps partiel (activité mixte en SMUR/SAMU, aux urgences hospitalières, en anesthésie-réanimation).

Dans un deuxième temps, nous avons eu l'autorisation hiérarchique pour faire participer les médecins du Bataillon de marins-pompiers de Marseille (BMPM), qui ont un système de secours identique à celui de la BSPP. De plus, ce qui paraissait intéressant avec ce deuxième terrain d'étude était l'agglomération de Marseille (deuxième ville de France) : 600 km², environ 1 million d'habitants, un réseau routier dense, et une zone urbaine entourée d'espaces naturels (mer, calanques).

Le recrutement multicentrique permettait de capter d'éventuelles variétés de pratiques sur le plan individuel et organisationnel.

- **Méthodologie de recherche**

Pour explorer notre problématique, nous avons conduit une recherche qualitative, en réalisant des entretiens semi-directifs auprès de médecins de la BSPP et du BMPM.

Notre Recherche est dite Hors loi Jardé (recherche n'impliquant pas la personne humaine) car elle n'est pas organisée, ni pratiquée sur des personnes saines ou malades (84).

Le recrutement était sur la base d'une information dispensée selon la méthode d'échantillonnage non probabiliste, en chaîne dénommée « boule de neige » (85). En effet, l'expérience professionnelle nous a appris qu'un quart des médecins répondait à un contact par mail, lorsqu'il s'agissait de participer à une étude. Le réseau ainsi constitué a permis de trouver les répondants au fur et à mesure de la progression du projet de recherche.

Les critères d'inclusion étaient tout médecin urgentiste réalisant des gardes en ambulance de réanimation dans notre institution ou au BMPM et ne s'étant pas opposés à l'entretien après une information libre et éclairée par le chercheur. La constitution de l'échantillon était progressive, au fur et à mesure des réponses.

L'échantillon était contrasté et complémentaire, du fait des différents « profils » de médecins, qui permettaient de saisir qualitativement un espace de points de vue.

Les modalités de recueil des données étaient issues d'entretiens individuels qui ont eu lieu à la convenance du médecin (choix du lieu, du jour, de l'horaire). Ces entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. L'entretien débutait par une explication simplifiée de la recherche :

« Actuellement étudiante en Master, je m'intéresse à la situation de l'ACEH. Est-ce que vous pourriez svp décrire les différentes étapes de ce que vous dites et faites lors de ces prises en charge ? »

Des notes de terrain ont été prises devant le participant. Le guide d'entretien servait de base aux entretiens afin d'explorer l'ensemble des points nécessaires à la résolution des hypothèses (Annexe 5). Le guide a nécessité une réévaluation à l'issue des trois premiers entretiens pour mieux s'adapter à la problématique. La grille s'articulait autour de trois grands axes :

- Le cursus professionnel du médecin ;
- Les facteurs d’influence pour la prise en charge d’un patient victime d’ACEH ;
- Les gestes réalisés au cours de la prise en charge d’un ACEH.

L’objectif était d’interroger des médecins jusqu’à un degré de saturation (complétude) des données.

Les entretiens étaient secondairement retranscrits dans leur intégralité en documents Word, sans l’aide d’un logiciel informatique, et pseudonymisés/codés. Toute variable identifiante était supprimée, et chaque participant était affecté d’un numéro d’inclusion de 1 à XX.

- **Stratégie d’analyse qualitative**

La stratégie d’analyse qualitative des données a été réalisée selon la méthode de la théorie ancrée (absence de logiciel informatique) décrite par Pierre Paillé (86) dans *Analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Une triangulation de l’analyse des entretiens retranscrits (double analyse par un autre chercheur pour ensuite confronter les significations dégagées) a été initialement prévue avec différents intervenants [le directeur de mémoire M. JC. Dupont, le Dr D. Jost, médecin urgentiste spécialisé dans la prise en charge de l’ACEH (et/ou le Dr C. Verret, Praticien certifié de Santé publique et médecine sociale, service de santé des armées et/ou Madame M. Salomé cheffe de projet diplômée d’un master 2 d’Ethique médicale - BSPP)]. Le contexte d’urgence sanitaire COVID-19 n’a pas permis de mobiliser la totalité de ces intervenants au moment de l’analyse des résultats.

Une procédure d’échantillonnage a été prévue pour rechercher une catégorie centrale qui apparaissait dans les données et qui d’une part permettait de relier toutes les autres catégories par des liens logiques, cohérents, non forcés et d’autre part pouvait expliquer les variations. La catégorie centrale permettra d’augmenter le pouvoir explicatif des hypothèses avancées pour répondre à notre question de recherche.

L’objectif de cette analyse était de faire émerger des tensions, des paradoxes, des dilemmes lors de la réalisation de gestes en situation d’ACEH et d’identifier des conséquences éthiques.

- **Considérations éthiques**

Cette étude a obtenu l’autorisation du Comité de la Recherche de la Société Française d’Anesthésie Réanimation (CERAR), n° IRB 00010254-2020-063, en date du 17 avril 2020.

- **Protection des données à caractère personnel**

Un registre des traitements de données à caractère personnel a été mis en œuvre par l'Université Paris Descartes. Les coordonnées du délégué à la protection des données (DPD/DPO) sont : Madame Sarah Pauloin, 12 rue de l'école de Médecine, 75006 Paris,

Le traitement des données à caractère personnel était conforme au règlement (UE) 2016/679 du parlement européen et du conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection de personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données).

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

- Données démographiques : âge, sexe ;
- Données sur la vie professionnelle : formation et ancienneté professionnelle en médecine pré-hospitalière ;
- Données sensibles : opinions religieuses, philosophiques ;
- Absence de données d'identifications directes ou indirectes.

La base légale du traitement des données personnelles repose sur l'exécution d'une mission d'intérêt public dont est investi le responsable du traitement. La participation à la recherche du médecin est libre et volontaire. Le médecin participant était libre de se retirer ou de cesser sa participation à cette recherche à tout moment et sans aucune conséquence.

Chapitre 5 : Résultats de la recherche

Au total, 13 médecins ont accepté de participer à la recherche. Deux médecins ont refusé de participer sans préciser la raison. Les résultats que nous rapportons sont des résultats préliminaires à partir de 9 entretiens.

La procédure d'échantillonnage est résumée dans le Tableau 1.

Phase	Participants	Caractéristiques de l'échantillonnage
Phase 1	01 02	Type d'échantillonnage : ouvert
Première analyse des entrevues 01-02 :		Codage ouvert
Phase 2	03 04 05	Type d'échantillonnage : ouvert et relationnel Catégorie : représentation de l'intervention médicale par le médecin en situation d'ACEH et de la responsabilité médicale vis-à-vis du patient, de la famille, du témoin, des équipes
Seconde analyse des entrevues 01-05 :		Codage ouvert et identification de catégories
Phase 3	06 07	Type d'échantillonnage : relationnel Catégorie : représentation de la responsabilité médicale vis-à-vis du patient et du groupe (patient, familles, témoins, équipes) et du choix du type de réanimation à entreprendre
Première synthèse des entrevues 01-07 :		Production de schémas théorisés
Phase 4	08	Type d'échantillonnage : relationnel Catégorie : représentation de la responsabilité médicale vis-à-vis du patient et du groupe et sens du geste
Deuxième synthèse des entrevues 01-08 :		Production de schémas théorisés
Phase 5	09	Type d'échantillonnage : discriminant (résultats préliminaires) Catégorie : représentation de la responsabilité vis-à-vis du patient et du groupe et sens du geste
Troisième synthèse des entrevues 01-09 :		Analyse et validation des schémas théorisés pour arriver à une compréhension nouvelle des phénomènes (résultats préliminaires)

Tableau 1. Procédure d'échantillonnage, de collecte et d'analyse des données. Approche inductive.

ACEH : Arrêt cardiaque extrahospitalier.

Les caractéristiques de la population sont résumées dans le Tableau 2. L'entretien le plus court était de 22 minutes 13 secondes (un médecin militaire) et le plus long de 51 minutes 32 secondes (un médecin civil).

Données	n (%)
	n = 9 (100%)
Age, ans	37 EIQ [34-44]
Sexe, masculin	6
Statut parental (au moins 1 enfant)	6
Cursus initial	
Médecine militaire	2
Médecine civile	7
Ancienneté en médecine pré-hospitalière, ans	11 EIQ [6-15]
Activité mixte hôpital- extrahospitalier	4
Nombre total d'ACEH pris en charge	
> 50	2
> 100	5
> 200	2
Durée des entretiens, minutes	35 EIQ [29-39]

Tableau 2. Caractéristiques épidémiologiques des médecins qui ont participé aux entretiens et durée des entretiens.

EIQ : Espace interquartile, ACEH : Arrêt cardiaque extrahospitalier.

Les 9 médecins rapportaient que la médecine d'urgence pré-hospitalière était une orientation qu'ils avaient choisie de suivre tôt, dès l'externat (n=3) ou dès l'internat (n=6). Le choix était pour eux une évidence « *je peux pas être médecin et ne pas savoir réagir s'il se passe quelque chose à côté de moi* » (entretien n°4), « *des appétences naturelles* » (entretien n°9). Les motivations étaient exprimées en termes de prise en charge du patient (*pathologies différentes, âges variés*) : « *c'est la seule spécialité qui permet de pouvoir toucher à tout* » (entretien n°8), « *on couvre différentes fonctions, différentes défaillances d'organes et euh ne pas se spécialiser dans un organe en particulier* » (entretien n°5). La recherche de sensations « fortes » : « *dans des situations que certains pourraient qualifier d'exceptionnelles* » (entretien n°1), « *le côté adrénaline* » (entretiens n°5, n°8), « *la poussée d'adré.* » (entretien

n°6), « *le côté spectaculaire* » (entretien n°2), était rapportée par 5 des 9 médecins. Trois médecins ont principalement choisi la médecine pré-hospitalière pour l'aspect organisationnel et relationnel : « *c'est toute la partie gestion de tous les personnels, de l'interservices, de la relation, dans une situation de détresse aiguë* » (entretien n°7), « *en premier c'est le travail en équipe* » (entretien n°6), « *euh très souvent une grosse partie de notre boulot consiste à organiser, à informer et euh communiquer avec la famille et le patient pour le bon déroulement de l'intervention au-delà des actes médicaux qu'on pratique* » (entretien n°3), « *la pratique du camion elle crée une grande promiscuité avec l'équipe avec laquelle on travaille* » (entretien n°3) . Le travail en dehors d'une structure hospitalière ou d'un cabinet médical leur permettait d'avoir une autonomie en termes de prise de décision : « *on n'a personne derrière pour les prendre, on s'appuie sur personne* » (entretien n°1), « *tu fais des gros AVP (accident de la voie publique) tout seul* » (entretien n°9).

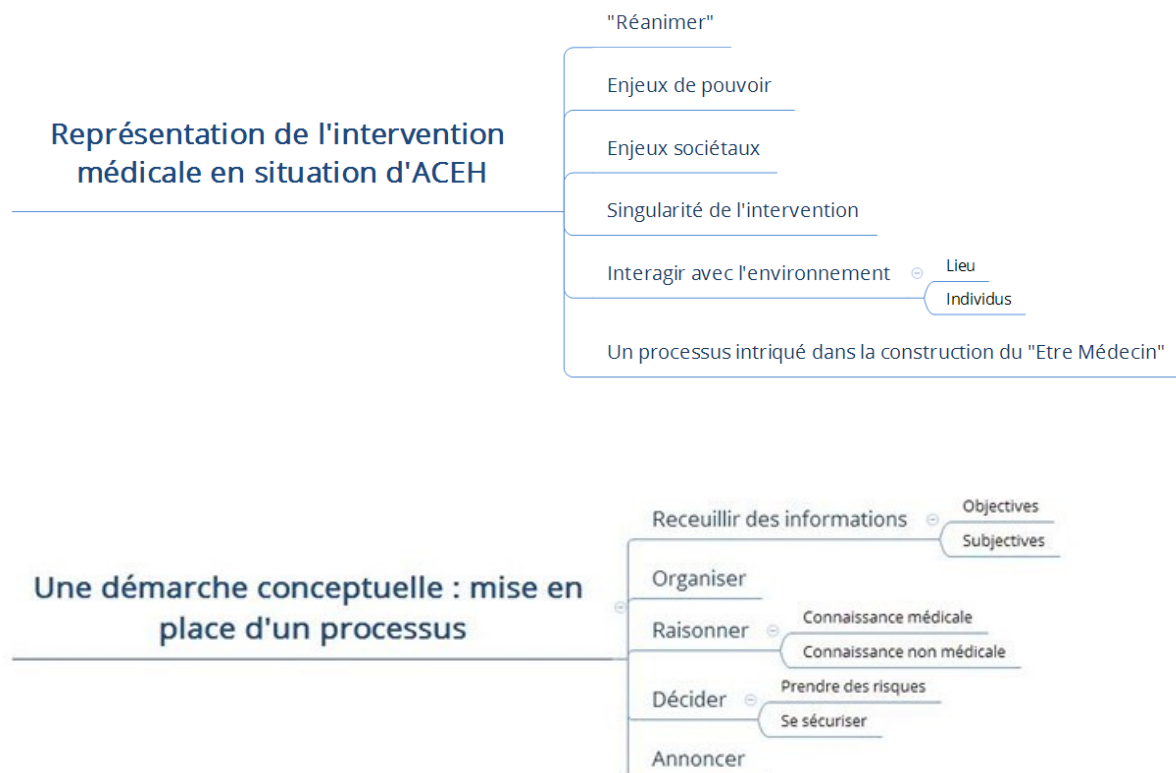
Trois médecins rapportaient un « *conditionnement* » de la prise en charge du patient dès le départ, à l'issue de l'appel du médecin régulateur : « *on se fait déjà notre tableau dans notre tête* » (entretien n°4), « *parfois dès le départ on est un peu biaisé par le régulateur* », (entretien n°5), « *le régulateur nous fait déplacer : ça veut dire quoi ?* » (entretien n°5), « *à cette heure-là je (le médecin régulateur) n'y crois pas mais si je ne t'envoie pas là, je t'envoie jamais* » (entretien n°9), « *Et en fait quand on arrive, on vient confirmer ou pas ce conditionnement* » (entretien n°4).

Dès l'arrivée sur les lieux de l'intervention, les 9 médecins expliquaient qu'ils faisaient « *jonction* » avec le responsable des secouristes pour recueillir les premières informations : âge et heure d'effondrement du patient, nombre de chocs électriques externes , antécédents : « *j'essaie de m'astreindre systématiquement à de prendre d'écouter le bilan de chef d'agrès (responsable secouriste de l'intervention)* » (entretien n°7), « *quand j'arrive, je demande le no-flow (temps écoulé entre l'effondrement et le début de la RCP), le nombre d'analyse et le nombre de chocs, et déjà ces 3 éléments, sont quand même assez déterminants* » (entretien n°9). Ces informations éclairent les médecins sur la décision de réanimation : « *La question que je me pose rapidement : est-ce qu'il y a lieu de réanimer cet AC ? C'est la première question* » (entretien n°9) « *ça c'est la première partie de l'intervention, la première décision à prendre, on peut choisir de ne pas décider et de commencer le schéma de réanimation classique, car on n'a pas assez d'informations pour décider, on peut décider d'emblée parce qu'on estime qu'on a suffisamment d'informations* » (entretien n°3).

Le reste des informations était complété auprès de la famille pour : « *une ambiance de l'intervention* » (entretien n°1), « *en attendant d'avoir une idée de manœuvre claire* » (entretien n°7). Un médecin précisait que le contact avec la famille permettait de « *se faire une idée, parce que l'idée trop vite de « ce patient n'est pas réanimatoire » voire entre guillemets, il faut faire « pas de réa » ou « une réa de principe », me semble dangereuse* » (entretien n°7).

Le contact avec la famille permet aussi de s'organiser : « *En aigu on les met plutôt de côté avec une ou deux phrases pour les informer* » (entretien n°3), « *je vais me mettre un petit peu à l'écart, récupérer un maximum d'informations* » (entretien n°8). Il permet aussi de les informer : « *je vais souvent voir la famille alors quand je sais que le pronostic est exécrable, voilà je leurs dis « on essaie, mais ne vous faites pas trop d'illusion » »* (entretien n°2), « *toujours en deux fois, une fois pour préparer un peu le terrain, pour annoncer la gravité de la situation, [...] et puis une deuxième fois pour annoncer le décès* » (entretien n°7).

La Figure 6 représente l'arbre thématique issu de l'analyse de la situation « intervenir ou ne pas intervenir médicalement en situation d'ACEH ».



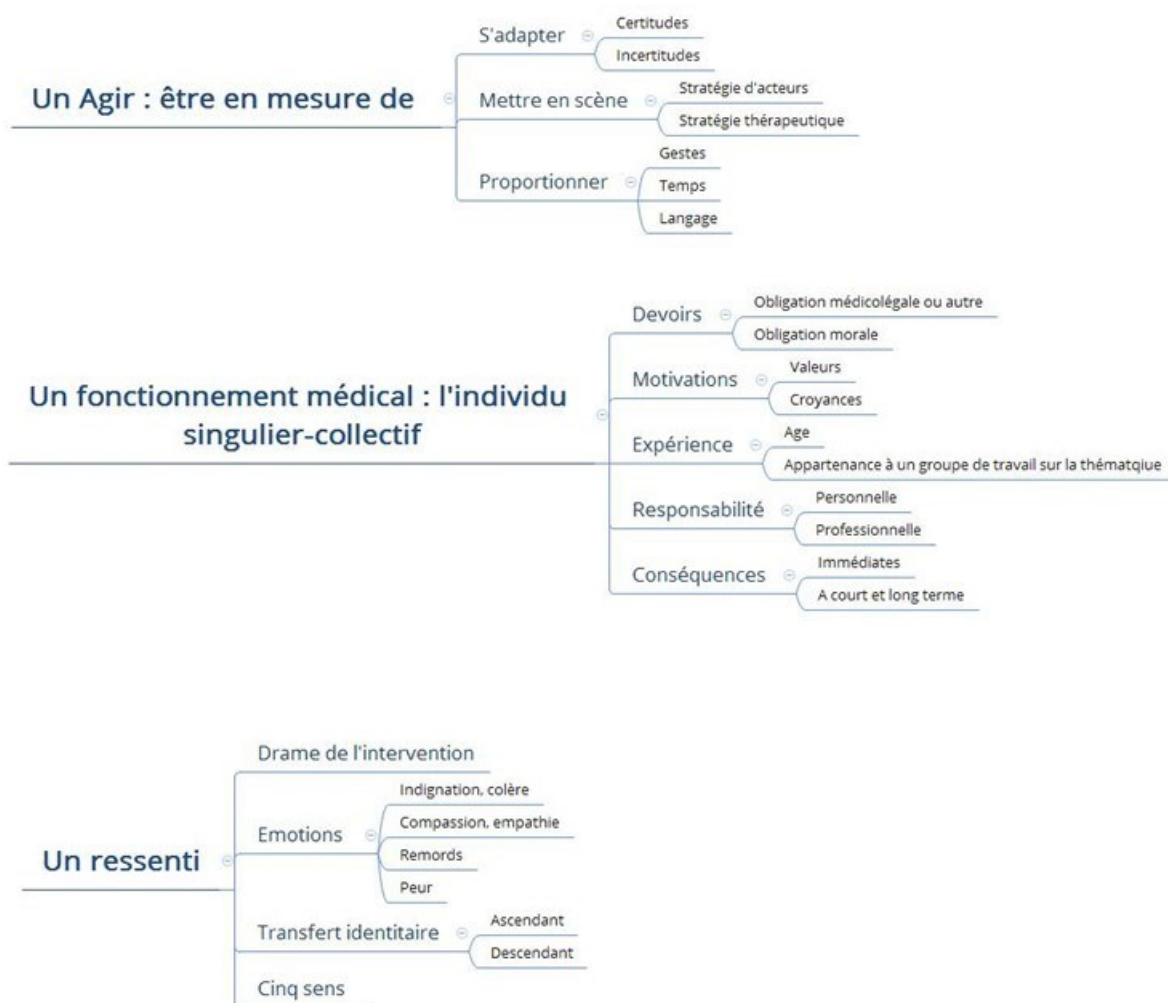


Figure 6. Arbre thématique issu de l'analyse de la situation « intervenir ou ne pas intervenir médicalement en situation d'ACEH ».

Le Tableau 3 résume les résultats de l'analyse qualitative menée sur les entretiens semi-directifs réalisés.

<p>Intervenir médicalement</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une définition floue et équivoque : objet, processus ▪ Réanimer, ressusciter ▪ Une réanimation agressive, invasive, spécialisée, médicalisée, avancée, écourtée, de principe, de courtoisie, d'attente, de temporisation, d'obligation, futile <p>Une situation routinière non banale</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intrusion dans la vie privée des gens ▪ Singularité du patient : des « cas d'espèces » ▪ Singularité de la famille ▪ Affronter la mort ▪ Etre seul sans être seul ▪ Situation de vulnérabilité (milieu « hostile ») ▪ Une pression ▪ Une altérité <p>Une temporalité</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Une urgence d'agir, de faire des choix, de décider, ▪ Des gestes techniques ▪ Un entre-deux ▪ Une liminalité ▪ Des liens intimes ▪ Une expérience ▪ Du courage 	<p>Le médecin en tant qu'homme : tend à recueillir des indices pronostiques pensés en termes de probabilité selon</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Des motivations ▪ Des émotions ▪ Une souffrance ▪ Un transfert d'identité ▪ Des croyances religieuses, philosophiques ▪ Des valeurs ▪ Des limites ▪ Une maturation ▪ Une maturité ▪ Une Mémoire ▪ Un égo <p>Une dichotomie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pré-hospitalier/ Intra hospitalier ▪ Mort/ Vivant ▪ Objectif/ Subjectif ▪ Norme/ Biais ▪ Vérité/ Véracité ▪ Certitudes/ Incertitudes ▪ Puissance/ Impuissance ▪ Théorie/ Pratique ▪ Intentionnel/ Non intentionnel ▪ Froid / Chaud ▪ Raide / Souple 	<p>Un exercice professionnel cadré par des normes, avec parfois un « passage du pilotage automatique au pilotage manuel »</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recommandations internationales sur l'ACEH ▪ Protocoles de service ▪ Conférences de consensus experts nationaux (HAS, SFMU) ▪ Principal biais : le paternalisme « en mon âme et conscience » <p>Les stratégies d'engagement thérapeutique : un réseau d'interdépendances et de conséquences</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Humaines sur les lieux ▪ Humaines à distance avec le médecin régulateur ▪ Techniques ▪ Sociales ▪ Intentionnelles ▪ Voulues/ Non voulues ▪ Des prophéties auto-réalisatrices ▪ Des dilemmes <p>Des associations paradoxales</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Violence de la situation / progression, passion ▪ Médecine de « bourrin » / Belle médecine ▪ Voie veineuse/ Pas d'Adrénaline ▪ Humanité/ Cadavre 	<p>Représentations du patient</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un corps, un AC âgé, un cadavre, un patient, une victime, un malade, un cas de simulation, une activité électrique « rythme agonisant » <p>Soutenir la vie : un discours optimiste d'espoir</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Encourager les équipes lors de la RCP ▪ Dépenser une énergie physique « faut que ça court partout », intellectuelle « on se donne un max. de chance », « on lui laisse sa chance », thérapeutique « Adré. même si c'est pour arrêter 2 min après » ▪ « On peut se tromper » ▪ Accompagner la famille ▪ Transfert en ECMO <p>Entre paternalisme et autonomisme : déséquilibre de la relation contractuelle</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Médecin/ Patient
--	--	--	---

<p>Une stigmatisation basée sur une anomalie, une régulation sociale : des indices pronostiques pensés en termes de certitudes</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le sujet âgé cachectique, du GIR, de l'EHPAD ▪ Le sujet polyhandicapé : « une raison de vivre » ▪ Le mort : « cadavre » ▪ L'horaire : « l'arrêt du matin, un certificat de décès » ▪ Le lit médicalisé ▪ L'incurie <p>Représentation des gestes techniques : des gestes invasifs pas toujours perçus comme invasifs mais comme</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Salvateurs : la thoracostomie pour l'ACT (évacuation d'un épanchement), l'intubation trachéale chez l'enfant (lutte contre l'hypoxie), le KTVO pour le nouveau-né (administration d'Adrénaline), la césarienne pour la femme enceinte (« sauver au moins un des deux ») ▪ Un dispositif rapide de confort pour se rassurer : l'abord vasculaire, un « minimum syndical » ▪ Un geste à pondérer non urgent chez l'adulte : l'intubation trachéale, « c'est élégant » 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visible/ Invisible ▪ Asystolie/ Fibrillation ventriculaire ▪ Privé/ Public ▪ Simple/ Complexe ▪ Curable/ Incurable ▪ Toujours / Jamais ▪ Confort/ Hors confort ▪ Réanimer/ Ne pas réanimer ▪ Réanimation longue / Courte ▪ Réanimateur / Urgentiste 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parfait pour le stagiaire/ Complexe pour le médecin ▪ Laisser faire le stagiaire/ Ne pas croire en la réanimation ▪ Décider/ Subjectivité ▪ Pas de chance/ Laisser une chance ▪ « Tenter un truc impossible » ▪ « Accepter l'inacceptable » pour un enfant ▪ Projet thérapeutique/ Arrêt des manœuvres <p>Représentation de la limitation ou arrêt des traitements (LAT)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Avoir l'expérience des éléments de discussion d'une LAT ▪ Eviter le jugement de faciès ▪ S'imaginer l'état de relation du malade avec son environnement et la suite de soins en réanimation, en rééducation fonctionnelle ▪ « Compiler » un maximum d'informations en un minimum de temps ▪ Directives anticipées rarement présentes ▪ Collégialité « relative » ▪ Texte de la SRLF-SFMU pour les patients GIR1, GIR2* 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médecin/ Famille ▪ Médecin/ Secouristes ▪ Médecin/ Stagiaire <p>Un langage codé entre équipes, qui pris hors du contexte ou entendu/vu par des témoins peut être incompris et créer des conflits</p> <ul style="list-style-type: none"> • Langage professionnel technique ou verbal • Familiarité • Rires
--	--	--	---

Tableau 3. Résultats de l'analyse qualitative menée à partir des n = 9 entretiens semi-dirigés menés et exploités.

GIR : Groupe iso-ressources, EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, RCP : Réanimation cardio-pulmonaire, Adré : Adrénaline, Min : minutes, AC : Arrêt cardiaque, ECMO : extra corporelle membrane oxygénation, LAT : Limitation ou arrêt des traitements, HAS : Haute autorité de santé, SFMU : Société française de médecine d'urgence, SRLF : Société réanimation langue française, ACT : Arrêt cardiaque traumatique, KTVO : Cathéter veineux ombilical.

* <https://www.srlf.org/limitations-et-arret-des-traitements-en-urgence-un-texte-co-ecrit-par-la-srlf-et-la-sfmu/>

Les médecins ont défini différents types de réanimation en fonction de l'intensité de celle-ci. Les 8 médecins, pour lesquels l'expérience professionnelle était de plus de 4 ans, expliquaient que leur pratique de réanimation était devenue moins « *agressive* » avec l'expérience en fonction des situations : « *je ne travaille plus sur l'arrêt cardiaque comme je travaillais 35 ans en arrière* » (entretien n°2), « *avec l'expérience on connaît mieux les tenants et aboutissants* » (entretien n°3), « *Maintenant je réanime beaucoup moins qu'avant* » et « *la réanimation de principe, je l'ai fait, je pense que je ne fais quasiment plus* » (entretien n°9).

La réanimation a été qualifiée par les médecins de:

- « **agressive** », « **invasive** », « **médicalisée** », « **avancée** », « **maximale** », « **vraie** » : pour la réanimation « spécialisée », qui répond aux recommandations européennes de prise en charge de l'AC. Tous les gestes médicaux sont réalisés. En cas d'échec de la réanimation « spécialisée », celle-ci est arrêtée après 30 minutes.
- « **complète** », « **de temporisation** », « **de principe** » : pour une réanimation « spécialisée » qui peut être écourtée avant 30 minutes « *ça peut être juste 2, 3, 5 minutes* » (entretien n°3), « *quand je m'arrête plus tôt ce sera 20 minutes et je ne ferais pas moins* » (entretien n°8), afin de préparer la famille à l'annonce du décès.

- « **de courtoisie** » : « *pour montrer qu'on fait quelque chose* » (entretien n°2) et qui devient « **d'obligation** » quand elle est réalisée sous la contrainte d'un tiers ou « **indigne** » (entretien n°2) dans les situations de mort subite du nourrisson. Il n'y a pas de durée de réanimation et l'intensité des gestes médicaux dépend de la situation.

- « **de principe** » : une réanimation évoquée spontanément par 6 médecins.
 - Pour 3 médecins, il s'agissait d'un « faire » pour un tiers : « *pour moi c'est de la réanimation pour [blanc] pour la famille, pour leur montrer que malgré tout on a fait ce qu'il fallait, qu'ils n'aient pas l'impression qu'on a bâclé, que justement condamné sur l'âge, ou sur des arguments subjectifs* » (entretien n°1), pour « *la famille, les témoins, pour les premiers secours, enfin les secouristes et puis pour le côté un peu médico-légal voilà* » (entretien n°8) « *je fais semblant parce que j'estime que le contexte me pousse, on fait quelque chose* », ou « *j'en fais une et on verra bien* » (entretien n°6).

 - Pour 3 autres médecins, le terme n'était pas « approprié » et ils l'ont évoqué en termes de : « *je ne réanime pas (pas d'adré., pas d'abord vasculaire, pas de contrôle qualité du massage) mais je n'arrête pas les manœuvres* » (entretien n°1) pour la famille, « *moi je me rappelle avoir répondu sur un questionnaire de la réanimation de principe qui m'a, j'ai un avis plutôt tranché sur la théorie, après de fait, en pratique, ça ne sera pas toujours comme ça, je m'engage toujours à 100% dans la voie pas de réanimation ou réanimation* » (entretien n°3), « *clairement c'est un continuum entre pas de réa et réa, et que chacun n'a pas la même limite* » et « *je peux la définir que par exclusion* » (entretien n°9). Le médecin de l'entretien n°6 rapportait que la « réanimation de principe » pouvait aussi être entendue sous le terme de: « *j'en fais une (réanimation) et on verra bien* ».

 - Deux médecins ont essayé de définir la « réanimation de principe » lorsque la question leur a été posée : « *je suis un peu gêné avec ça car de principe ça veut dire que on a fait un truc, [...] « un cœur est arrêté donc je le masse car j'ai appris à le masser » mais derrière, de principe c'est comme si c'était cuit d'avance mais*

on ne le sait pas tout de suite en fait » (entretien n°4), « c'est un gâchis d'énergie alors qu'on pourrait être disponible pour d'autres patients, on entreprend quand même une réanimation alors qu'en arrière-pensée on pense que le pronostic, enfin que la réanimation ne devrait pas se faire » (entretien n°5).

- Un médecin ne connaissait pas le terme de « réanimation de principe ».
- « **futile** » : le terme a été employé par quatre médecins.
 - Un médecin utilisait le terme pour décrire des réanimations douloureuses : « *quand les éléments de survie sont très discordants* », « *Parfois, je trouve ça horrible sur un 20 ans, je sais que c'est futile mais je le fais, [...], je suis en train de perdre ce patient, enfin il est mort avant moi* » (entretien n°9).
 - Un autre médecin rapportait une connotation positive du terme : « *futile c'est pas mal comme terme c'est pour se donner bonne conscience, c'est pour dire qu'on a fait quelque, pour les fois où pour occuper un peu la galerie* » (entretien n°2).
 - Un autre médecin rapportait une connotation négative du terme : « *j'y vois plutôt déjà un aspect négatif, c'est quelque chose à priori qui n'a pas trop de sens, on a envie dans notre métier qu'il y ait un peu de sens, ce serait des réanimations sans objectifs de réanimation...J'avais retenu cette phrase qui est pas extraordinaire, mais cette phrase de XX l'ancien patron du XX « Toute raison gardée notamment pour l'arrêt cardiaque, si on n'a pas envie d'y aller, le malade va le sentir » » (entretien n°3).*
 - Un autre médecin expliquait que ce terme ne pouvait être défini qu'après l'arrêt de la réanimation : « *Ben oui, à posteriori ben c'est toujours a posteriori mais quand on a une petite mamie qui est toute écrasée à cause du massage et ou qui touche l'intégrité visible en tout cas du corps, oui* » (entretien n°1).

La Figure 7 représente l'arbre thématique issu de l'analyse du sens du geste en situation d'ACEH.

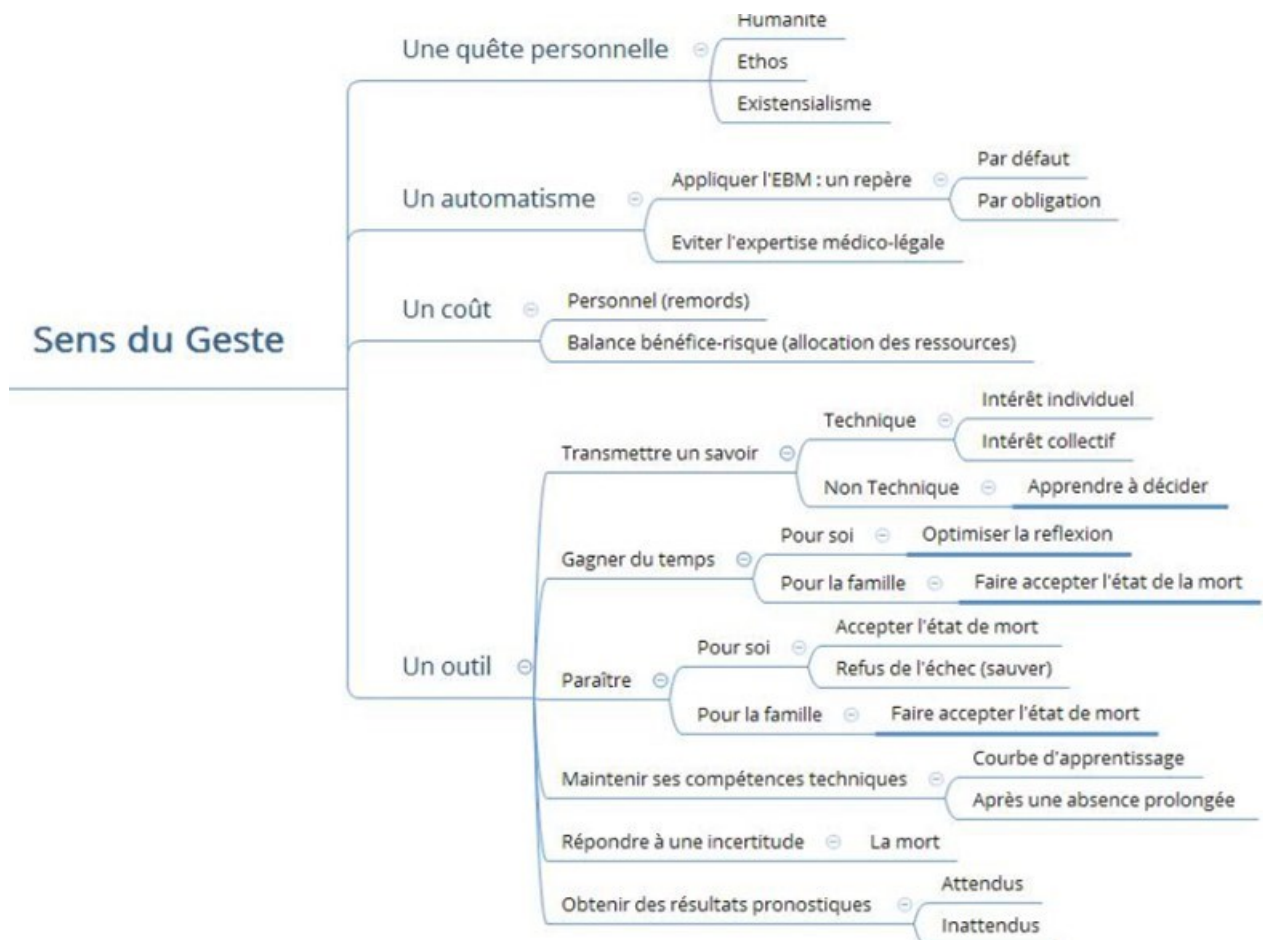


Figure 7. Arbre thématique issu de l'analyse du sens du geste en situation d'ACEH.

EBM : Evidence-based medicine.

Le Tableau 4 ci-dessous, résume les résultats de l'analyse qualitative menée sur le geste « technique » du médecin en situation d'ACEH.

Geste technique	Absent	Présent	Présent	Présent
Espoir du Médecin	Absent	Absent	Présent	Un entre-deux
Curseur Vie-Mort	Vers la mort	Vers la mort	Vers la vie	Indéterminé
Pronostic	Mort	« Mauvais »	« Bon »	Indéterminé
Facteurs d'influence	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le « visible » - Rigidité-lividités cadavériques - Extériorisation de matière cérébrale 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Les « contraintes » - Famille - Témoins, VP - Médico-légal ✓ L'enseignement - Stagiaire ✓ Le refus de la mort - Enfant 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le factuel - Témoin - CEE - Age 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Le personnel - Expérience - Ancienneté professionnelle - Stigmates (SAG en EHPAD, situation de handicap)
Proportionnalité du Geste technique	Oui	Non	Oui	Oui ou Non
Chaîne de survie initiée	Cassée	Poursuivie	Poursuivie	Poursuivie

Tableau 4. Résultats de l'analyse qualitative menée à partir des n = 9 entretiens semi-dirigés menés et exploités pour le sens du geste technique.

VP : Voie (lieu) publique, CEE : Choc électrique externe, SAG : « Sujet âgé », EPHAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Le médecin a défini son rôle lors des prises en charge d'ACEH en termes de :

- **« Messenger de la mort »**

« Nous on est les messagers, ce très beau film de Schoendoerffer où le pacha demande au médecin « quel est le pronostic ? et le pacha dit de toute façon docteur pas de périphrases, vous n'êtes que le messenger ». Nous les messagers on doit livrer les messagers c'est sûr, faut pas le faire avec brutalité mais il faut être clair » (entretien n°2).

- **« Phare dans la tempête »** pour éclairer les proches

« Il faut rester médecin et pratiquer de la médecine avec une grande humanité, faut pas se substituer au reste de l'entourage, mais c'est un moment de (silence) finalement nous on a à rester un peu le phare dans la tempête que les gens sont en train de vivre, avec des choses finalement assez simples, avec une chaise, un verre d'eau, un coup de fil qu'on passe à leur place, [silence] un contact physique qui peut les aider mais ça c'est très médico-humain pour moi, ça reste de la médecine j'essaie de rester humain... » (entretien n°3).

- **« Totipotent et décideur final »**

« Il est mal défini, je ne suis même pas sûr moi-même de classer une réa de principe [...] Euh, mon rôle, il est totipotent car c'est moi qui décide ce que je veux faire, c'est moi qui classe le patient, et que quelle que soit la volonté de l'équipe, je l'imposerai. Alors si l'équipe me dit qu'elle est farouchement opposée, il y aura peut-être débat, et peut être que ça atténuera ma position. Mais, quoi qu'il en soit, c'est ma décision qui l'emportera. Donc il est totipotent, et en ça comme il ne s'appuie pas forcément sur de la science, il est arbitraire » (entretien n°9).

La totipotence est une expression empruntée au philosophe Michel Serres « nil-potent, totipotent ; propre à rien, bon à tout » (87).

- **« La solitude du décideur »**

« C'est bien le problème, dans ces situations-là, on est le décideur, c'est le côté éthiquement parlant très très très sensible dans la médecine. Parce qu'on est tout seul, on n'est pas à l'hôpital où on peut se concerter etc., on est tout seul et c'est nous qui décidons, c'est-à-dire qu'il n'y a personne d'autre... » (entretien n°8).

- **« Monosynaptique »**

« Je commence par faire une vraie réa et je réfléchis après » (entretien n°1).

- **« Chef d'orchestre »**

« Je pense que le rôle du médecin c'est de « dire à tout le monde », mais à tout le monde j'entends, aussi les équipages vsav donc ça c'est le rôle un peu de chef d'orchestre de dire quelle idée de manœuvre. C'est le rôle du médecin de coordonner tous les équipages, un peu le chef d'orchestre que tout le monde ait un rôle » (entretien n°7).

- **« Baromètre de la chance de survie »**

« Le baromètre de la chance de survie ! c'est pas mal, c'est un peu ça, ouais c'est ça le baromètre de la chance de survie et au vue de ce baromètre être derrière, celui qui donne les consignes pour essayer d'aller rattraper cette...Ben c'est une mesure, c'est objectif en mesure, on n'a pas un chiffre c'est entre 0 et 10, il a 2/10 mais ça n'existe pas, mais c'est un

peu la jauge entre là on a aucun espoir, ou beaucoup d'espoir ou moyennement » (entretien n°4).

- **« Leadership »**

« Un bon communicant, on ne doit pas entraîner un certain doute sur notre prise de décision, garder le leadership, c'est à dire que les gens ont bien l'impression que l'intervention est bien menée, que les décisions sont bien prises » (entretien n°5).

« C'est un rôle de leader d'équipe, [...] dans cette pec de l'arrêt cardiaque c'est probablement l'intervention la plus difficile en termes de leadership euh de prise de décisions, qui doivent être rapides car décider de réanimer, de ne pas réanimer faut pas chercher pendant 20 minutes [...] un leadership qui est particulièrement prégnant, dans la répartition des tâches, dans le fait que tout le monde comprenne bien [...] où est-ce qu'on va ? [...] qu'on rame tous dans le même sens, euh pour être le plus efficient possible » (entretien n°6).

La schématisation des enjeux de l'intervention médicale par catégorie est rapportée dans la Figure 8. L'interaction médecin/patient se cristallise par l'agir, lequel est influencé par la construction du Etre Médecin et la Responsabilité Médicale.

Par respect du droit d'auteur, les éléments sous droit ont été retirés

Figure 8. Schéma des enjeux issus de l'analyse de la situation « intervenir ou ne pas intervenir médicalement en situation d'ACEH ».

EBM : Evidence-based medicine, □ : Faire passer le message de la mort pour la famille en situation violente d'ACEH, Doute + : Présence d'un doute sur l'état de la mort, Doute - : Absence de doute sur l'état de la mort.

Troisième partie : Discussion

Chapitre 1 : Discussion de la méthodologie

Limites de l'étude

La survenue brutale et inattendue de la pandémie COVID-19 sur le territoire national a bouleversé la réalisation de ce mémoire dès mars 2020. La situation de crise sanitaire inédite a recentré « l'effort de guerre » pour certains d'entre nous sur notre fonction de soignant. Le rythme des gardes, le travail bibliographique de fond au même rythme effréné que l'avancée du virus SARS-CoV-2 pour adapter les protocoles de soins d'urgence aux pathologies méconnues du COVID-19, ont ralenti l'élaboration du mémoire.

Ainsi, l'une des principales limites de notre étude est la non-exploitation de la totalité des entretiens. Neuf entretiens ont été analysés et retranscrits parmi les 13 recueillis. Devant le nombre limité d'entretiens analysés, la saturation des données n'a pas été atteinte. De plus, les entretiens semi-dirigés analysés ont été réalisés auprès de collègues de notre institution (biais de recrutement). Un seul médecin du BMPM a pu être interviewé. La présence d'un enregistreur audio lors des entretiens qui cherchaient à mettre en lumière le rapport des professionnels à leur pratique, a pu influencer en partie le contenu des réponses notamment pour les médecins militaires respectueux du devoir de réserve. La population des médecins interrogés n'est donc pas représentative de la population générale. Toutefois, l'objectif de notre travail était exploratoire en termes de pistes explicatives, à l'aide d'une stratégie d'analyse qualitative des données. La méthodologie des entretiens semi-dirigés était innovante pour le chercheur qui a pu au cours des premiers entretiens orienter les médecins dans leurs réponses (biais de l'enquêteur). Enfin, le chercheur a lui-même mené et analysé les entretiens (biais d'analyse). La subjectivité du chercheur est inhérente à la méthodologie par définition. Enfin, tous les entretiens n'ont pas pu être « triangulés » (cinq entretiens sur 9).

Forces de l'étude

Si notre étude présente un certain nombre de limites, elle présente également des points forts.

Les entretiens semi-dirigés ont permis aux participants de verbaliser pour la première fois une situation habituellement interrogée au travers de questionnaires (enquêtes de pratique) ou de recueils épidémiologiques (registres ACEH). De plus, l'appartenance du chercheur au même groupe de médecins spécialisés pour la médecine d'urgence a sans doute permis aux médecins d'être plus enclins à parler des difficultés auxquelles ils étaient confrontés lors de la prise en charge d'un ACEH. Donner la parole aux soignants peut parfois permettre de mieux soigner. L'ensemble des médecins a souligné la pertinence à leurs yeux de cette recherche.

Enfin, l'échantillon constitué était particulièrement varié, associant des médecins militaires et des médecins civils, qui exerçaient pour certains en dehors de l'institution sur Paris ou en province.

Chapitre 2 : Discussion des résultats de l'analyse thématique

Notre recherche rapporte une étude qualitative basée sur la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de médecins urgentistes pour tenter d'explicitier le sens de l'expression « intervenir médicalement » et le sens du geste qui en découle, dans les situations d'ACEH. Ces situations sont perçues par le médecin comme des situations de souffrance tant sur le plan professionnel que personnel. Le médecin interagit en permanence, de manière consciente ou inconsciente, avec des acteurs (témoins actifs, secouristes, membres de l'équipe médicale) et des spectateurs (patient, témoins passifs, famille, proches). Ces interactions surviennent dans un environnement déjà saturé d'informations, médicales ou non médicales, implicites ou explicites, du fait d'actions menées par les premiers intervenants et de l'attente des proches, de la famille ou des intervenants eux-mêmes. La relation du médecin avec les proches, la famille repose un ensemble de comportements codés en termes de gestes. Ces derniers deviennent des éléments de communication en situation d'urgence. L'origine latine du

vocable « communication » *communicatio*, signifie une mise en commun (communauté), une action de faire part (88). De plus la communication est selon Yves Winkin (89) « un processus social permanent intégrant de multiples modes de comportements : la parole, le geste, le regard, la mimique, l'espace interindividuel, etc. » (p.24). Le médecin émet des signaux de natures différentes, que ce soient par des bruits (les sons des dispositifs médicaux utilisés lors de la réanimation, « *une porte c'est pas très épais, on entend tout* » (entretien n°5)), des images (« *il y a certains gestes qu'ils (les gens) ont vu dans les reportages, dans les documentaires sur les équipes d'urgences [...] ces gestes-là vont leur évoquer quelque chose, en tout cas de réanimation médicale* » (entretien n°9), ou des paroles. La communication est par conséquent non verbale et verbale. Le médecin essaie de transmettre un signal pour arriver à une représentation commune de la mort par les acteurs et les spectateurs de la scène. Le médecin peut alors transformer la réalité autour de lui.

Nos résultats préliminaires suggèrent que le langage médical est plus fait de gestes « techniques » que de paroles. Comme nous l'avons explicité, le rôle social du médecin est associé à un rôle « technique » car il a la « connaissance » comme l'a rapporté Talcott Parsons (71). La « technique » est associée à la pratique (un savoir-faire capable d'être répété) et à la théorie au cours d'une réanimation. Il serait alors logique de parler de techniques au pluriel car les savoirs mis en œuvre sont différents. En effet, le savoir est dans l'organisation, le relationnel, le soin au patient ou la logistique. En revanche, la pratique est associée à un geste « technique » pour lequel l'adjectif « technique » qualifie la compétence, voire la performance médicale dans le travail de l'urgence. Le geste « technique » nécessite l'utilisation d'objets « techniques » qui sont des plus banals, par exemple le crayon au plus élaborés comme les dispositifs médicaux. Ainsi, le crayon permet au médecin d'acter la mort sur le certificat de décès. Cet acte répond au besoin sociétal de l'entente collective sur la définition de la mort et permet la levée du corps du défunt hors du domicile ou du lieu public. Le dispositif médical peut permettre de confirmer, d'infirmer ou de ralentir la progression vers l'état de mort. L'objet est alors perçu comme un « instrument de travail » au centre de la scène « technique » dans laquelle sont impliqués les acteurs et les spectateurs.

En nous référant à la philosophie technique de Gilbert Simondon (67), nous pouvons associer cette scène à une réalité « technique » dans laquelle l'ensemble comprend et coordonne des « individus techniques » qui font eux-mêmes fonctionner ensemble plusieurs éléments. Cette réalité concorde avec le concept de « chaîne de survie ». Le médecin a un

rapport d'utilité avec l'objet « technique » pour répondre à un objectif de diagnostic de mort, de vie ou d'entre-deux. Toutefois, le médecin peut également avoir un rapport de compréhension avec l'objet « technique » qui devient un médiateur entre la nature et la société. Ce rapport peut permettre d'expliquer la tension rapportée dans nos résultats sur le constat de la mort quand celle-ci n'est pas évidente. Un médiateur, comme un crayon pour remplir le certificat de décès, peut permettre au médecin d'affirmer son pouvoir médical car personne d'autre que lui sur l'intervention ne peut faire ce geste à sa place. Toutefois, apposer sa signature de médecin sur un certificat de décès engage sa responsabilité médicale. Le poids de la responsabilité est dans la peur de l'erreur diagnostique du constat de l'état de mort et de ses conséquences médico-légales. D'ailleurs, en 2017, les médias rapportaient un exemple possible de cette situation « [...] le médecin du Samu [...] avait déclaré la victime morte à 18h10 et signé un certificat de décès. Une heure plus tard, la police l'a « ressuscitée » (90). En revanche, quand la mort est évidente (visible), le poids de la responsabilité semble disparaître. La nature a elle-même « acté » la mort du patient par un résultat visible dû à l'action du temps prolongé écoulé depuis l'arrêt de la pompe cardiaque ou du mécanisme de l'AC (« *extériorisation de matière cérébrale* »).

Néanmoins, la médiation est un concept qui permet au médecin de ne plus être soumis aux exigences de la nature. Ce concept pourrait expliquer la volonté du médecin de dominer la mort, d'être dans l'espoir de vie, et de refuser l'échec thérapeutique, par exemple dans le cas de la mort d'un enfant. Le médecin, en refusant la mort, semble agir indirectement et inconsciemment pour sa « survie », la « survie » de l'espèce humaine. Une analyse des pratiques médicales a d'ailleurs rapporté que le médecin réanimait systématiquement les morts inattendues du nourrisson dans plus de la moitié des cas (91). Cependant, les auteurs (91) ne précisaient pas dans quelles circonstances (mort évidente ou douteuse) les gestes techniques avaient été réalisés. Le médecin a-t-il conscience par ailleurs de la valeur symbolique de ses gestes « techniques » et de leur emploi ? En effet, jusqu'où aller dans l'utilisation des dispositifs médicaux sans être délétère pour l'enveloppe corporelle d'un individu, quand celui-ci est déjà mort physiologiquement ? Comment respecter la dignité du patient ? Cette situation paradoxale n'est-elle pas une situation d'obstination déraisonnable ?

D'un autre côté, le médecin peut-il ne rien faire de « technique » quand il accepte l'état de mort d'un patient sur une scène réunissant de nombreux acteurs et spectateurs ? Nos résultats préliminaires suggèrent que non, notamment pour les cas pédiatriques et les

demandes explicites de la famille. Le médecin est ainsi confronté d'une part à la régularité des compressions thoraciques réalisées par les secouristes, un mouvement répétitif, stéréotypé qui permet de maintenir l'équilibre des individus dans l'ici-maintenant, et d'autre part à la détresse des familles. Le médecin utilise alors l'objet « technique » comme stratagème en termes d'habileté stratégique puisqu'il est le responsable de l'intervention. Le stratagème répond au devoir déontologique de soigner tout en étant discordant « *montrer à la famille [...] pour accepter le projet thérapeutique même s'il n'est pas thérapeutique* » (entretien n°2). Il permet aussi de « protéger » les différents intervenants et l'entourage de la violence de la mort. Les personnels secouristes sont souvent de jeunes intervenants. Ainsi, casser brutalement la chaîne de survie initiée serait casser un symbole fort, le message de l'espoir. Les « individus techniques » de la chaîne de survie comprennent le sens des gestes, qui pour eux sont un moyen de communiquer autrement qu'avec la parole pour concentrer leur énergie sur l'effort. Le médecin, principal émetteur d'un système de communication linéaire avec ses gestes « techniques », envoie un signal unidirectionnel aux secouristes, qui en tant que récepteurs interprètes, traduisent l'information comme « encourageante » et continuent de déployer de l'énergie dans le sens de la vie.

Toutefois, comment les non-initiés, acteurs ou spectateurs en dehors de l'ensemble autour des « individus techniques », perçoivent-ils ces signaux ? Comprennent-ils qu'il s'agit d'un signal pensé par le médecin en ces termes empruntés à l'entretien n°7 : « *leur dernier espoir c'est nous* » ? Le médecin par son stratagème de gestes « techniques » émet un signal de vie encore possible et s'efforce de le transmettre sans « bruit » de fond, par exemple en fermant la porte d'une pièce dans laquelle se trouve le patient. La réanimation pourrait être assimilée à un simulacre lorsque que la réanimation est arrêtée et que les bruits des dispositifs médicaux restent audibles jusqu'à l'annonce du décès à la famille. Par ailleurs, une porte fermée empêche la transmission de signaux d'images créées par les gestes techniques et soumises à l'interprétation par les proches, la famille.

Le philosophe Roland Barthes (92) a distingué dans l'image d'une publicité perçue par un récepteur, deux types de messages. Le premier est un message non codé, littéral basé sur la perception. Le deuxième est un message culturel, codé, accessible à ceux qui ont la connaissance, et qui a une valeur symbolique. Ainsi, Roland Barthes (92) écrivait : « C'est là sans doute un paradoxe historique important : plus la technique développe la diffusion des informations (et notamment des images), plus elle fournit les moyens de masquer le sens construit sous l'apparence du sens donné » (p.47). Le médecin émet un signal d'« images »

avec des gestes « techniques » de désignation ou déictiques dans un souci de « fléchage visuel » pour diriger l'attention des proches, de la famille dans le sens indiqué (93). Un geste « technique » redevient-il un geste d'espoir pour des familles qui auraient compris que leur proche était déjà mort ? Serait-ce un geste qui retarde le processus de deuil de la famille ? De plus, la proportionnalité du geste est-elle respectée dans ce « stratagème » de « bonne intention » ? Il semblerait que ce ne soit pas toujours le cas.

Nos résultats suggèrent par ailleurs que certains médecins réalisent des gestes « techniques » par obligation morale, par ethos professionnel ou par peur d'un risque médico-légal dans les situations paradoxales pour lesquelles « *le corps est déjà parti* » (expression empruntée au médecin de l'entretien n°7). En effet, un sentiment de satisfaction personnelle naît quand le geste « technique » est réalisé dans la norme, celle des recommandations de l'*EBM*. Ainsi, ne pas faire d'écart à la norme c'est notamment se prémunir de la judiciarisation des soins. En effet, dans un rapport de l'Ordre des Médecins de 2015, 90% des médecins interrogés exprimaient le poids du « risque médico-légal » dans leurs pratiques (94). Toutefois, qu'est-ce que le risque ? Un risque statistique, en termes de probabilité chiffrée entre 0 et 1, de survenue d'une plainte ? La plainte pour préjudice serait-elle devenue fréquente dans le concept de médecine défensive (95) au point de déplacer la balance bénéfice-risque du patient vers celle du médecin ? Les principes éthiques s'imposent-ils encore au médecin dans ces situations ? Le médecin peut-il encore donner sens à ses gestes « techniques » qui se veulent au bénéfice du patient ?

Le médecin réalise des gestes « techniques » dans des situations pour lesquelles il sait que le curseur entre la vie et la mort est à proximité de ou déjà sur la mort. Ces gestes lui permettent d'espérer, de construire une communication « technique » comme adaptation sociale, de se protéger vis-à-vis de la violence de la mort et vis-à-vis des proches. Le sentiment de souffrance viendrait-il de ce paradoxe ? De ces détours « techniques » réalisés pour annoncer la mort aux proches au « bon » moment ?

Le message préparatif d'annonce de la mort semble « parasité » entre le récepteur et l'émetteur. La famille n'intervient pas directement pour négocier dans ce système linéaire de communication. Nous pourrions imaginer que le médecin qui réalise des gestes « techniques » en position allongée ou accroupie à côté du patient (allongé au sol pour faciliter les mouvements d'efficacité de la RCP) tend à oublier, voire perdre la parole au profit d'une

communication « technique ». Le philosophe André Leroi-Gourhan (96) a en effet rapporté que l'homme préhistorique a développé le langage quand il s'est redressé. La station debout a permis de libérer l'activité motrice des mains de la marche et l'élaboration d'outils. La contiguïté des territoires cérébraux de la main et du langage a ainsi permis la parole. Or, la parole est un acte de langage pour reprendre l'expression du philosophe John L. Austin (97). Cet acte de dire est un langage révélateur de la réalité et de l'action, qui engage la responsabilité de l'émetteur. Les énoncés « constatifs » (déclaratifs, vrai ou faux dans une réalité) sont articulés avec des énoncés « performatifs » (accomplissement de l'acte) qui permettent à l'auditeur (l'homme) de doter l'énonciation de certains mots, dans certaines circonstances (le contexte). Le message émis puis réceptionné est réussi si l'énoncé « performatif » est compris de l'auditeur (la famille, les proches), en termes de correspondance entre ce qui est dit et ce qui est fait. Le message est un message construit sur des actes de parole d'affirmations pour décrire le réel, et sur des faits tels qu'ils sont appréhendés dans l'ici-maintenant mais qui sont discordants. En effet, lors de la réanimation, le médecin a tendance à faire des allers-retours pour annoncer que c'est grave, qu'il y a peu de « chance » mais poursuit les gestes « techniques ». Le médecin est alors une fois de plus confronté au poids de la responsabilité professionnelle du diagnostic conclusif de mort. Est-ce pour cela que les gestes « techniques » sont aussi légitimés en termes de gain de temps avant l'annonce du décès aux proches ? Et que la communication « technique » devient non pas une mais la communication de l'intervention en situation d'ACEH pour démontrer les « bonnes intentions » quelle que soit la raison ?

Conclusion

Pour conclure, « intervenir ou ne pas intervenir médicalement en situation d'ACEH » est un dilemme fréquent pour un médecin. L'intervention médicale est en fait associée à la « technique » du médecin qui a la « connaissance ». Les gestes réalisés sont des gestes « techniques », des interfaces entre le médecin, qui a le premier rôle, et son milieu, la scène de l'ici-maintenant occupée de spectateurs et d'acteurs non médecins. Le médecin dans son rôle social de responsable est le plus souvent attendu pour ses gestes « techniques » par les nombreux intervenants. C'est sans doute pour cela que le médecin est toujours dans l'attente de quelque chose avec son geste. Ce quelque chose peut être un élément objectif pour le conforter dans son diagnostic de vie encore possible ou de mort proche, un espoir dans la vie, une protection vis-à-vis de la famille, des proches, une protection contre un éventuel « risque médico-légal » ou une protection pour lui-même et ses équipes face à la violence de la mort. Ainsi, le médecin légitime ces gestes dans un souci de bienfaisance même dans les situations pour lesquelles le geste n'est pas à visée thérapeutique. La difficulté du médecin est par conséquent dans la proportionnalité du geste « technique » avant d'annoncer le décès aux proches. De plus, un paradoxe non éthique est créé dans les situations pour lesquelles les décisions médicales seraient fondées sur une médecine défensive, en anticipation et prévention d'un risque légal, qu'elle soit influencée ou non par la famille ou les proches.

Cependant, que perçoivent ou comprennent la famille, les proches, et les spectateurs dans ces situations de mort imminente ou certaine ? Sont-ils dans une même réalité en tant que non spécialistes de la médecine d'urgence et suite à l'entrée soudaine et violente d'une mort possible d'un être connu ou inconnu, dans leur vécu ?

Le médecin dès son arrivée sur les lieux de l'intervention prend en compte l'ensemble des acteurs et des spectateurs. Il initie un stratagème (habileté stratégique) en émettant des signaux en permanence. Une communication complexe non verbale et verbale (en termes de mécanisme) est ainsi établie pour arriver à une représentation commune de la mort (en termes de résultat) dans une réalité « technique ». Le geste « technique » est avant tout un moyen de communication audible et visible sur la scène de l'ACEH entre l'émetteur principal le médecin, le récepteur principal la famille et les autres récepteurs du corps « technique », les secouristes. Cette communication « technique » unidirectionnelle ne nécessite pas de langage

oral, puisqu'elle est comprise par ceux du corps « technique » engagés dans le maintien de la chaîne de survie, symbole de l'espoir. Ce modèle linéaire de communication répond à l'urgence des premiers instants de la situation en laissant du temps au médecin pour confirmer et/ou préparer la famille à l'annonce du décès de leur proche. Le signal émis est cependant à double sens puisqu'il peut retarder le processus de deuil d'une famille qui aurait déjà compris que leur proche était décédé ou inversement leur laisser le temps d'accepter la mort. Tous les médecins ne semblent pas être conscients de cet effet de communication potentiellement « dégradée » non verbale qui peut mobiliser à mauvais escient les représentations propres de la famille face à la mort. Aux temps physiopathologique et socio-organisationnel de l'AC ne faudrait-il pas ajouter un temps d'urgence *famillio*-décisionnel ? Un temps systématique de paroles qui permettrait d'initier le processus de décision rapide, de hiérarchiser les valeurs à privilégier pour la famille, les proches et le médecin (qui reste celui qui actera le décès), pour fixer les bornes du raisonnable. L'émission verbale du signal médical dans l'urgence nécessite pour le médecin une expérience et sans doute une formation spécifique. Une « nouvelle » habilité stratégique à acquérir pour ne pas culpabiliser la famille vis-à-vis du choix. Nous pourrions d'ailleurs reprendre les termes d'André Leroi-Gourhan « acrobatie » et « exercices d'équilibre » pour souligner la difficulté d'un tel exercice contraint par un temps en minutes (64). La pertinence d'un tel temps serait la participation active de la famille.

La communication verbale arrive en effet après les premiers gestes techniques initiés. Le médecin devrait sans doute réapprendre à ne plus avoir le premier rôle, réapprendre à parler avec des mots, sans interfaces avec la famille et redonner à la mort sa place. Faut-il par conséquent apprendre aux médecins à dissocier le geste « technique » d'un mode de communication ? Sont-ils prêts à l'entendre ou craindront-ils de perdre leur pouvoir médical ? Et comme l'écrivait le philosophe Georges Canguilhem (98) « *L'a priori* convient à l'anonyme ». Un *a priori* qui dans le temps de l'action « technique » permet de protéger le médecin (du moins, selon ses représentations) sur le plan personnel et professionnel en termes de responsabilité.

Nos quatre hypothèses de recherche fondées sur la réalisation d'un geste de réanimation par refus de la mort, par incertitude médicale et/ou « pratique », par « paraître » et par croyance sont exprimées à des degrés divers par les personnes interrogées, et ainsi corroborées, même si nos résultats ne sont que préliminaires. La recherche se poursuit pour arriver à saturation des données et préciser d'autres pistes exploratoires.

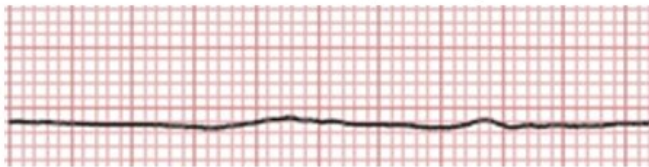
Annexes

Annexe 1. Activités électriques du cœur

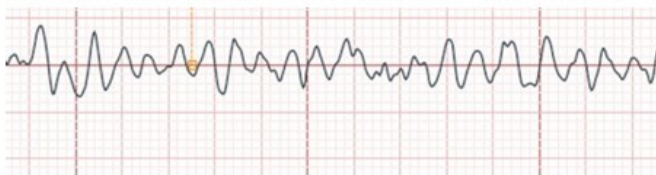
Activité électrique



Absence d'activité électrique = Asystolie



Activité électrique désorganisée = Fibrillation Ventriculaire



Source personnelle

Annexe 2. Modélisation de l'« *outcome* »

Time Points for Primary Outcome—The words used to define time points have different meanings in different studies. The following terms are useful:

- “Intra-arrest” or “immediate” implies a time point occurring during or within minutes of achieving return of spontaneous circulation (ROSC). For example, defibrillation with termination of VF that lasts ≥ 5 seconds has been used in many studies of defibrillation efficacy and is viewed as an immediate time point.
- “Short term” describes a time point occurring more than a few minutes after ROSC and before hospital discharge.
- “Intermediate” refers to a time point reported during the hospital stay or at discharge.
- “Long term” describes a time point that follows hospital discharge such as ≥ 30 days after cardiac arrest.

D’après Becker et al. (35)

Annexe 3. Cerebral Performance category score

Table 1 Cerebral Performance Category

1. Good Cerebral Performance (<i>Normal Life</i>)	Conscious, alert, able to work and lead a normal life. May have minor psychological or neurologic deficits (mild dysphasia, nonincapacitating hemiparesis, or minor cranial nerve abnormalities).
2. Moderate Cerebral Disability (<i>Disabled but Independent</i>)	Conscious. Sufficient cerebral function for part-time work in sheltered environment or independent activities of daily life (dress, travel by public transportation, food preparation). May have hemiplegia, seizures, ataxia, dysarthria, dysphasia, or permanent memory or mental changes.
3. Severe Cerebral Disability (<i>Conscious but Disabled and Dependent</i>)	Conscious; dependent on others for daily support (in an institution or at home with exceptional family effort). Has at least limited cognition. This category includes a wide range of cerebral abnormalities, from patients who are ambulatory but have severe memory disturbances or dementia precluding independent existence to those who are paralyzed and can communicate only with their eyes, as in the locked-in syndrome.
4. Coma/Vegetative State (<i>Unconscious</i>)	Unconscious, unaware of surroundings, no cognition. No verbal or psychologic interaction with environment.
5. Brain Death (<i>Certified brain dead or dead by traditional criteria</i>)	Certified brain dead or dead by traditional criteria.

D'après Ajam et al. (35)

Equivalent de traduction de l'échelle *Cerebral Performance Categories* (CPC) en français.

CPC 1	Bonne performance cérébrale : conscient, réactif, capable d'avoir une activité professionnelle. Peut avoir un déficit intellectuel mineur.
CPC 2	Déficit neurologique modéré : conscient, autonome pour les actes de la vie quotidienne, capable d'avoir une activité professionnelle en milieu protégé.
CPC 3	Déficit neurologique sévère : conscient, dépendant pour tous les actes de la vie quotidienne (en raison de l'atteinte cérébrale). Comprend les atteintes motrices d'origine centrale jusqu'aux états démentiels sévères.
CPC 4	Coma ou état végétatif persistant . Patient inconscient, ou conscient sans signe d'interaction avec son environnement (état végétatif). Peut avoir une ouverture spontanée des yeux et des cycles veille/sommeil.
CPC 5	Mort cérébrale

Annexe 4. Les techniques selon l'ethnologue André Leroi-Gourhan

Les techniques pures

TECHNIQUES DU CORPS :	accouchements, techniques de formation physique; hygiène, reproduction; mort, techniques du cadavre.	SCIENCE :	Connaissance des phénomènes mécaniques et de leurs moyens de mesure. Connaissance du milieu naturel. Systématisation du milieu surnaturel.
TECHNIQUES DE L'ANORMAL :	pharmacologie; traitement manuel; traitement chirurgical, orthopédie, prothèse.	DÉCORATION DE L'INDIVIDU :	corps nu : <i>peinture, cicatrices, déformations, coiffure.</i> tatouage, parure : <i>décoration isolée ou coordonnée de chaque partie du corps.</i>
JEU :	oral. manuel et corporel : <i>simple, double, collectif.</i> objets de jeu : <i>jeux d'enfants, jeux d'adultes, jeux mixtes.</i>	TECHNIQUES DE LA FIGURATION :	figuration orale : <i>littérature</i> figuration manuelle et corporelle : <i>phantomime, danse.</i> figuration par addition : <i>peinture, modelage.</i> figuration par soustraction : <i>gravure, sculpture.</i>
MUSIQUE :	<i>isolée ou coordonnée avec les techniques de figuration orale et corporelle.</i>		

André LEROI-GOURHAN.

D'après Leroi-Gourhan (63)

Annexe 5. Grille d'entretien

Bonjour,

Actuellement inscrite dans un cursus d'Ethique Médicale à l'Université René Descartes -Paris 5, je m'intéresse à la thématique de l'arrêt cardiaque en pré-hospitalier.

Je vais vous poser quelques questions assez larges.

Vous êtes libre de répondre ce que vous voulez, à votre rythme, sans aucune pression. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse.

Cette conversation, si vous êtes d'accord bien sûr, sera enregistrée à l'aide d'un dictaphone puis rendu anonyme par mes soins pour son analyse. Aucun n'enregistrement ne sera gardé.

Vous pouvez cesser cet entretien à tout moment.

N'hésitez pas à me faire reformuler une question si celle-ci n'a pas été bien comprise.

Dans quelles situations intervenir ou ne pas intervenir médicalement en situation d'arrêt cardiaque extrahospitalier ?

A. Questions d'introduction générale

- Quel est votre parcours professionnel ?
- Comment êtes-vous arrivé à la médecine pré-hospitalière ?
- Depuis combien de temps faites-vous de la médecine pré-hospitalière ?
- Combien de victimes en AC¹ pré-hospitaliers avez-vous déjà pris en charge?
 - o Combien par an ?

Objectif : connaître a. Les motivations d'exercer la médecine pré-hospitalière
b. L'expérience professionnelle du médecin

¹ AC, Arrêt cardiaque

c. La dénomination de « Catégories » d'AC par âge, type²(variabilité intra-individuelle)

<u>Motivations pour le pré-hospitalier</u>	<u>Ancienneté</u>
Opportunité	1-5 ans
Curiosité	6-10 ans
Intérêt personnel (préciser)	11-15 ans
Recherche du sensationnel	16-20 ans
Soigner au plus proche le patient	> 20 ans
Travail en équipe réduite	
Déception vis-à-vis de la médecine hospitalière ou libérale	
Autre	

1. Prise en charge médicale de l'ACEH³ : Exploration de la prise en charge médicale ou non médicale de l'AC en pré-hospitalier.

⇒ Est-ce que vous pourriez décrire les différentes étapes de ce que vous faites et dites lors de la prise en charge d'un patient victime d'un ACEH ?

Objectif: explorer

- Poids du tiers (témoin, famille, équipe de secouristes professionnels, équipe AR⁴: infirmier-ambulancier, tiers : médias, police, autre SMUR⁵)
- Les facteurs médicaux (témoin gestes oui/non, durée de No-flow⁶, rythme non choquable)
- Les facteurs non médicaux (type d'AC, comorbidités)

² AC traumatiques, extrêmes de la vie, comorbidités importantes.

³ ACEH, arrêt cardiaque extra hospitalier.

⁴ AR, ambulance de réanimation.

⁵ SMUR, structure mobile d'urgence et de réanimation.

⁶ No-flow : absence de débit cardiaque (heure début geste des réanimation - heure effondrement).

d. Poids du lieu et/ou météo (ex : voie-lieu public, EHPAD⁷, prison, sous la pluie) - du facteur temps (jour/nuit ; enchaînement des interventions)

e. Autre

f. Utilisation du vocable *futilité* et/ou *réanimation de principe* (Si utilisation : quelle(s) définition (s) ?)

g. Appellation du patient (le patient, le mort, la victime, autre ?)

⇒ Quels sont les gestes que vous effectuez dans ces cas ?

- Techniques : les quels, jusqu'où ?
- Non techniques ⇒ un geste, c'est quoi ?

⇒ Que ressentez-vous dans ses situations ?

⇒ Quel est votre rôle en tant que médecin ? (Aucun/ Inutilité pour le patient / Utilité pour le certificat de décès/autre)

Questions subsidiaires si non évoquées spontanément (relancer si évoqué spontanément) :

1. Votre prise en charge est-elle différente s'il s'agit d'un nouveau-né, d'un enfant, d'une femme enceinte, d'un sujet âgé, d'un membre de votre famille ou collègue, d'un AC traumatique, d'une fin de vie ?
2. Vous avez décidé d'entreprendre une *réanimation de principe* :
 - A quel moment prenez vous la décision ?
 - i. A la 1^{re} observation de la scène
 - ii. Après un recueil minimum d'information auprès de SP
 - iii. Après un recueil minimum d'information auprès de la famille
 - iv. Après une durée précise de réanimation spécialisée
 - v. Autre
3. Y aurait-il des situations où vs ne feriez-rien?

⁷ EHPAD, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

B. Exploration des « valeurs » du GT⁸(ou non T) lors de la prise en charge médicale de l'ACEH.

Objectif: trouver des valeurs

a. Un GT jugé utile

- Pour le médecin - le patient- l'entourage -
- Se sentir / être en tant que médecin Bienveillant (hiérarchisation *devoir faire*, compromis *devoir faire et possible de faire?*)
- Relation médecin/patient
 - RBP⁹ = traitement maladie
 - Utilité = traitement du patient

b. Un GT jugé diagnostique : signes annonciateurs d'une mort inéluctable en complément de l'observation clinique (traumatisme majeur, âges extrêmes, comorbidités importantes (obésité/ cachexie), absence de réflexes pupilles et cornées)

- Confirmation de la mort proche (↓ EtCO₂¹⁰, non réponse à l'Adrénaline)
- Infirmité de la mort proche
 - Unité de temps
 - Expérimentation

c. Un GT à la place de la parole (GT = langage)

- Une dialectique soignante ?

d. Un GT symbolique

- Pour le médecin - le patient - l'entourage - être dans le paraître - OML¹¹

⁸ GT, geste technique.

⁹ RBP, recommandation bonnes pratiques.

¹⁰ EtCO₂, end tidal CO₂, concentration télé-expiratoire de concentration en CO₂ expiré.

¹¹ OML, Obstacle médico-légal.

- Savoir-faire et enseignement technique

Action par incertitude médicale / Action par croyance-- Ethos- - habitus / Action par refus de l'acceptation de la mort/ Action par Bienfaisance / Action selon la théorie du moindre mal

C. Synthèse : mise en évidence d'un paradoxe /dilemme

Ne pas être dans l'expectative (le paraître) alors que le décès sera forcément déclaré. Le geste est réalisé en connaissance de cause.

- Conflits entre le comportement professionnel (la science, connaissance épistémologique) et l'opinion (croyance, connaissance épistémique) personnelle.
- Contradictions entre les thèmes du discours.

D. Autres éléments importants de l'entretien non anticipés

Annexe 6. Affaires réglementaires

- Avis favorable du Comité éthique de la SFAR



Paris, le 17 Avril 2020

Pr JC Dupont

Nos Réf. : IRB 00010254 - 2020 - 063

Monsieur,

Vous nous avez sollicités à propos d'un projet intitulé : **Dans quelles situations intervenir ou ne pas intervenir médicalement en situation d'arrêt cardiaque extrahospitalier ? Etude de pratique empirique qualitative auprès de médecins urgentistes.**

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', is written over a faint, larger version of the same signature.

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

- **Note d'information - Consentement**

GACeh

Dans quelles situations intervenir ou ne pas intervenir médicalement

en situation d'arrêt cardiaque extrahospitalier ?

Etude de pratique empirique qualitative auprès de médecins urgentistes

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une recherche menée par l'étudiant chercheur Sabine Lemoine et dirigée par Monsieur le Directeur de la recherche le Pr JC Dupont 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 Sabine Lemoine. En cas de retrait de consentement, l'ensemble de vos données collectées dans le cadre de cette étude seront supprimées.

1. Objectif de la recherche :

Le but de ce travail est d'identifier le(s) processus qui conduit (conduisent) le médecin urgentiste à réaliser des gestes/ gestes techniques dans des situations d'arrêt cardiaque extrahospitalier où les chances de survies sont estimées comme infimes.

2. 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 Avril 2020. [date reportée du fait pandémie COVID-10]

Cet entretien se déroulera 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 à l'issue de 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 (suppression de toute donnée identifiante).

Cette retranscription permettra de faire une analyse de son contenu pour pouvoir le comparer (sans préjugés) avec d'autres entretiens, et identifier des thématiques communes. Ces thématiques permettront de construire une grille d'analyse et de hiérarchiser les thèmes. Ce travail d'analyse permettra de confronter et d'associer les données issues des entretiens aux données de la littérature scientifique.

Les données seront analysées selon le modèle de la théorisation ancrée (stratégie d'analyse qualitative de données). Une triangulation (codage à plusieurs afin de croiser les regards et limiter les biais d'interprétation) sera également réalisée à l'aide de Monsieur le Directeur de mémoire le Pr JC Dupont, du Dr Daniel Jost (Brigade de sapeurs-pompiers de Paris (BSPP) - Expert sur l'arrêt cardiaque extrahospitalier), de Madame Marina Salomé (BSPP-Cheffe de projet diplômée d'un Master 2 d'Éthique Médicale) et du Dr Catherine Verret (Service de santé des armées-Santé publique).

3. 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 générales (Age, sexe) ;
- Données sur la vie professionnelle (Ancienneté en médecine pré-hospitalière) ;
- Opinion religieuses et /ou philosophiques (En rapport avec le thème de la mort) ;
- Enregistrement de la voix (Si acceptation de votre part) 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 (Université Paris Descartes). Votre participation à la recherche est entièrement libre et volontaire. Il est rappelé que vous êtes libre de retirer ou de cesser votre 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.

4. Les destinataires des données :

Les données personnelles recueillies ne seront consultées que par Sabine Lemoine (Etudiant chercheur) et Monsieur le Directeur de mémoire le Pr JC Dupont. Les Dr Daniel Jost, Dr Catherine Verret et Madame Marina Salomé n'auront accès qu'aux entretiens retranscrits par écrit et pseudonymisés (absence d'identification).

Par ailleurs, il est possible que ce travail de recherche, fasse l'objet d'une publication sous forme d'article scientifique dans une revue internationale pour améliorer la connaissance scientifique. 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.

5. 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.

6. 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 :
 - Sécurité physique des locaux et des équipements
 - Bureau de la section scientifique (Bureau de Médecine d'Urgence) de la BSPP
 - Portes bureaux fermées à clé – service fermé à clé – caserne sécurisée
 - Accès à l'ordinateur via une session verrouillée par un code
 - Sécurité informatique assurée par le service informatique de la BSPP
 - Ordinateur BSPP
 - Profils d'habilitation définissant les fonctions ou les types d'informations accessibles à son utilisateur
 - Contrôle d'accès logiques par un mot de passe (9 caractères, validité 60 jours)
 - Sauvegarde
 - Disque dur du serveur
 - A une fréquence de 2 fois par jour
 - Sécurité physique du lieu de stockage des supports : local technique télé surveillé
 - Protection contre les intrusions
 - Antivirus
 - Compartimentation du réseau avec des règles de filtrage
 - Confidentialité des données lors du développement de l'application informatique
 - Les personnels affectés aux tâches de développement et de gestion/ exploitations sont distincts
 - Confidentialité des données lors des opérations de maintenance des logiciels ou des équipements
 - Les supports de stockage destinés à la destruction font l'objet d'une destruction par broyage

- Certaines données font l'objet d'une journalisation
 - o Accès à l'application (date/heure de connexion, identifiant du poste de travail, identifiant de l'utilisateur, date et heure de déconnexion, opération effectuée)
 - o Accès aux fichiers de données à caractère personnel (date/heure de connexion, identifiant du poste de travail, identifiant de l'utilisateur)
- Confidentialité/intégrité. L'application met en œuvre des procédés
 - o D'authentification destinataire ou « serveur » - procédé et nom commercial : gestion des droits d'accès via A.D et SSO

7. 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 Sabine Lemoine à l'adresse suivante : ____ ou _____. 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 (DPD) de l'Université de Paris à l'adresse postale suivante : DPD, 12 rue de l'École 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>).

Vous avez le droit d'être informé des résultats globaux de cette recherche en contactant Sabine Lemoine : ____ ou ____.

7bis. Résumé des personnes à contacter en cas de réclamation

Entité	Responsable du Traitement des données	Délégué à la protection des données– DPD/DPO	Autorité de contrôle

Rôle	Assure la responsabilité de la recherche	Est le contact en cas de difficultés d'exercice des droits	Pour déposer une réclamation
Contact	Université Paris Descartes - Responsable de la mise en œuvre du traitement: Pr JC Dupont i	Madame S. Pauloin 12 rue de l'école de Médecine, 75006 Paris	CNIL 3 Place de Fontenoy TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 07 https://www.cnil.fr

Fait à Paris / Marseille le __/__/____

Signature du sujet sollicité

Ce formulaire est destiné à recueillir votre consentement libre pour la recherche intitulée « **GACeh : Dans quelles situations intervenir ou ne pas intervenir médicalement en situation d'arrêt cardiaque extrahospitalier ? Etude de pratique empirique qualitative auprès de médecins urgentistes** » pilotée par le laboratoire ETREs de l'Université Paris Descartes.

En signant ce formulaire de consentement, vous certifiez :

- Que nous avons répondu à vos questions de façon satisfaisante ;
- Que nous vous avons informé sur la liberté d'annuler votre consentement ou de vous retirer de cette recherche en tout temps, sans justification et sans préjudice ;
- Que vous avez bénéficié d'un temps de réflexion suffisant entre ces informations et le présent consentement.

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, Prénom

Confirme avoir reçu les informations relatives à la recherche et aux traitements de mes données à caractère personnel par Sabine Lemoine.

Confirme avoir lu et compris les renseignements communiqués dans la note d'information.

Accepte librement par la présente de participer à la recherche de Sabine Lemoine, étudiante en Master 2 « ETHIQUE MEDICALE ET BIOETHIQUE » au sein de l'Université Paris Descartes et dirigée par Monsieur le Pr JC Dupont

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-prénom (consentement, table de correspondance), ancienneté en médecine pré-hospitalière, voix audio pour la retranscription, convictions philosophiques et/ou religieuses.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi. Un exemplaire de consentement me sera remis après signature.

J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche

<p>Sujet (nom, prénom)</p> <p>Date du jour : __/__/____</p> <p>Lu et approuvé :</p> <p>Signature :</p>	<p>Responsable de la Recherche Pr JC Dupont Co-investigateur Sabine Lemoine</p> <p>Date de l'inclusion : __/__/____</p> <p>.....</p> <p>Signature :</p>
---	--

Ce formulaire est destiné à recueillir votre consentement libre pour la recherche intitulée « **GACeh : Dans quelles situations intervenir ou ne pas intervenir médicalement en situation d'arrêt cardiaque** »

extrahospitalier ? Etude de pratique empirique qualitative auprès de médecins urgentistes »
 pilotée par le laboratoire ETREs de l'Université Paris Descartes.

En signant ce formulaire de consentement, vous certifiez :

- Que nous avons répondu à vos questions de façon satisfaisante ;
- Que nous vous avons informé sur la liberté d'annuler votre consentement ou de vous retirer de cette recherche en tout temps, sans justification et sans préjudice ;
- Que vous avez bénéficié d'un temps de réflexion suffisant entre ces informations et le présent consentement.

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, Prénom

Confirme avoir reçu les informations relatives à la recherche et aux traitements de mes données à caractère personnel par Sabine Lemoine.

Confirme avoir lu et compris les renseignements communiqués dans la notice d'information.

Accepte librement par la présente de participer à la recherche de Sabine Lemoine, étudiante en Master 2 « ETHIQUE MEDICALE ET BIOETHIQUE » au sein de l'Université Paris Descartes et dirigée par Monsieur le Pr JC Dupont

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-prénom (consentement, table de correspondance), ancienneté en médecine pré-hospitalière, voix audio pour la retranscription, convictions philosophiques et/ou religieuses.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi. Un exemplaire de consentement me sera remis après signature.

J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche

<p>Sujet (nom, prénom) </p> <p>Date du jour : __ / __ / ____</p> <p>Lu et approuvé :</p> <p>Signature :</p>	<p>Responsable de la Recherche Pr JC Dupont Co-investigateur Sabine Lemoine</p> <p>Date de l'inclusion : __ / __ / ____</p> <p>.....</p> <p>Signature :</p>
--	---

Bibliographie

1. Nurok M. Entre économie technique et économie morale: le travail d'urgence vitale à Paris et à New York. [Thèse de Doctorat en Sociologie]. Paris: Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales; 2007.
2. Burggraeve D. Marcel Arnaud, La providence des blessés de la route, Tome II. Lys-Lez-Lanais: CAPSU; 1999.
3. Valade B. L'urgence médicale: de la pratique à la pensée. Dans : Tournay V, directeur. La gouvernance des innovations médicales [En ligne]. Paris : Presse Universitaires de France; 2007 [cité le 31 mai 2020]. Disponible : doi: 10.3917/puf.tourn.2007.01.0085
4. Dictionnaire de l'Académie de Médecine [En ligne]. [cité le 25 mai 2020]. Disponible : <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=arret+cardiaque>
5. Bentouhami-Molino H. Qu'est-ce que réparer ? De la justice réparatrice à la réparation du bien commun. Raison publique [En ligne]. 2014 [cité le 30 mai 2020]; 18 (1): 139-56. Disponible: <https://www.cairn.info/revue-raison-publique1-2014-1-page-139.htm>
6. C.C. Paris : une femme enceinte meurt avec le bébé qu'elle porte ; Le Parisien [En ligne]. 12 octobre 2018, modifié le 17 octobre 2018. [cité le 22 juillet 2020]. Disponible : <https://www.leparisien.fr/paris-75/paris-une-femme-enceinte-meurt-avec-le-bebe-qu-elle-porte-12-10-2018-7917567.php>
7. Conseil français de réanimation-cardio-pulmonaire [En ligne]. Montrouge: CFRC; 2020. Recommandations 2015-2020 pour la réanimation cardio-pulmonaire; 2020 [cité le 19 mai 2020]. Disponible : <https://cprguidelines.eu/guidelines-translations>
8. Parsons T. The Social System [En ligne]. 1st ed. Glencoe Illinois: Free Press, 1964 [cité le 30 mai 2020]. Disponible : <https://archive.org/details/socialsystem00pars>

9. Cummins RO, Ornato JP, Thies WH, Pepe PE. Improving survival from sudden cardiac arrest: the “chain of survival” concept. A statement for health professionals from the Advanced Cardiac Life Support Subcommittee and the Emergency Cardiac Care Committee, American Heart Association. *Circulation*. 1991; 83 (5): 1832–47.
10. Nurok M. Les conditions de possibilité du concept de triage. Un regard sur la longue durée (XVIII^e-XXI^e siècles). Dans: Lachenal G, Lefève C, Nguyen VK, directeurs. *La médecine du tri*. 1^{re} éd. Paris: PUF; 2014. p. 47-63.
11. Safar P. History of cardiopulmonary cerebral resuscitation. Dans: Kaye W, Bircher NG editors. *Cardiopulmonary Resuscitation*. New York: Churchill Livingstone; 1989. p. 1-53.
12. Derrida J. *La vie la mort. Séminaire (1975-1976)*. [En ligne]. Paris: Seuil; 2019 [cité le 2 mai 2020]. Disponible : <https://books.google.fr/books?id=Eg2QDwAAQBAJ>
13. Larousse [En ligne]. Définition de vie. [cité le 2 mai 2020]. Disponible : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/vie/81916>
14. Agamben G. *Homo sacer. Le pouvoir souverain et la vie nue*. [En ligne]. Paris: Seuil; 1997 [cité le 2 mai 2020]. Disponible : <https://books.google.fr/books?id=Z68kAQAAMAAJ>
15. Cassin B. « Les intraduisibles ». *Revue Sciences / Lettres*. 2013; (1). doi : 10.4000/rs1.252
16. Ollivier F. Paillet (Anne), *Sauver la vie, donner la mort. Une sociologie de l'éthique en réanimation néonatale*, Paris, La Dispute, coll. « Corps, Santé et Société ». *Politix* [en ligne]. 2009 [cité le 30 mai 2020]; 86 (2): 216-9. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-politix-2009-2-page-216.htm>
17. *Itinéraires prévention spécialisée. 1000 acteurs pour sauver des vies : la chaîne de survie dans les quartiers continue* [En ligne]. [cité le 30 mai 2020]. Disponible : <https://itineraires.asso.fr/2019/12/13/1000-acteurs-pour-sauver-des-vies-la-chaine-de-survie-dans-les-quartiers-continue/>

18. Gruat R, Gruat A. Peut-on définir la mort ? Dans : Hirsch E, directeur. Fins de vie, éthique et société [En ligne]. Toulouse: ERES; 2016 [cité le 30 mai 2020]. Disponible : doi : 10.3917/eres.hirs.2016.01.0183
19. Lexilogos [En ligne]. Définition de salus [cité le 3 mai 2020]. Disponible : <https://www.lexilogos.com/latin/gaffiot.php?q=salus>
20. Paillet A. D'où viennent les interrogations morales ? Les usages rhétoriques des innovations par les pédiatres réanimateurs français ? Sciences sociales et santé. 2000; 18 (2) : 43-66. doi : 10.3406/sosan.2000.1490
21. Viillard LM. Accompagner une personne en soin palliative et son entourage. Paris : Dunod; 2016.
22. Pozzo T. Physiologie du libre arbitre. Les Cahiers philosophiques de Strasbourg. 2015; (38): 139-57. doi: 10.4000/cps.448
23. Goldstein P. La question de la moralité dans l'éthique néo-aristotélicienne depuis G.E.M. Anscombe [Thèse de Doctorat en ligne]. Nice : Centre de Recherche en Histoire des Idées, Université Nice Sophia Antipolis, UFR Lettres, Arts et Sciences Humaines; 2017 [cité le 24 mai 2020]. Disponible : <https://www.theses.fr/151654735>
24. University de Pittsburg [En ligne]. Three degrees of natural goodness; 2003 [cité le 30 mai 2020] Disponible : <http://www.pitt.edu/~mthomps/three.pdf>
25. Desrosières A. La statistique, outil de gouvernement et outil de preuve. Dans : Desrosières A, directeur. Pour une sociologie historique de la quantification [En ligne]. Paris: Presse des Mines; 2013 [cité le 30 mai 2020]. Disponible : <https://books.openedition.org/pressesmines/901>
26. Jabre P, Bourgouin W, Dumas F, Carli P, Antoine C, Jacob L. Early Identification of patients with out-of-hospital cardiac arrest with no chance of survival and consideration for organ donation. Ann Intern Med. 2016; 165 (11): 770-8.

27. Dictionnaire de l'Académie de Médecine [En ligne]. [cité le 31 mai 2020]. Disponible : <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php?q=survie>
28. Comte-Sponville A. Mourir guéri ? Dans : Comte-Sponville A, directeur. Impromptus. [En ligne]. Paris: Presse Universitaires de France; 1996 [cité le 31 mai 2020]. Disponible : <https://www-cairn-info.sirius.parisdescartes.fr/impromptus--9782130477808-page-73.htm>
29. Myat A, Song KJ, Rea T. Out-of-hospital cardiac arrest: current concepts. *Lancet*. 2018; 391 (10124): 970-9.
30. Perkins GD, Jacobs IG, Vinay VM, Berg A, Bhanji F, Biarent D, et al. Cardiac arrest and cardiopulmonary resuscitation outcome reports: update of the Utstein resuscitation registry templates for out-of-hospital cardiac arrest. A statement for healthcare professionals from a task force of the International Liaison Committee on Resuscitation (American Heart Association, European Resuscitation Council, Australian and New Zealand Council on Resuscitation, Heart and Stroke Foundation of Canada, InterAmerican Heart Foundation, Resuscitation Council of Southern Africa, Resuscitation Council of Asia); and the American Heart Association Emergency Cardiovascular Care Committee and the Council on Cardiopulmonary, Critical Care, Perioperative and Resuscitation. *Resuscitation*. 2015; 96: 328-40.
31. Ancelle T. Analyse de survie. Dans : Ancelle T, directeur. *Statistique épidémiologie*. 3^e éd. Paris: Maloine; 2011. p. 239-44.
32. Sanders AB. Cardiac arrest and the limitations of clinical trials. *N Engl J Med*. 2011; 365 (9): 850-1.
33. Bossaert LL, Perkins GD, Askitopoulou H, Raffay VI, Greif R, Haywood KL, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 11. The ethics of resuscitation and end-life decisions. *Resuscitation*. 2015; 95: 302–11.
34. McNally. The importance of cardiac arrest registries. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2014; 22 (Suppl 1): A3.

35. Ajam K, Gold LS, Beck SS, Damon S, Phelps R, Rea TD. Reliability of the cerebral performance category to classify neurological status among survivors of ventricular fibrillation arrest: a cohort study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2011; 19: 38.
36. Brain Resuscitation Clinical Trial I Study Group. Randomized clinical study of thiopental loading in comatose survivors of cardiac arrest. *N Engl J Med.* 1986; 314 (7): 397-403.
37. Becker LB, Aufderheide TP, Geocadin RG, Callaway CW, Lazar RM, Donnino MW, et al. Primary Outcomes for Resuscitation Science Studies: A Consensus Statement From the American Heart Association. *Circulation.* 2011; 124 (19): 2158-77.
38. Gräsner JT, Lefering R, Kosterd RW, Mastersone S, Böttigerf BW, Herlitzg J, et al. EuReCa ONE—27 Nations, ONE Europe, ONE Registry A prospective one month analysis of out-of-hospital cardiac arrest outcomes in 27 countries in Europe. *Resuscitation.* 2016; 105: 188-95.
39. Luc G, Baert V, Escutnaire J, Genin M, Vilhelm C, Di Pompéo C, et al. Epidemiology of out-of-hospital cardiac arrest: A French national incidence and mid-term survival rate study. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2019; 38 (2): 131-5.
40. Marijon E, Jouven X. Etat des lieux scientifiques. *Arch Mal Cœur Vaiss Prat.* 2020; 285: 3-7.
41. Charbonnier S. Qu'est-ce que problématiser ? *Recherches et Education* [En ligne]. 2017 [cité le 24 mai 2020]; (17). Disponible : <http://journals.openedition.org/rechercheseducations/5165>
42. Fiat E. Que philosopher c'est apprendre c'est apprendre à mourir ? *Etudes sur la mort.* 2009; 135 (1): 123-44. doi :10.3917/eslm.135.0123
43. Castra M. Les transformations sociales de la fin de vie et de la mort dans les sociétés contemporaines. *EMPAN.* 2015; 97 (1): 12-8. doi :10.3917/empa.097.0012

44. Jankélévitch V. La Mort. [En ligne]. Paris: Flammarion; 2017 [cité le 02 mars 2020]. Disponible : <https://books.google.fr/books?id=FPE0DwAAQBAJ>
45. Salzmann Y. Sartre et l'authenticité : vers une éthique de la bienveillance réciproque. Genève: Labor et Fides; 2000 [cité le 8 juin 2020] disponible : <https://books.google.fr/books?id=XhGfGWwaZ04C>
46. Institut national d'études démographiques [En ligne]. Aubervilliers: INED; 2020. Espérance de vie, Mortalité, Santé; 2020 [cité le 8 juin 2020]. Disponible : <https://www.ined.fr/fr/grands-themes/esperance-de-vie-mortalite-sante/>
47. Ricœur P. L'espérance et la structure des systèmes philosophiques. Dans : Ricœur P, directeur. L'herméneutique biblique. Paris: Cerf; 2001. p. 122.
48. Milanesi C. La mort-instant et la mort-processus dans la médecine de la seconde moitié du siècle. Dix-huitième Siècle. 1991; (23): 171-90. doi : 10.3406/dhs.1991.1804
49. Vega A. Mourir à l'hôpital: quelques représentations culturelles. Mouvements. 2001; 3 (15-16): 145-52. doi :10.3917/mouv.015.0145
50. Godeau E. Des carabines, des garçons et des macchabées : interactions et constructions culturelles autour des cadavres dans les leçons d'anatomie. Dans : Schepens F, directeur. Les soignants et la mort [En ligne]. Toulouse: ERES; 2013 [cité le 7 juin 2020]. Disponible : doi: 10.3917/eres.schep.2013.01.0075
51. Thiemann P, Quince T, Benson J, Wood D, Barclay S. Medical Students' Death Anxiety: Severity and Association With Psychological Health and Attitudes Toward Palliative Care. J Pain Symptom Manage. 2015; 50 (3): 335-42.
52. Richer JP, Brèque C, Danion J, Delpech PO, Oriot D, Faure D. Réflexions sur les activités pédagogiques et de recherches en médecine en relation avec le don du corps à la science à l'ère de l'outil numérique et de la pédagogie par simulation. Etudes sur la mort. 2016; 149 (1): 49-64. doi :10.3917/eslm.149.0049

53. Ricœur P. Fondements de l'éthique. Autres Temps. Les cahiers du christianisme social 1984; (3): 61-71. doi : 10.3406/chris.1984.956
54. Vernant JP. La belle mort et le cadavre outragé. Dans: Gnoli G, Vernant JP, directeurs. La mort, les morts dans les sociétés anciennes [En ligne]. Paris: Éditions de la Maison des sciences de l'homme, Cambridge University Press; 1990 [cité le 8 juin 2020]. Disponible: doi : 10.4000/books.editionsmsmh.7718
55. Mengus M. La mort a-t-elle un sens ? Revue des Sciences Religieuses. 1989; 63 (1-2): 137-46. doi : 10.3406/rscir.1989.3118
56. Le Guay D. Représentation actuelle de la mort dans nos sociétés: les différents moyens de l'occulter. Études sur la mort. 2008; 134 (2): 115-23. doi : 10.3917/eslm.134.0115
57. Fonrouge JM. Et si l'homme devait mourir ...Paris : Autrement; 2003.
58. Aries Ph. L'homme devant la mort. Population. 1978; 33 (2): 471-2. Disponible : https://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1978_num_33_2_16750
59. Conseil national de l'Orde des médecins [En ligne]. Paris: Ordre des Médecins; 2020. Code de déontologie médicale; 2019 [cité le 30 octobre 2019]. Disponible : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie>
60. Levinas E. Totalité et Infini. Essai sur l'extériorité. Paris: Le Livre de Poche; 1990.
61. Murakami Y. L'intervention du rapport à l'autre : le dépassement du non-sens. Dans : Murakami Y, directeur. Lévinas phénoménologue [En ligne]. Grenoble: Millon; 2002 [cité le 10 juin 2020]. Disponible : <https://books.google.fr/books?id=EgRWvcS93ygC>
62. Levinas E. Éthique et infini : dialogues avec Philippe Nemo. Paris : Arthème Fayard; 1984.
63. Antenat N. Respect et vulnérabilité chez Lévinas. Le Portique [En ligne]. 2005 [cité le 11 juin 2020]; (11): Disponible : <http://journals.openedition.org/leportique/558>

64. Leroi-Gourhan A. Le Geste et la Parole, II. La mémoire et les rythmes. [En ligne]. Paris: Albin Michel; 2013 [cité le 11 juin 2020]. Disponible : <https://books.google.fr/books?id=s0OQdDUuFUwC&>
65. de Beaune SA. La genèse de la technologie comparée chez André Leroi-Gourhan. Introduction à son article « L’homme et la nature » paru dans L’Encyclopédie française en 1936. Documents pour l’histoire des techniques [En ligne]. 2011 [cité le 19 novembre 2019]; (20): 197-223. Disponible : <http://journals.openedition.org/dht/1826>
66. Holeindre JV. De la stratégie au stratagème (et retour). Dans : Holeindre directeur. La ruse et la force. Une autre histoire de la stratégie [En ligne]. Paris : Perrin; 2017 [cité le 11 juin 2020]. Disponible : doi : 10.3917/perri.holei.2017.01
67. Simondon G. Du mode d’existence des objets techniques. Paris: Aubier; 1958.
68. Barthélémy JH. Glossaire Simondon : les 50 grandes entrées dans l’œuvre. Appareil. 2015 ; (16). doi : 10.4000/appareil.2253
69. Guchet X. L’objectivité technologique. Dans : Guchet Xavier, directeur. Pour un humanisme technologique. Culture, technique et société dans la philosophie de Gilbert Simondon [En ligne]. Paris : PUF; 2010 [cité le 12 juin 2020]. Disponible : <https://www-cairn-info.sirius.parisdescartes.fr/pour-un-humanisme-technologique--9782130579199-page-133.htm#re87no87>
70. Simondon G. Mentalité technique. Revue philosophique de la France et de l’étranger. 2006; 31 (3): 343-57. doi:10.3917/rphi.063.0343
71. Parsons T. Social structure and dynamic process: the case of modern medical practice. Dans: Parsons T, editor. The Social System [En ligne]. London: Routledge; 2013 [cité le 13 juin 2020]. Disponible : https://books.google.fr/books?id=Yfd_AAAAQBAJ
72. Lapostolle F, Montois S, Alhérière A, De Stefano C, Le Toumelin Ph, Adnet F. Dr House, TV, and Reality. Am J Med. 2013; 126 (2): 171-3.

73. Bourdieu P, Lamaison P. De la règle aux stratégies: entretien avec P. Bourdieu. *Terrain*. 1985; (4): 93-100. doi : 10.4000/terrain.2875
74. Décret n°2005-949 du 2 août 2005 relatif aux conditions de prélèvement des organes, des tissus et des cellules et modifiant le livre II de la première partie du code de la santé publique (dispositions réglementaires) - art. R1232-1 (V). *Légifrance* [En ligne]. [cité le 14 juin 2020]. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=8658AB3EF8197FE60C311529FCB3A281.tplgfr38s_3?
75. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996; 312 (7023): 71-2.
76. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *BMJ Evidence-Based Medicine*. 2002; 7 (2): 36-8.
77. Mutuelle d'assurance du corps de santé français [En ligne]. Puteaux: MACSF. Tamburini S. Recommandations de la HAS et des sociétés savantes: des « règles de l'art », mais à quelles conditions ? 2019 [cité le 15 juin 2020]. Disponible : <https://www.macsf.fr/Responsabilite-professionnelle/Cadre-juridique/recommandation-has-societe-savante>
78. Shannon CE. A mathematical Theory of Communication. *The Bell System Technical Journal*. 1948; 27: 379-423.
79. Grize JB. Logique Naturelle et Représentations Sociales. *Papers on Social Representations Peer Reviewed International Journal*. 1993; 2 (3): 151-9.
80. Aristote. *Éthique à Nicomaque*, livre VI « Des vertus intellectuelles ».
81. Bédard P. L'ethos en sociologie: perspectives de recherche pour un concept toujours fertile. *Cahiers de recherche sociologique*. 2015; (59-60): 259-76. doi : 10.7202/1036797ar

82. Bougouin W, Lamhaut L, Marijon E, et al. Characteristics and prognosis of sudden cardiac death in Greater Paris: population-based approach from the Paris Sudden Death Expertise Center (Paris-SDEC). *Intensive Care Med.* 2014; 40 (6): 846–54.
83. Jost D, Degrange H, Verret C, Hersan O, Banville IL, Chapman FW, et al. DEFI 2005: a randomized controlled trial of the effect of automated external defibrillator cardiopulmonary resuscitation protocol on outcome from out-of-hospital cardiac arrest. *Circulation.* 2010; 121 (14): 1614-22.
84. Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine. Légifrance [En ligne]. [cité le 12 décembre 2019]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034634217>
85. Johnston LG, Sabin K. Échantillonnage déterminé selon les répondants pour les populations difficiles à joindre. *Methodological Innovations Online.* 2010; 5 (2): 38-48.
86. Paillé P, Mucchielli P. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales.* Paris : Armand Colin; 2012.
87. Serres M. *L'Incandescent.* Paris: Le Pommier; 2003.
88. Lexilogos [En ligne]. Définition de *communicatio* [cité le 16 juin 2020]. Disponible <https://www.lexilogos.com/latin/gaffiot.php?q=communicatio>
89. Winkin Y. *La nouvelle communication.* Paris : Seuil; 1981.
90. Carez C. Paris : déclarée morte par le médecin du Samu, elle « ressuscite » devant les policiers. *Le Parisien* [En ligne]. 26 avril 2017, modifié le 27 avril 2017 [cité le 24 juillet 2020]. Disponible : <https://www.leparisien.fr/paris-75/paris-75013/paris-declaree-morte-par-le-medecin-du-samu-ressuscitee-par-deux-policiers-26-04-2017-6892068.php>
91. Levieux K, Patural H, Harrewijn I, Hanf M, Gras Leguen C; Association nationale des centres référents de la mort inattendue du nourrisson (ANCRéMIN). *Prise en charge des*

morts inattendues du nourrisson par les centres de référence français : état des lieux des pratiques en 2013. Arch Pediatr. 2015; 22 (4): 360-7.

92. Barthes R. Rhétorique de l'image. Communications. 1964; (4): 40-51. doi : 10.3406/comm.1964.1027

93. Université Montpellier 3 [En ligne]. La communication non verbale ; 1987 [cité le 24 juillet 2020] Disponible : <https://www.univ-montp3.fr/infocom/wp-content/REC-La-communication-non-verbale9.pdf>

94. Ordre national des médecins [En ligne]. Levallois : ELABE ; 2015. Conseil national de l'ordre des médecins. La grande consultation; 2015 [cité le 19 juin 2020]. Disponible: http://lagrandeconsultation.medecin.fr/sites/default/files/evenements/resultatsdelagrandeconsultation_0.pdf

95. Barbot J, Fillion E. La « médecine défensive » : critique d'un concept à succès. Sciences Sociales et Santé. 2006; 24 (2) : 5-53. doi :10.3917/sss.242.0005

96. Institut national de l'audiovisuel. André Leroi-Gourhan - Le Geste et la Parole [En ligne]. 2013. [cité le 19 juin 2020]. Vidéo: 43 min. Disponible : <https://www.youtube.com/watch?v=XVE4B6TxlfM>

97. Austin JL. Quand dire c'est faire (How to do things with words). Paris : Seuil; 1970.

98. Friedlander G. Médecine (expérimentale), Georges Canguilhem. Med Sci. 2003; 19 (1) : 4. doi: 10.1051/medsci/20031914

Table des Figures

Figure 1. La chaîne de survie sur d'après Cummins et al. (9) associée au temps socio-organisationnel et au temps physiopathologique.	14
Figure 2. Modèle adapté d'après Haynes et al. (76) comme outil d'aide à la décision fondé sur l'Evidence-based medicine.....	34
Figure 3. Schéma général de communication linéaire d'après Claude-Elwood Shannon (78). 35	
Figure 4. « Situation d'interlocution » ou schéma de la communication d'après Jean-Blaise Grize (79).	36
Figure 5. Synopsis de la chaîne de survie sur Paris et sa petite couronne, d'après Jost et al. (83), associé au déplacement du curseur entre la vie et la mort.	41
Figure 6. Arbre thématique issu de l'analyse de la situation « intervenir ou ne pas intervenir médicalement en situation d'ACEH ».	49
Figure 7. Arbre thématique issu de l'analyse du sens du geste en situation d'ACEH.	55
Figure 8. Schéma des enjeux issus de l'analyse de la situation « intervenir ou ne pas intervenir médicalement en situation d'ACEH ».	58

Table des Tableaux

Tableau 1. Procédure d'échantillonnage, de collecte et d'analyse des données. Approche inductive.	45
Tableau 2. Caractéristiques épidémiologiques des médecins qui ont participé aux entretiens et durée des entretiens.	46
Tableau 3. Résultats de l'analyse qualitative menée à partir des n = 9 entretiens semi-dirigés menés et exploités.	52
Tableau 4. Résultats de l'analyse qualitative menée à partir des n = 9 entretiens semi-dirigés menés et exploités pour le sens du geste technique.	56

MEMBRE DE

U^SPC
Université Sorbonne
Paris Cité

. demandées sur ce formulaire sont destinées, à l'exception de l'adresse de l'auteur, au signalement du mémoire sur le portail HAL-Dumas.
ion de ces données, veuillez adresser une demande écrite à : hal@bu.parisdescartes.fr