



**HAL**  
open science

# Place du médecin généraliste dans la procédure collégiale de limitations et arrêts des thérapeutiques actives en réanimation

Jean-Baptiste Etcheverry

► **To cite this version:**

Jean-Baptiste Etcheverry. Place du médecin généraliste dans la procédure collégiale de limitations et arrêts des thérapeutiques actives en réanimation. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03500994

**HAL Id: dumas-03500994**

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03500994v1>

Submitted on 22 Dec 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.

**Université de Bordeaux**  
**U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES**

Année 2021

Thèse n° 156

Thèse pour l'obtention du  
**DIPLÔME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le 25 novembre 2021

Par

**Jean-Baptiste ETCHEVERRY**

Né le 06 mai 1990

**Place du médecin généraliste dans la procédure collégiale de limitations et  
arrêts des thérapeutiques actives en réanimation**

**Directeur de thèse**

Monsieur le Docteur Adrien AUVET

**Membre du Jury**

Monsieur le Professeur Didier GRUSON.....Président  
Monsieur le Professeur Christophe ADAM.....Rapporteur  
Monsieur le Professeur Alexandre BOYER.....Membre  
Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH.....Membre  
Monsieur le Docteur Adrien AUVET.....Membre

# Remerciements

## *Aux membres du jury*

A Monsieur le Professeur Didier GRUSON.

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. Veuillez recevoir l'expression de ma grande reconnaissance et de ma profonde estime.

A Monsieur le Professeur Christophe ADAM.

Je suis honoré que vous ayez accepté de juger ce travail en tant que rapporteur. Merci pour votre bienveillance, votre disponibilité et pour la qualité des conseils que vous m'avez dispensés. Veuillez trouver l'expression de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Alexandre BOYER.

Vous me faites l'honneur de siéger à ce jury et je vous remercie d'avoir accepté d'apporter votre expertise à la critique de ce travail. Je tiens à vous témoigner toute ma reconnaissance et mon grand respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH.

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail. Je vous remercie de votre enseignement reçu pendant l'internat de médecine générale. Veuillez recevoir l'expression de toute ma considération.

A Monsieur le Docteur Adrien AUVET

Je suis extrêmement fier et heureux d'avoir pu travailler avec toi sur cette thèse. Merci pour ta bienveillance quotidienne. Apprendre à tes côtés chaque jour est pour moi un privilège que j'espère continuera de nombreuses années. Sois assuré de ma très grande admiration et de mon profond respect.

### *A ma famille*

A ma mère sans qui je ne serais pas là aujourd'hui, merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir toujours soutenu malgré les épreuves. A mon père qui j'espère serait fier de moi. A mes grands-parents, mon frère, ma sœur, oncles, tantes et cousins pour leur soutien.

### *A mes amis*

A mes comparses de « mais qui ? ». Géo trouve tout, notre première rencontre à la BU et les nombreuses années qui s'en sont suivies, merci pour ton amitié inaltérable, ta rage de vivre et ton exemplarité. TR parfois GroToto le pro de la machine à panini, merci pour nos nombreux vagabondages de par le monde et pour nos improvisations à Guitar Hero comme en soirée. Bob Pedrito « no te parra » fondateur du rasta boat, merci pour nos rodéos pigs qui ont scellé notre belle amitié, tu seras toujours une « belle demoiselle » pour moi. Charly Bushman, le pourfendeur de vagues y de las chiquitas, merci pour ta grande bouche, ta bonne humeur inébranlable et ton amitié (non tu n'es pas un moyen copain), Good Times. Rominou l'homme plus bruyant qu'un aéroport, tes talents de siffleur lors de notre rencontre à Bali m'ont tout de suite fait craquer, très fier de ta réussite dans l'huître, je t'aime fort. Riboubou aka « the flying boulette » ou l'homme qui vole plus vite que son ombre, merci pour ces années d'amitié, de « petit havre » et de « femme folle ». Bref les bros plus de 10 ans d'amitié, de teufs, de voyages, de rires, de pleurs, de fous et encore beaucoup de projets... Un très grand merci également pour les femmes de « mais qui ? » toujours prêtes à nous supporter. Je suis également fier de vous compter parmi mes amis, Armelle et son double maléfique Carmelo, Clem adoptée depuis longtemps malgré une incompatibilité géographique, Julie pro-bodybordeuse de Padang-Padang et fan de Gado-Gado.

A Horty et nos sous-colles chez Oliv, nos lendemains de soirée, tes amygdales, ton sosie Horto, ta fâcheuse tendance à l'exhibitionnisme. Merci pour toutes ces années d'amitié et cheers à ta nouvelle vie à la Run.

A Pauline aka P2O d'abord au CAB, puis dans la vasque du Milos et enfin au PAL avec ses afters « rigolo ». Merci pour notre trio avec Pedro : les plus grands fans de pâtes et M.AU.

A l'externat FF, les boys de la confrérie des pruneaux, Besthi et nos frasques du Haras et de Cracow où on s'est mis bien lactose fils et à « la photographie » des films, Caza et Flavio à nos aprem chez Laurette mettant en évidence ta fragilité OH, et Etienne aka « little big » le superman du balcon bordelais. Jérem l'ami atteint de kataract qui embrasse trop de bouteilles. Caro et nos soirées à refaire le monde en coloc, Laure et son V de victoire, Camille notre nouvelle Luxembourgeoise, Béné Péné, Marinou et toutes tes phrases pépites, Tif et ton doux caractère, Carole qui tue des chevreuils plus vite que son ombre, Diego et l'ananas du WEI, Lou, Léa, Raph, Mathou, et les autres..

A Fédé, après toutes ces années en coloc et toujours ensemble à se supporter (de mieux en mieux d'ailleurs, étonnant pour un vieux couple). Merci pour ton amitié et la prochaine fois c'est moi qui te sauverai de l'OAP.

A l'ensemble des copains de la Croix Jaune ayant égayés WEI et soirées d'externat, Vava avec qui j'ai découvert la J-Bay, Alex, Beber, Nico, Cigis, Lucas, Martin, Didier la Gouje...

A ma coloc de substitution en terre bordelaise et son canapé RB. A mon Fabien Peter Postich Danish ou l'homme qui se demande éternellement si il ne fait pas trop chaud, merci pour ces années d'amitié, merci pour nos digressions à Montar chambre à chambre ou bien sur le canapé orange à Bayonne, « viens avec moi » et vive la Roumanie. A Buddy UUUUiiiiIIII merci pour ton amitié fromB2B nos longues discussions autour d'un petit rouquin avant d'aller fouler le parquet bordelais, nos aprem au bar du boucher autour d'un bon parallèle 45, l'âne de Shreck et Martel. A Carlito, merci pour tes reportages photos, ton tiroir à malice, tes talents de coiffeur, ton amour des langues étrangères en rempla.

A Oliv ma loutrasse, l'américain de Bocas, l'homme souvent stressé en soirée, ma mariposa del Caribbean sea. Merci pour tes 30 bâtons. Merci pour ta technique de vélo sans les mains, nos cointreau YAMS pré-pédia, nos rodages en mode expert. « Expecto patronum » ma loutre, tu es devenu un véritable ami tu le sais « quoi ». Reviens vite de tes terres lyonnaises, ne te casse pas « Alien va ».

A Jean-Jean, mon gars sur de Montar, l'homme pâle du Béarn, le Sebastien Loeb qui roule sur Xantia.

A Guigui, l'homme pressé sur la neige mais tranquille sur la terre, merci pour toutes nos soirées Top Chef.

A Alizée, merci pour ton amitié, ta bonne humeur, la découverte de la Breizh « pfeuuuuuu » et du chouchen. Merci de mettre un peu de désordre dans la vie de Caza. Je t'attends de pied ferme au Pays Basque.

A Stefano fiiiiiiiiils, l'équilibre du Haras. Merci pour ton amitié, pour nos courses de vélo sur les quais qui ne finissent pas aussi bien que Thibaut Pinot au sommet du Tourmalet, pour notre voyage à Dakhla et ceux à venir j'espère.

A Thomas le Duck Master, Paulo ce bon compagnon, pour ta confection de canard débutant dans le garage de Lou Cadet et se finissant dans le jardin de Bernard Gaudeul. A la bagaaaare.

A Amaury, merci pour ta dysarthrie et ton œil vitreux.

A Godich, merci pour ta quiche aux poireaux, mes 30 ans furent confinés mais exceptionnels. Je tiens également à remercier ta girafe qui trône dans notre cave.

A Doudou, merci de m'avoir donné l'opportunité de réaliser mon premier Go Fast, mémorable.

A Yass sans qui mon internat n'aurait pas été le même Oloron TMTC, à nos sessions, notre virée Berlinoise, notre rodage à Bocas et à la poursuite de notre amitié en coloc.

A Tof et nos rallyes en pleine brousse au Costa Rica, au Sélina et notre cohabitation avec le Chili, à Fabienne...

Aux tous les copains de Yolo, de la Garçonnière et tous les moments passés à la Ruche. A Alex notre Jimmy, Dassé le démon ou l'ORL préféré des enfants et leur lego dans le nez, Mathieu le jurassic man et nos parties d'échecs, Sarah, Camille, Jeanne Arya détentrice du Yams record à plus de 400, Justine, Juline, Noukétamine...

Aux affreux Géo, Besnard, Stefano, Valla le man, Lannou praaaapre, Gauthier le ministre, Jules le pécheur, Pierrot le plongeur... et cette soirée au Lucifer et celles qui ont suivi au Fiacre.

A tous ceux que j'ai croisé au cours de mon internat, ADP, Flor, Tim, Eva, Anais, Benou, Ketur, Mathilde, et tous les autres que j'oublie...

### *A l'ensemble de mes colocataires et colocataires*

A Montardon 1<sup>ère</sup> édition, la Graloc originale avec Féfé et les poubelles, Toto et le canard, Double Lo (Katsu ?) et son chômage en poom poom short, Peyo dans la vago, Guigui et le bâton. A la découverte du Béarn, le Massey Ferguson, la touffe de poils non identifiée, les selfouilles, le King's Day et la ponctualité des avions des Pays-Bas. Merci pour ce semestre inoubliable.

A Montardon 2<sup>ème</sup> édition avec Féfé, Kimmy (Zelda ?) ma petite chinoise qui se fait semer en vélo, Alizée, Besnard, Caza, Toto, Greg Ducatillon. A nos bières, nos convulsions matinales, nos fils, nos petits pneus et nos grosses jantes, nos sorties chez Laurette. Au forfait saison 3M. Après ce semestre c'est « warning capot ouvert » sur l'autoroute.

Au Haras avec Besnard et Stefagro, à Alien et nos Pizza Papa, à l'appartement plage, aux petites. Mention spéciale à Thibaud qui m'a permis de faire sécher mon aile sur son manteau en daim, merci fils, t'es un bon fils, fils.

A Montardon 3<sup>ème</sup> édition avec Fabio, Jean-Jean, Toto, Chloé, Oliv. Notre team pédiatrique incroyable, nos rodages dans la panier, nos parties de dés. A la traque perpétuelle d'Adeline dans les couloirs de pédiatrie. Au péage de l'A64 et au réveil qui s'en est suivi. A Peter qui fut embauché dans une mine. A la vasque cassée (Maitre Capello...). Et surtout à la nécessité de couper l'eau.

A Gaudeul, toujours mon lieu de résidence, où j'ai vu passer un très grand nombre de têtes, Alix et nos soirées sushi, Fabio, Bolot, Baptiste, Godich, Féfé, Albrice, Greg, Amaury, Alizée, Caza, Doudou, Toto, Vabret galère, Louis arrête de compter les alvéoles STP, Will le local du 64, Don Valérian maitre du yaourt, Thomas.

### *Aux derniers arrivés*

A Dimitri et notre improbable retrouvaille aux urgences dacquoises après t'avoir remplacé pour que tu puisses aller surfer au lieu de gérer des urgences AVC en visite.

A Céline, voilà c'est fini le temps où j'étais ton interne !!! Mais pas d'inquiétude, ton courage sera encore mis à rude épreuve dans les prochaines années. Merci pour ton amitié, ta bienveillance, ton enseignement et ta patience. C'est une chance de pouvoir rire et apprendre tous les jours à tes côtés.

A Noémie, merci pour ta joie de vivre et ton soutien.

***A tous les médecins, infirmières et autres personnes ayant croisé ma route professionnelle***

A tous les médecins, co-internes, infirmières et aides-soignantes qui m'ont accompagné et ont contribué à ma formation depuis mon début d'internat à Oloron-Sainte-Marie, en passant par Pau, Bordeaux, Hossegor, jusqu'à Dax.

A toute l'équipe des urgences de Dax médicale et paramédicale, Jean pour son accueil et surtout son talent lorsqu'il s'agit de chasser les taupes ou d'acheter des shorts en jean, Jean-Mo le meilleur d'entre nous merci pour cet été nocturne 2021 passé ensemble toujours dans la bonne humeur, Bertrand pour son amour du vin et des gouttes de Dieu, Guillaume ayant perdu ses cheveux depuis quelques années mais pas son humour, Anton notre Barthez à nous, Cédric le démolition man des urgences tu vas me manquer, Manu pour son initiation un beau jour de décembre à l'UH, Ben pour nos futures nuits bordelaises, Gaét mon comparse de MAO en bombe. Merci à Caro pour le terrain de beach au bureau, Julie pour nos gardes joyeuses « brulantes » et maudites, Claire pour sa rouquinerie, son amour des guitaristes et son sens de l'orientation, Mathilde notre Ch'tirocaine et sa passion pour les abribus, Marine l'assassin du houblon, Aurélie la plus neurologue de tous les urgentistes, Elisa et son amour matinal des policiers, Marion et son appétence pour les cacahuètes, Maité, Amandine, Laura, Sophie, Alizé...

A toute l'équipe de la réanimation de Dax qui m'a accueilli les bras ouverts. Merci à Sam, Thierry, aux Maud(e), Vaness, Elo, Francis, Arta. Merci à Nathalie pour sa gentillesse et son aide dans les dernières relectures.

Au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins des Landes pour son aide.

***A Marie***, merci de m'avoir transmis ta passion pour la biologie cellulaire en P1, sans quoi je ne serais sûrement pas là. Épatant. Merci pour ton soutien sans faille et ton amour.

# Table des matières

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>2</b>
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	<b>7</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b> .....	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>9</b>
1. <i>Contexte</i> .....	9
2. <i>Le cadre législatif</i> .....	12
a. Loi Kouchner .....	12
b. Loi Léonetti .....	13
i. La volonté du patient .....	13
ii. Le refus « d’obstination déraisonnable » .....	13
iii. Les soins palliatifs .....	14
c. Loi Claeys-Léonetti .....	14
3. <i>La procédure collégiale de LATA</i> .....	16
4. <i>Problématique</i> .....	18
<b>MATERIELS ET METHODES</b> .....	<b>19</b>
1. <i>Type d’étude</i> .....	19
2. <i>Population de l’étude</i> .....	19
3. <i>Mode de recueil des données</i> .....	19
4. <i>Mode d’analyse des données</i> .....	20
5. <i>Aspect éthique</i> .....	21
<b>RESULTATS</b> .....	<b>22</b>
1. <i>Caractéristiques de la population</i> .....	22
a. Les médecins généralistes.....	22
b. Les réanimateurs .....	23
2. <i>Les limitations et arrêts des thérapeutiques actives (LATA)</i> .....	25
a. État des lieux.....	25
b. Confrontation des points de vue médecins généralistes et médecins réanimateurs.....	26
3. <i>Évaluation des pratiques</i> .....	29
a. Les médecins généralistes.....	29
b. Les réanimateurs .....	30
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>32</b>
1. <i>Motivation du MG et bénéfices apportés</i> .....	33
2. <i>Implication insuffisante des MG de la part des réanimateurs</i> .....	34
a. Manque de disponibilité .....	34
b. Méconnaissance de la loi .....	35
c. Cloisonnement ville-hôpital.....	35
d. Divergence de point de vue entre MG et médecins réanimateurs .....	35
3. <i>Perspectives</i> .....	36
4. <i>Limites de l’étude</i> .....	38
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>39</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>40</b>
<b>ANNEXES</b> .....	<b>44</b>
<b>SERMENT D’HIPPOCRATE</b> .....	<b>62</b>
<b>RESUME</b> .....	<b>63</b>

# Liste des abréviations

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CH : Centre Hospitalier

CHCB : Centre Hospitalier de la Côte Basque

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPP : Comité de Protection des Personnes

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ECMO : ExtraCorporelle Membrane Oxygenation

IGAS : Institut Général des Affaires Sociales

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

IQR : InterQuartile Range (ou écart interquartile)

LATA : Limitation(s) et Arrêt(s) des Thérapeutiques Actives

MG : Médecin Généraliste

ONFV : Observatoire National de la Fin de Vie

SRLF : Société de Réanimation de Langue Française

USI : Unité de Soins Intensifs

VS : Versus

# Introduction

## 1. Contexte

En France, le nombre de décès hospitaliers n'a cessé d'augmenter au cours des années et le développement du système de santé a considérablement modifié la gestion de la fin de vie ces dernières décennies.

Une étude de l'Institut Général des Affaires Sociales (IGAS) menée en 2009 a montré que plus de la moitié des Français (58%) décédaient dans un établissement de santé en 2006, contre 27% à domicile. La tendance s'est donc largement inversée depuis la fin des années 60 où 35% des Français décédaient dans un établissement de santé contre 60% à domicile (1). Ces résultats ont été confirmés plus récemment par le rapport de 2011 de l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) qui a révélé que 58% des décès survenaient à l'hôpital, 11% en maison de retraite et 27% à domicile (2).

Un rapport de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) en 2013, a montré que les cancers et les maladies cardio-vasculaires constituaient les causes de décès les plus fréquentes (respectivement 29% et 25%), suivis par les maladies de l'appareil respiratoire (7%), et les morts violentes (suicides, accidents...) (7%). Les cancers sont progressivement devenus la première cause de mortalité depuis 2004, devant les maladies cardio-vasculaires, pour l'ensemble de la population (3).

Il est évident que la cause du décès détermine en grande partie son lieu de survenue. Les cancers et maladies cardio-vasculaires, constituant la plus grande part des décès en France, sont des pathologies qui nécessitent le plus souvent une prise en charge hospitalière, et pouvant se solder par la survenue d'un décès dans les cas les plus graves. A l'inverse, les morts violentes liées à une cause externe (accidents, suicides...) représentent une partie beaucoup moins importante des décès en France et se produisent généralement en dehors d'un établissement de soins (1).

A l'hôpital, c'est en réanimation que sont pris en charge les patients les plus graves dont le pronostic vital est engagé. Les possibilités de maintien artificiel de la vie se sont développées grâce à l'avancement des connaissances médicales et à l'essor de techniques de suppléance d'organe comme la ventilation mécanique, l'épuration extra-rénale ou la circulation extracorporelle (ECMO). En effet, ces progrès ont permis de prendre en charge des patients de plus en plus graves, et en conséquence d'augmenter leurs chances de survie. En contrepartie, repoussant la frontière entre la vie et la mort, ces progrès ont généré des situations cliniques complexes et ont fait émerger de nombreuses questions éthiques.

C'est dans ce contexte que le concept de limitation(s) et arrêt(s) des thérapeutiques actives (LATA) s'inscrit. Bien avant la promulgation de la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie, les équipes soignantes pratiquaient déjà des LATA dans les services de réanimation. La proportion de ces pratiques ne faisait qu'augmenter, et ce malgré l'absence de recommandations.

Les premières études ayant révélé la fréquence de ces pratiques se sont déroulées aux États-Unis dans les années 90 (4,5).

En France, aucune recommandation n'existait et c'est pour la première fois en 2001 qu'une étude (LATAREA) a mis ces pratiques en exergue (6). Cette étude a révélé que des décisions de LATA étaient prises dans les services de réanimation français malgré l'absence de recommandations. Ces décisions concernaient environ 11% des patients adultes admis et environ 53% des décès faisaient suite à ces décisions (6). Ce travail a mis en lumière le manque de participation de l'équipe paramédicale aux prises de décision (34%) et a montré que 12% des décisions étaient prises par un médecin isolé.

Des recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) ont été émises en 2002 (7), et réactualisées en 2010 (8) afin d'apporter une réflexion et une aide pratique aux équipes de réanimation.

Ces recommandations ont défini de manière précise deux situations.

- La limitation des traitements (le « withholding » des Anglo-Saxons) regroupe plusieurs entités : « *la non-optimisation d'un ou de plusieurs traitements dont des techniques de suppléance d'organe assurant un maintien artificiel en vie* » et « *la prévision d'une non-optimisation ou d'une non-instauratation d'un ou de plusieurs traitement(s) en cas de nouvelle défaillance d'organe, même au cas où le maintien artificiel en vie pourrait en dépendre* ». L'intention est bien de ne pas provoquer la mort mais de laisser le processus physiologique se dérouler sans intervention technique ou médicamenteuse jugée sans bénéfice pour le patient.
- L'arrêt des traitements (le « withdrawing » des Anglo-Saxons) est défini par : « *l'interruption d'un ou de plusieurs traitements dont des techniques de suppléance d'organe assurant un maintien artificiel en vie* ».

D'autre part, ces recommandations ont rappelé le devoir de refus d'obstination déraisonnable qui fait référence à la « *démarche d'instauratation ou de poursuite d'une stratégie à visée curative inutile et non justifiée au regard du pronostic en termes de survie ou de qualité de vie* » (8).

Enfin, ces recommandations ont également rappelé que les soins de confort et de support tels que les soins d'hygiène, la prise en charge de la douleur et de la souffrance ne devaient jamais être interrompus. En pratique, la prise en charge d'un patient de réanimation associe différents traitements et soins, les traitements se référant à une thérapeutique à visée curative ou à une technique de suppléance d'une défaillance d'organe. Ces deux types de prise en charge coexistent en permanence et s'il est possible d'interrompre certains traitements, les soins devront toujours être poursuivis.

Dans les pays développés, en dépit des progrès médicaux, la mortalité dans les services de réanimation reste élevée et il est admis qu'environ un adulte sur cinq y décède (1,8). Ces décisions de limitation sont donc extrêmement fréquentes en pratique.

Dans une étude européenne de grande ampleur (ETHICUS) publiée en 2003 et s'étant déroulée dans les unités de soins intensifs (USI) européennes entre 1999 et 2000, Sprung et al

rapportaient que 10% des patients admis en réanimation étaient sujets à des décisions de LATA (9).

En 2009, une large étude rétrospective européenne impliquant 282 services de soins intensifs montrait que 9% des patients admis faisaient l'objet d'une démarche de LATA, et que 36% des décès survenaient après ce type de décision (10). En 2015, l'étude EPILAT a montré que les décisions de LATA concernaient environ 14% des patients admis en réanimation et étaient impliquées dans environ 52% des décès (11).

En 2019, Sprung et al ont publié l'étude ETHICUS-2 qui s'est déroulée entre 2015 et 2016 et qui a fait suite à l'étude ETHICUS. Cette nouvelle étude a notamment rapporté que 13% des patients admis en réanimation décédaient ou avaient des décisions de LATA pendant leur séjour, et a mis en évidence que les décisions de LATA étaient de plus en plus fréquentes au fur et à mesure des années. En effet, en comparant les patients qui présentaient des LATA ou étaient décédés en 2015-2016 avec les données précédemment rapportées en 1999-2000, Sprung et al ont montré que, en 2015-2016, les décisions de LATA étaient significativement beaucoup plus fréquentes, et que la survenue de décès sans procédure de LATA était significativement plus rare. Ces résultats suggèrent donc une évolution de la réflexion autour de la fin de vie en réanimation (12).

## 2. Le cadre législatif

Parallèlement aux recommandations des sociétés savantes, un cadre législatif a également dû être mis place afin d'encadrer la fin de vie en France. Ce cadre législatif a évolué au fil des années afin de mieux protéger les patients et les médecins les prenant en charge.

Les premières lois concernaient les soins palliatifs, mis en œuvre par les professionnels de santé à partir de la fin des années 80 afin d'atténuer la douleur physique, accompagner les patients et préserver leur qualité de vie. La loi n°91-748 du 31 juillet 1991 (13) a introduit les soins palliatifs dans la liste des missions de tout établissement de santé. Le code de santé publique a défini les soins palliatifs comme « *des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage* » (14). La loi n°99-477 du 9 juin 1999 (15) visait à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

### a. Loi Kouchner

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (dite « loi Kouchner ») (16) a défini de nouvelles règles concernant la relation médecin-patient lors de tout projet thérapeutique. La relation médecin-patient de type paternaliste a ainsi fait place à une relation égalitaire renforçant le statut du patient et permettant de le replacer au centre de sa prise en charge.

Cette loi a mis en avant le droit du patient d'être informé sur son état de santé (sauf s'il a clairement exprimé le souhait de ne pas l'être), et lui permettait de s'impliquer dans les décisions concernant sa prise en charge.

Par ailleurs, la loi a privilégié le respect de l'autonomie du patient par la recherche de son consentement. Elle a précisé que « *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ». Le patient peut ainsi refuser tout traitement, investigation ou acte concernant sa santé. Le médecin respecte sa volonté après l'avoir informé des conséquences encourues. « *Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables* ».

Ainsi, les médecins ont non seulement le devoir d'informer les patients sur leur état de santé mais doivent également rechercher leur consentement éclairé aux investigations et aux traitements proposés. Le patient a donc le droit de participer à la décision médicale et la loi lui donne le droit de s'opposer à toute investigation ou thérapeutique.

D'autre part, cette loi a introduit la notion de personne de confiance. Cette dernière est désignée par écrit par le patient, et elle est systématiquement consultée pour toute décision si le patient ne peut pas lui-même exprimer sa volonté. Elle est révocable à tout moment et n'est valable que pour la durée de l'hospitalisation.

Le problème de l'expression de la volonté du patient et du respect de cette volonté par le médecin reste posé.

## **b. Loi Léonetti**

La loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (dite « loi Léonetti ») (17) accompagnée de ses décrets d'application du 6 février 2006 (18) (19) a renforcé certains aspects de la loi précédente et a créé des droits spécifiques pour les patients, qu'ils soient ou non en fin de vie.

### **i. La volonté du patient**

Cette loi a imposé la recherche et le respect de la volonté du patient. Elle a réaffirmé la possibilité de refuser tout traitement proposé par le médecin. La volonté du patient pouvait alors être recueillie, soit via son expression directe, soit via ses directives anticipées (d'une validité de 3 ans, modifiables et révocables à tout moment) s'il ne pouvait lui-même l'exprimer, soit à défaut par le témoignage de la personne de confiance.

### **ii. Le refus « d'obstination déraisonnable »**

La loi reconnaît désormais le refus « d'obstination déraisonnable » (couramment dénommé acharnement thérapeutique). La notion « d'obstination déraisonnable » a également été reprise et réaffirmée par l'article 37 du Code de déontologie médicale (20) (Article R. 4127-37 du Code de la santé publique) (21) qui a été modifié en janvier 2010 à la suite de la publication de la loi Léonetti : « *En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.* »

Selon la situation du patient, la loi définit deux cas de figure pour la mise en place de LATA.

- Dans la situation où le patient est apte à exprimer sa volonté, la loi Léonetti prévoit le respect du principe d'autonomie. Le médecin doit respecter la décision de son patient. Le patient doit consentir à la proposition de soins ou à défaut peut s'opposer à toute thérapeutique. « *Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical* ».

- Dans la situation où le patient est inapte à exprimer sa volonté, la loi permet au médecin responsable de proposer une LATA par le biais d'une procédure collégiale. Cette situation est la plus fréquente dans les services de réanimation. Dans l'étude LATAREA, 73% des patients furent jugés incaptes à exprimer leurs volontés, et seulement 0.5% des patients ont été impliqués dans la discussion de LATA (6).

### iii. Les soins palliatifs

Enfin, la loi Léonetti a confirmé la nécessaire continuité des soins chez les patients en fin de vie, et a rappelé le droit aux soins palliatifs. En effet, le médecin ne doit jamais arrêter les soins afin de sauvegarder la dignité et la qualité de la fin de vie du patient.

### c. Loi Claeys-Léonetti

La loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (dite « loi Claeys-Léonetti ») (22) accompagnée de ses décrets d'application du 3 août 2016 (23,24) a permis de réviser la loi Léonetti en la modifiant sur plusieurs points.

Les notions de refus d'acharnement thérapeutique et des droits des patients dûment informés à refuser tout traitement y sont renforcées.

Elle a donné la possibilité au médecin de réaliser une sédation profonde et continue jusqu'au décès chez les patients atteints d'une affection grave et incurable dont le pronostic vital est engagé à court terme et la souffrance est insupportable et réfractaire aux traitements.

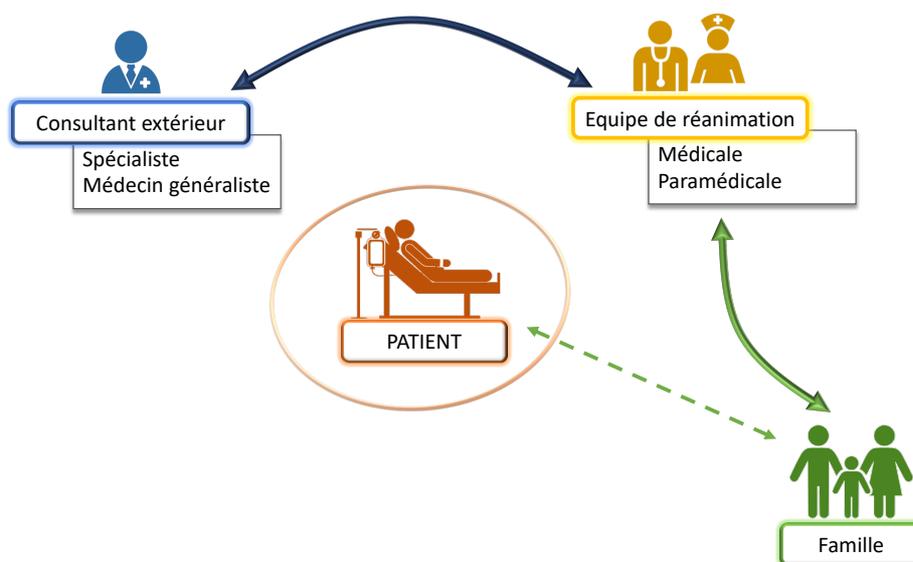
Elle a renforcé le régime juridique des directives anticipées en les rendant contraignantes et valides sans plus aucune notion de durée, mais ces dernières restent révocables à tout moment. « *Elles s'imposent désormais aux médecins pour toute décision d'investigation, d'actes, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale* » (22) contrairement à la loi Léonetti qui leur donnait simplement un caractère consultatif et non contraignant. Elles priment sur l'avis de la personne de confiance, de la famille et des proches du patient. Si le médecin décide de refuser de suivre les directives anticipées car selon lui elles ne sont plus appropriées à la situation médicale actuelle, il doit le faire dans le cadre d'une procédure collégiale et l'inscrire au dossier médical tout en informant la personne de confiance ou à défaut la famille.

Ces lois ont donc considérablement renforcé le droit des patients et leur implication dans les décisions concernant leur santé. Ainsi le patient peut refuser toute thérapeutique à tout moment et son consentement libre et éclairé doit toujours être recherché par le médecin.

En réanimation, le patient est malheureusement incapable d'exprimer ses volontés la plupart du temps (6). Le rôle de la procédure collégiale devient alors primordial quant à la prise en charge éthique du patient.

### 3. La procédure collégiale de LATA

Pour aboutir à une décision de LATA, une procédure de réflexion doit être initiée par le médecin en charge du patient. Cette réflexion doit être collégiale, après concertation avec l'équipe de soins et sollicitation de l'avis motivé d'au moins un médecin appelé en qualité de consultant (8) (figure 1). Cette notion de procédure collégiale a également été définie par l'article 37 du Code de déontologie médicale (25) (Article R. 4127-37-2 du Code de la santé publique) (26) : « *La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient à l'issue de la procédure collégiale. Cette procédure collégiale prend la forme d'une concertation avec les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et de l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est recueilli par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile.* »



**Figure 1** Organisation de la procédure collégiale de LATA

Cette réflexion prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans les directives anticipées s'il en a rédigées, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée, ainsi que celui de sa famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches (19,27). Dans ce cadre, l'avis de la personne de confiance prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées (27).

Un médecin appelé en qualité de consultant doit donner un avis motivé, ce qui signifie qu'il doit examiner le patient et consulter le dossier. Après discussion avec le médecin en charge, il doit notifier son avis dans le dossier du patient. Selon les recommandations de la SRLF, « *il*

*peut s'agir du médecin traitant, du médecin suivant le patient pour une pathologie chronique ou de n'importe quel autre médecin, en activité ou retraité » (8). Le recours à un médecin consultant est également prévu par l'article 60 du Code de déontologie médicale (28) (Article R.4127-60 du code de la santé publique) (29).*

La décision de LATA prise à l'issue de cette procédure collégiale doit être notifiée dans le dossier médical du patient, et la personne de confiance ou à défaut la famille du patient doit en être informée. Il est important de préciser qu'au regard de la loi Léonetti, la responsabilité de cette décision incombe uniquement au(x) médecin(s) en charge du patient, elle n'est ni du ressort de la personne de confiance ni des proches.

## 4. Problématique

Dans le cadre de la procédure collégiale, les lois et recommandations ont donc prévu d'intégrer l'avis d'un médecin extérieur à l'équipe de soins, appelé à titre de consultant (8,17,19). Cette intervention est obligatoirement requise en cas de discussion de LATA.

Le médecin généraliste (MG) occupe un rôle central dans la coordination des soins grâce à sa connaissance approfondie du patient. Il semble donc être le plus à même d'apporter une vision globale et de pouvoir apprécier la modification de la qualité de vie du patient de la manière la plus objective. D'autre part, il est garant d'informations médicales mais également familiales et sociales pouvant jouer un rôle important dans la prise de décision. Ainsi il paraît être un interlocuteur de choix dans la discussion de LATA, faisant le lien entre l'équipe hospitalière, le patient et ses proches. Une étude a même suggéré que les MG pourraient être les meilleurs consultants extérieurs si ces derniers étaient impliqués dans ce type de décision (30).

Cependant, la place accordée au MG dans les recommandations n'est pas clairement définie. Plusieurs études ont montré que l'intervention du MG dans les décisions de LATA restait rare. En 2006, Ferrand et al observaient que seulement 55% des MG étaient informés de la décision de LATA (30). Cette étude était cependant antérieure à la promulgation de la loi Léonetti qui a instauré l'obligation de recours à un consultant extérieur dans les procédures collégiales de LATA chez les patients incapables d'exprimer leur volonté. En 2014, une étude a également mis en évidence un taux de participation extrêmement faible (19%) des MG aux procédures collégiales de LATA (31). Dans une autre perspective, des résultats similaires ont été retrouvés dans deux études réalisées au sein de services d'urgence lorsqu'une décision de LATA s'imposait rapidement, où le taux de participation des MG était inférieur à 10% (32,33).

Ces constatations soulèvent plusieurs questions. Comment expliquer un taux de participation si faible des MG aux procédures collégiales de LATA, bien que ces derniers semblent être des consultants extérieurs appropriés ? Les MG pensent-ils avoir un réel impact dans la décision de LATA ?

Notre étude va donc s'attacher à évaluer la place du MG dans la procédure collégiale de LATA en réanimation. Dans un premier temps, nous avons évalué la fréquence de recours au MG dans les procédures collégiales de LATA. Par la suite, nous nous sommes intéressés au ressenti du MG sur son éventuel impact dans la décision collégiale de LATA en effectuant une analyse croisée avec le point de vue du réanimateur. Cette analyse pourrait permettre de comprendre les facteurs limitant la participation des MG aux discussions de LATA en qualité de consultant extérieur, et tenter de proposer des axes d'amélioration.

# Matériels et méthodes

## 1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive par un envoi de questionnaire en ligne, entre mars et juillet 2021.

## 2. Population de l'étude

Nous avons inclus deux populations.

D'une part, l'ensemble des MG exerçant dans le département des Landes, représentant environ 400 (+/- 10) médecins selon le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) des Landes.

D'autre part, les médecins réanimateurs du secteur et notamment ceux exerçant dans les deux services de réanimation du département : le centre hospitalier (CH) Dax-Côte d'Argent et le CH Mont-de-Marsan. Le département des Landes compte six établissements de santé de courts séjours en médecine, chirurgie et obstétrique, dont trois hôpitaux publics et trois cliniques privées. Parmi ces établissements, seuls les CH Dax et CH Mont-de-Marsan mettent à disposition des lits de réanimation sur le département, respectivement 10 lits pour le CH Dax (pour une prise en charge de 504 patients sur l'année 2020) et également 8 lits pour le CH Mont-de-Marsan (pour une prise en charge de 348 patients sur l'année 2020).

Nous avons également inclus les médecins réanimateurs travaillant dans les services de réanimation susceptibles de prendre en charge des patients du département des Landes : le centre hospitalier de la côte basque (CHCB) pourvu de 15 lits pour une prise en charge de 707 patients sur l'année 2020) et le centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux (service de médecine intensive – réanimation) pourvu de 24 lits pour une prise en charge d'environ 2400 patients sur l'année 2020.

## 3. Mode de recueil des données

Le recueil des données a été effectué par le biais de différents questionnaires qui ont été réalisés sous format numérique grâce à la plateforme « Google Forms ». Ce format a permis une diffusion simple, large et rapide. Ils ont été précédés d'un court argumentaire du travail effectué. Les questions fermées ont été privilégiées avec des questions à choix unique ou à choix multiples (de type multi ou dichotomiques) permettant un temps de réponse plus court.

Un questionnaire (annexe 1) a été auto-administré par email aux MG exerçant dans les Landes. Ce dernier a été élaboré en trois parties (généralités, LATA et implication / communication / directives anticipées). Il a par la suite été diffusé avec le soutien du CDOM des Landes auprès de l'ensemble des MG du département. Ces derniers ont répondu sur la base du volontariat et de manière anonyme. Un deuxième envoi du questionnaire a été effectué par email à 6 semaines de la première diffusion afin d'augmenter le taux de participation.

Les données « généralités » comprenaient : sexe, âge, année de thèse, année d'installation, condition d'exercice (seul versus (vs) collaboration), environnement d'exercice (rural vs semi-rural vs urbain), expérience en réanimation. Les données des deux autres parties ont été recueillies par le biais de questions à choix multiples fermées, établies sur la base d'une échelle de graduation de type Likert (« toujours », « souvent », « occasionnellement », jamais »). Concernant la 2<sup>ème</sup> partie (LATA) du questionnaire, nous n'avons inclus que les MG ayant participé à une décision de LATA sur l'année 2020 afin de pouvoir évaluer le plus objectivement possible leurs ressentis.

Un questionnaire de refus de participation (annexe 2) à l'intention des MG a également été élaboré et diffusé selon les mêmes procédés. Il était constitué d'une seule question à choix multiples. Il s'est attaché à mettre en évidence le motif de refus de participation permettant de limiter les biais lors de l'interprétation des résultats.

Un questionnaire (annexe 3) a été auto-administré par email aux réanimateurs. Ce dernier a été élaboré en deux parties (généralités, LATA) selon les mêmes modalités. Ce questionnaire a pour but d'évaluer le regard que portent les réanimateurs sur l'impact des MG dans les décisions collégiales de LATA. Cela permettra ainsi de croiser les points de vue entre ces deux spécialités sur l'impact de l'intervention d'un consultant extérieur dans les procédures collégiales de LATA.

#### **4. Mode d'analyse des données**

L'ensemble des données a été recueilli à l'aide du logiciel Excel © Microsoft Corporation.

Les variables quantitatives, qui n'avaient pas une distribution normale selon le test de D'Agostino-Pearson, ont été exprimées en médiane et écart interquartile [IQR]. Les données qualitatives ont été exprimées en nombre (n) et en pourcentage (%).

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du logiciel GraphPadPrism® 5 (GraphPad Software Inc. La Jolla, USA).

## **5. Aspect éthique**

Aucune disposition légale n'a été nécessaire pour cette étude et l'avis du Comité de Protection des Personnes (CPP) n'a pas été nécessaire. En effet, aucune information collectée par le biais des différents questionnaires ne permettait d'identifier le répondeur ou de collecter des données patient.

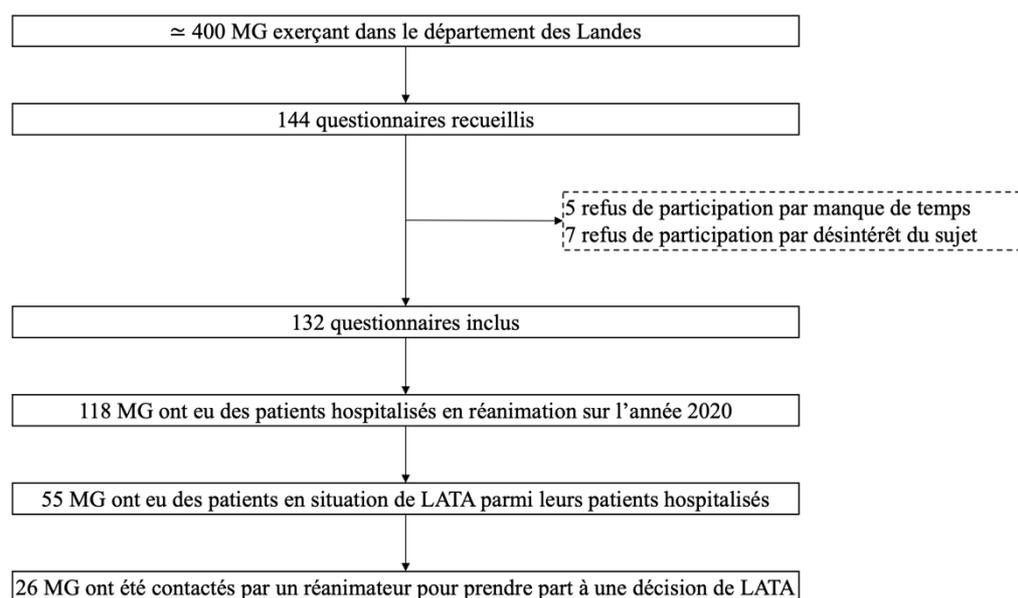
# Résultats

## 1. Caractéristiques de la population

### a. Les médecins généralistes

Sur l'ensemble des MG exerçant dans le département des Landes, environ 400, 144 questionnaires ont été recueillis, ce qui représente un taux de participation de 36% (figure 2).

132 questionnaires ont été exploités. 12 questionnaires ont été exclus par refus de participation des MG (5 par manque de temps, 7 par désintérêt du sujet).



**Figure 2 Flow Chart.** MG médecins généralistes, LATA limitation(s) et arrêt(s) de thérapeutiques actives.

La description de la population de MG interrogée est détaillée dans le tableau 1. La répartition homme/femme était identique avec 66 (50%) hommes et 66 (50%) femmes. L'âge médian était de 49 [38 ; 58] ans. La durée médiane d'exercice (à partir de l'année de thèse) était de 18 [7 ; 29] ans. La durée médiane d'installation était de 11 [5 ; 25] ans. Concernant leur modalité d'exercice, 94 (71,2%) MG exerçaient en collaboration, 38 (28,8%) exerçaient seul. Malgré l'étendue du département des Landes, 40 (30,3%) MG exerçaient en milieu rural, 69 (52,3%) en milieu semi-rural, 23 (17,4%) en milieu urbain. Enfin, 70 (53%) MG avaient bénéficié d'une approche de la réanimation lors de leur formation (dans le cadre d'un stage d'externat ou d'internat).

<b>Caractéristiques de la population</b>	<b>MG (n = 132)</b>
Sexe, n (%)	
Homme	66 (50)
Femme	66 (50)
Age, median [IQR]	49 [38 ; 58]
Durée d'exercice (à partir de l'année de thèse), median [IQR]	18 [7 ; 29]
Durée d'installation en médecine générale ou en réanimation, median [IQR]	11 [5 ; 25]
Condition d'exercice, n (%)	
Seul	38 (28,8)
Collaboration	94 (71,2)
Milieu d'exercice, n (%)	
Rural	40 (30,3)
Semi-rural	69 (52,3)
Urbain	23 (17,4)
Formation en réanimation (externat, internat...), n (%)	
Oui	70 (53)
Non	62 (47)

**Tableau 1** Caractéristiques de la population de médecins généralistes du département des Landes. MG médecins généralistes, IQR interquartile range.

### **b. Les réanimateurs**

Sur l'ensemble des réanimations concernées par notre étude (43 praticiens), 22 questionnaires ont été recueillis, ce qui représente un taux de participation de 51%.

La description de la population de réanimateurs interrogés est détaillée dans le tableau 2. La répartition homme/femme était largement en faveur des hommes avec 17 (77,3%) hommes contre 5 (22,7%) femmes. L'âge médian était de 41 [35 ; 49] ans. La durée médiane d'exercice (à partir de l'année de thèse) était de 12 [6 ; 20] ans. La durée médiane d'exercice en réanimation était de 6 [3 ; 16] ans. 6 (27,3%) réanimateurs exerçaient à l'hôpital de Bayonne, 6 (27,3%) exerçaient dans le service de médecine intensive – réanimation au CHU de Bordeaux, 7 (31,8%) exerçaient à l'hôpital de Dax, et 3 (13,6%) exerçaient à l'hôpital de Mont-de-Marsan. Enfin la population étudiée se répartissait équitablement concernant leur formation initiale. 7 (31,8%) étaient anesthésistes-réanimateurs de formation, 8 (36,4%) étaient issus d'une spécialité médicale avec un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de réanimation, et 7 (31,8%) étaient issus de la médecine d'urgence.

<b>Caractéristiques de la population</b>	<b>Réanimateurs (n = 22)</b>
Sexe, n (%)	
Homme	17 (77,3)
Femme	5 (22,7)
Age, median [IQR]	41 [35 ; 49]
Durée d'exercice (à partir de l'année de thèse), median [IQR]	12 [6 ; 20]
Durée d'installation en médecine générale ou en réanimation, median [IQR]	6 [3 ; 16]
Lieu d'exercice, n (%)	
Bayonne (CHCB)	6 (27,3)
Bordeaux (CHU, service médecine intensive – réanimation)	6 (27,3)
Dax (CH Dax-Côte d'Argent)	7 (31,8)
Mont-de-Marsan (CH Mont-de-Marsan)	3 (13,6)
Spécialité de formation, n (%)	
Anesthésie réanimation	7 (31,8)
Spécialité médicale et DESC de réanimation médicale	8 (36,4)
Médecine d'urgence	7 (31,8)

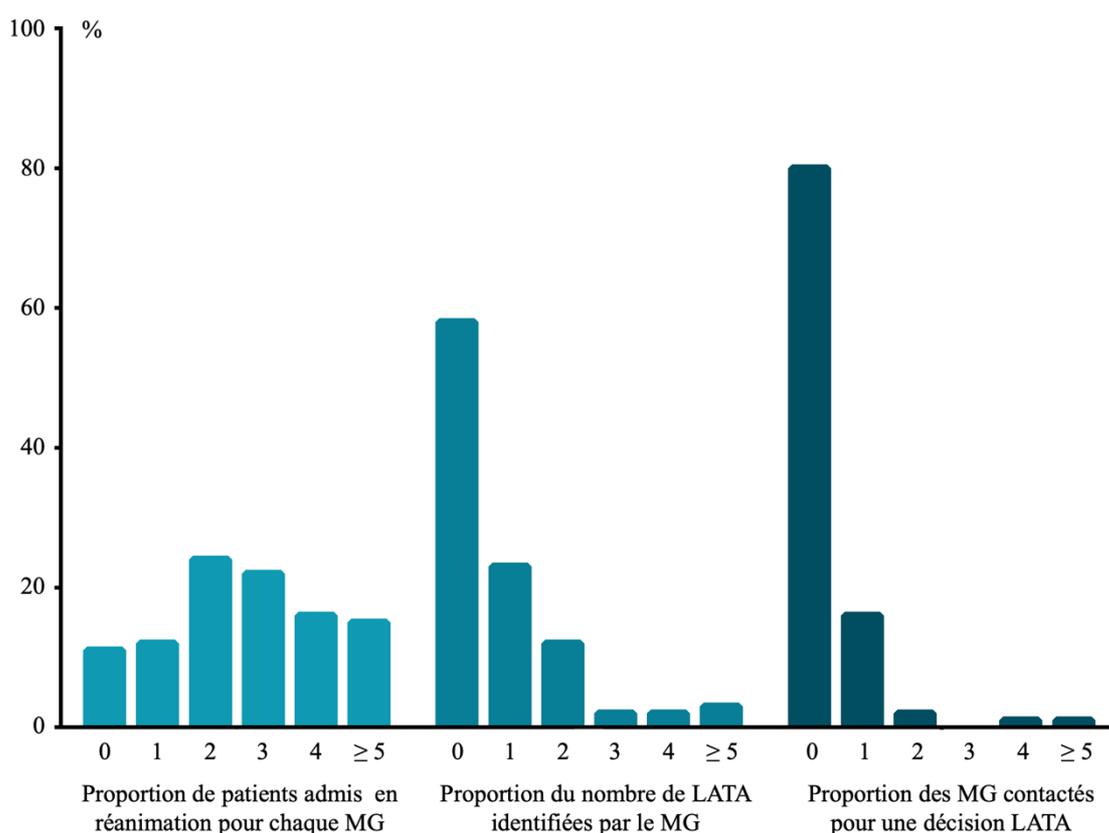
**Tableau 2 Caractéristiques de la population de réanimateurs.** IQR interquartile range. CHCB centre hospitalier de la côte basque, CHU centre hospitalier universitaire, CH centre hospitalier, DESC diplôme d'études spécialisées complémentaires.

## 2. Les limitations et arrêts des thérapeutiques actives (LATA)

### a. État des lieux

Seulement 43 (32,6%) MG avaient déjà été contactés par un réanimateur au cours de leur carrière afin de prendre part à une décision collégiale de LATA pour un de leurs patients.

Sur l'année 2020, nous avons réalisé un état des lieux concernant la proportion de patients admis en réanimation et ayant fait l'objet d'une procédure de LATA pour chaque MG interrogé. Les données sont présentées ci-dessous dans la figure 3. 118 (89,4%) MG déclaraient avoir eu un ou plusieurs patients hospitalisés en réanimation. Parmi eux, 55/118 (46,6%) déclaraient avoir eu connaissance d'une décision de LATA pour un de leurs patients. Parmi ces médecins, 26/55 (47,2%) déclaraient avoir été sollicités par le réanimateur pour prendre part à ces décisions, soit 19,7% de la population étudiée. Finalement, notre étude a montré que lorsqu'une décision de LATA était prise, le MG n'était pas impliqué par le réanimateur dans un peu plus de la moitié des cas (52,8%).



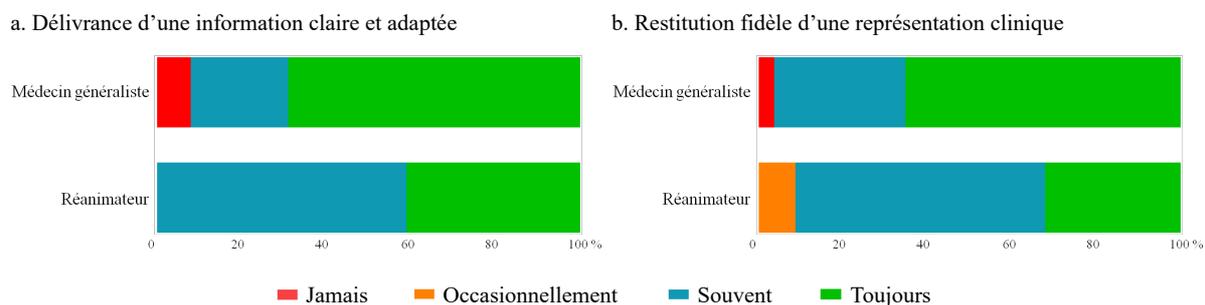
**Figure 3 État des lieux des patients hospitalisés en réanimation sur l'année 2020 pour chaque médecin généraliste interrogé.** Résultats exprimés en pourcentage (%) de MG selon la valeur en abscisse. LATA limitation(s) et arrêt(s) des thérapeutiques actives. MG médecins généralistes.

## b. Confrontation des points de vue médecins généralistes et médecins réanimateurs

Le ressenti des 26 MG ayant pris part à une décision collégiale de LATA en 2020 a été confronté à celui des réanimateurs. Ces confrontations de point de vue sont détaillées ci-dessous par le biais des différentes figures. Par ailleurs, le tableau complet des résultats est présenté en annexe 5.

Tout d'abord, nous avons mis en évidence une bonne compréhension et un relationnel de qualité entre ces 2 spécialités (figure 4). Pour la majorité des MG, soit 24 (92,3%), l'information délivrée par le réanimateur a toujours ou souvent été claire. De plus, 25 (96,2%) d'entre eux déclaraient avoir toujours ou souvent réussi à se faire une bonne représentation de la situation clinique décrite. Du point de vue des réanimateurs, la totalité d'entre eux (100%) estimait avoir toujours ou souvent délivré une information claire et la majorité d'entre eux, soit 20 (90,9%), considérait avoir toujours ou souvent réussi à donner une bonne représentation de la situation clinique.

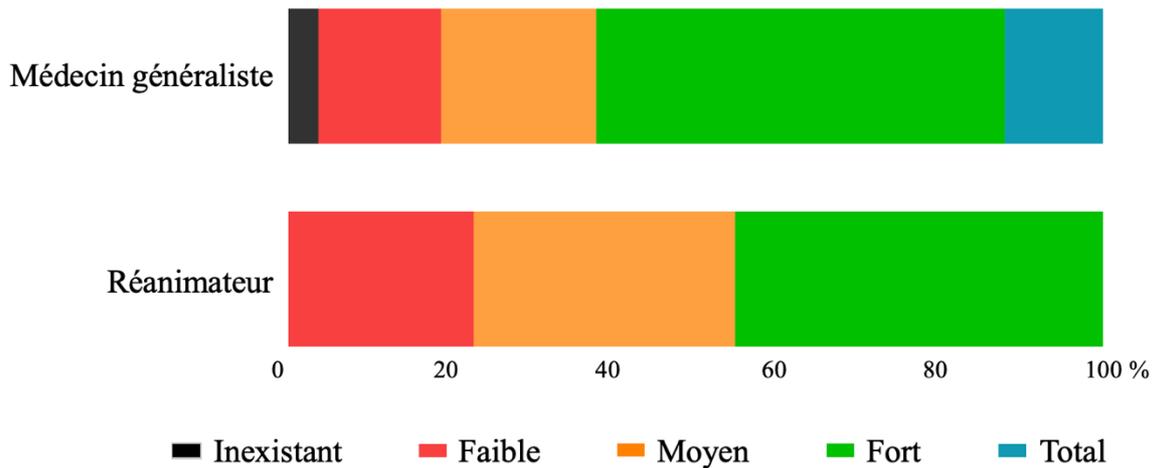
Par ailleurs, 19 (73,1%) MG pensaient avoir toujours ou souvent été écoutés et que leurs avis avaient été pris en compte par le réanimateur.



**Figure 4 Évaluation de la qualité de l'échange et du relationnel entre médecins généralistes et médecins réanimateurs.** (a) Représentation du ressenti des médecins généralistes vs médecins réanimateurs concernant la délivrance d'une information claire et adaptée. (b) Représentation du ressenti des médecins généralistes vs médecins réanimateurs concernant la bonne restitution de la situation clinique. Résultats exprimés en pourcentage (%) et classés par système de gradation selon une échelle de type Likert (« jamais », « occasionnellement », « souvent » et « toujours »).

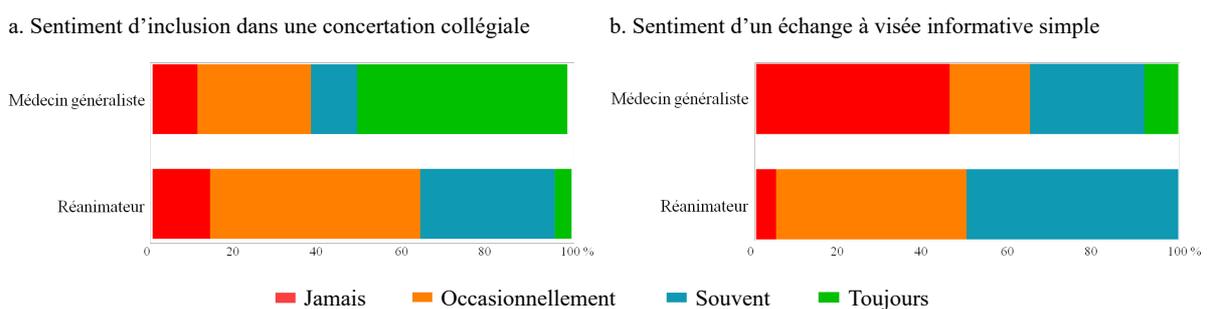
Le résultat marquant de notre étude (figure 5) a été que plus de la moitié des MG, soit 16 (61,5%), pensait avoir eu un impact fort ou total dans la procédure collégiale tandis qu'une majorité de réanimateurs (54,5%) qualifiait comme faible ou moyen l'impact du MG.

Ce résultat met donc en évidence une divergence de points de vue entre ces deux spécialités.



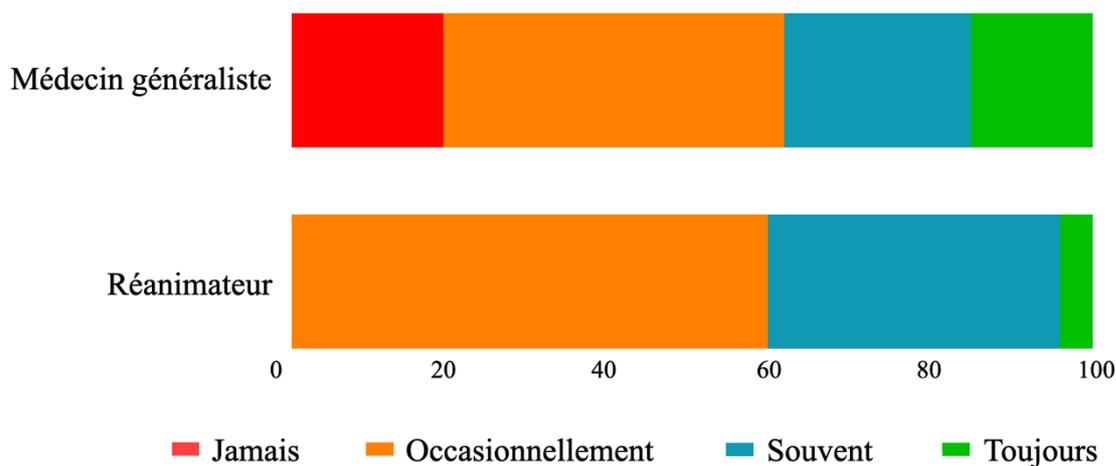
**Figure 5** Évaluation du ressenti du médecin réanimateur vs médecin généraliste concernant l'impact de ce dernier dans la procédure collégiale de LATA en tant que consultant extérieur. Résultats exprimés en pourcentage (%) et classés par système de gradation selon une échelle de type Likert (« inexistant », « faible », « moyen », « fort » et « total »).

Cette divergence a également été mise en évidence lors de l'évaluation croisée du ressenti de ces deux spécialités concernant le degré d'implication des MG par les réanimateurs dans la discussion de LATA (figure 6). En effet, une majorité de MG (61,5%) avait l'impression que l'échange avec le réanimateur relevait toujours ou souvent d'une véritable concertation pluridisciplinaire. A l'inverse, une majorité de réanimateur (50%) déclarait avoir l'impression que l'échange avec le MG relevait toujours ou souvent d'une simple information et non d'une véritable concertation collégiale.



**Figure 6** Évaluation du ressenti des MG concernant leur degré d'implication par les réanimateurs dans la discussion de LATA et confrontation au point de vue des réanimateurs. (a) Représentation de la perception d'inclusion dans une discussion à caractère de concertation collégiale. (b) Représentation de la perception d'une discussion à caractère informatif simple. Résultats exprimés en pourcentage (%) et classés par système de gradation selon une échelle de type Likert (« jamais », « occasionnellement », « souvent » et « toujours »).

Par ailleurs, une proportion similaire de MG (61,5%) et de réanimateurs (59,1%) pensait que l'intervention du MG n'a qu'occasionnellement ou jamais influencé la prise en charge des patients (figure 7).



**Figure 7** Évaluation du ressenti du médecin réanimateur vs médecin généraliste concernant l'influence de ce dernier dans la prise en charge des patients. Résultats exprimés en pourcentage (%) et classés par système de gradation selon une échelle de type Likert (« jamais », « occasionnellement », « souvent » et « toujours »).

### 3. Évaluation des pratiques

#### a. Les médecins généralistes

L'estimation par les MG de leurs compétences et volonté d'implication est résumée dans le tableau 3. Une majorité de MG (85,6%) souhaiterait être plus sollicitée pour prendre part aux décisions de LATA, et 73,5% considéraient qu'il fallait obligatoirement les inclure dans ce type de décision. De plus, 78,8% jugeaient leurs compétences suffisantes, bien que seulement 27,3% pensaient suffisamment connaître la législation.

Implication des médecins généralistes dans les procédures collégiales de LATA	n (%)
Souhaiteriez-vous être plus sollicités pour prendre part à des décisions de LATA ?	
Oui	113 (85,6)
Non	19 (14,4)
Pensez-vous qu'il faille obligatoirement inclure le médecin traitant dans ce type de décision ?	
Oui	97 (73,5)
Non	35 (26,5)
Pensez-vous être suffisamment compétent / légitime ?	
Oui	104 (78,8)
Non	28 (21,2)
Pensez-vous suffisamment connaître la législation ?	
Oui	36 (27,3)
Non	96 (72,7)

**Tableau 3 Volonté d'implication des médecins généralistes dans les procédures collégiales de LATA et évaluation de leurs compétences.** LATA limitation(s) et arrêt(s) des thérapeutiques actives.

La communication des MG avec les médecins réanimateurs et les familles est détaillée dans le tableau 4. 104 (78,8%) MG déclaraient être toujours ou souvent sollicités par les familles pour mieux comprendre la situation à laquelle leurs proches faisaient face en réanimation. D'autre part, 99 (75,6%) pensaient que leurs interventions auprès des familles permettaient de faciliter la prise en charge du réanimateur.

<b>Communication entre médecins généralistes, réanimateur, famille des patients</b>	<b>n (%)</b>
<b>En général, contactez-vous le réanimateur lorsqu'un de vos patients est hospitalisé en réanimation ?</b>	
Toujours	22 (16,7)
Souvent	51 (38,6)
Occasionnellement	45 (34,1)
Jamais	14 (10,6)
<b>Les familles vous sollicitent-elles pour mieux comprendre la situation à laquelle leurs proches font face en réanimation ?</b>	
Toujours	36 (27,3)
Souvent	68 (51,5)
Occasionnellement	23 (17,4)
Jamais	5 (3,8)
<b>Pensez-vous être suffisamment à l'aise sur les LATA en réanimation pour informer les familles ?</b>	
Toujours	9 (6,9)
Souvent	64 (48,9)
Occasionnellement	46 (35,1)
Jamais	12 (9,2)
<b>Pensez-vous que votre intervention auprès des familles permet de faciliter la prise en charge des réanimateurs ?</b>	
Toujours	27 (20,6)
Souvent	72 (55)
Occasionnellement	29 (22,1)
Jamais	3 (2,3)

**Tableau 4 Évaluation de la communication entre les différents protagonistes autour du patient en situation de LATA : médecin généraliste, médecin réanimateur et entourage familial. LATA limitation(s) et arrêt(s) des thérapeutiques actives.**

Concernant les directives anticipées, le tableau 5 détaille la pratique des MG. 123 (93,2%) MG déclaraient avoir déjà recueilli des directives anticipées en consultation et 119 (90,2%) se déclaraient prêts à dédier une consultation à la fin de vie de leurs patients, notamment par la rédaction de ces directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance.

<b>Directives anticipées</b>	<b>n (%)</b>
<b>Avez-vous déjà recueilli des directives anticipées en consultation ?</b>	
Oui	123 (93,2)
Non	9 (6,8)
<b>Recueil des directives anticipées</b>	
Oral informel	10 (8,1)
Rédaction	113 (91,9)
<b>Seriez-vous prêt à dédier une consultation pour discuter / rédiger des directives anticipées et désigner une personne de confiance ?</b>	
Oui	119 (90,2)
Non	13 (9,8)

**Tableau 5 Évaluation des souhaits et pratiques des médecins généralistes concernant les directives anticipées.**

### **b. Les réanimateurs**

La pratique générale des réanimateurs lors d'une situation de limitation de soins est détaillée dans le tableau 6. Une majorité de réanimateurs (86,4%) considérait bien connaître la

législation. 77,2% estimaient toujours ou souvent solliciter un consultant extérieur. Néanmoins 36,4% d'entre eux faisaient toujours ou souvent appel au MG (63,6% d'entre eux de manière occasionnelle) alors que 90,9% déclaraient toujours ou souvent faire appel à un médecin spécialiste. De manière générale, les réanimateurs accordaient une place moyenne au MG lors des décisions de LATA à 59,1%, une place forte à 36,4%.

<b>Pratique des réanimateurs dans la procédure collégiale de LATA</b>	<b>n (%)</b>
<b>Pensez-vous suffisamment connaître la législation ?</b>	
Oui	19 (86,4)
Non	3 (13,6)
<b>Faites-vous appel à un consultant extérieur dans le cadre de la procédure collégiale de LATA ?</b>	
Toujours	3 (13,6)
Souvent	14 (63,6)
Occasionnellement	5 (22,8)
Jamais	0 (0)
<b>Faites-vous appel au médecin traitant ?</b>	
Toujours	0 (0)
Souvent	8 (36,4)
Occasionnellement	14 (63,6)
Jamais	0 (0)
<b>Faites-vous appel à un médecin spécialiste ?</b>	
Toujours	1 (4,5)
Souvent	19 (86,4)
Occasionnellement	2 (9,1)
Jamais	0 (0)
<b>Contactez-vous le médecin traitant même si vous avez eu l'avis du spécialiste ?</b>	
Toujours	0 (0)
Souvent	6 (27,3)
Occasionnellement	14 (63,6)
Jamais	2 (9,1)
<b>Quelle place accordez-vous à l'intervention du médecin traitant lors des décisions de LATA ?</b>	
Inexistante	0 (0)
Faible	1 (4,5)
Moyenne	13 (59,1)
Forte	8 (36,4)
Totale	0 (0)

**Tableau 6 Évaluation des pratiques des médecins réanimateurs dans les procédures collégiales de LATA.** LATA limitation(s) et arrêt(s) des thérapeutiques actives.

Enfin, plusieurs raisons étaient susceptibles d'expliquer le manque d'implication du MG par les réanimateurs à la procédure collégiale. Pour 63,6% des réanimateurs, le MG était injoignable ou difficilement joignable (manque de disponibilité en journée, nuit, WE, jours fériés...). 27,3% pensaient que le MG n'apportait pas d'aide lors de ce type de décision. 4,5% des réanimateurs évoquaient une méconnaissance de la loi de la part des MG. A noter que 36,4% des réanimateurs estimaient ne pas avoir le temps d'appeler le MG. 9,1% préféraient l'informer ultérieurement par un courrier.

## Discussion

Tous les ans, un nombre important de MG voit au moins un de leurs patients hospitalisés en réanimation et parmi ces patients, un nombre non négligeable fait l'objet d'une procédure de LATA (6,10–12).

Dans notre étude, la quasi-totalité des MG (89%) a eu au moins un patient hospitalisé en réanimation sur l'année 2020, et parmi eux, près de la moitié (47%) a eu connaissance de décisions de LATA pour leurs patients. Finalement, sur l'ensemble de ces LATA, moins de la moitié (47%) des MG a participé à la procédure collégiale (soit 20% de la population de MG étudiée).

Des résultats similaires, montrant une faible implication des MG par les réanimateurs aux procédures collégiales de LATA, sont retrouvés dans la littérature. En 2006, une étude observait que seulement 55% de MG avaient été informés et que seulement 40% estimaient avoir participé à la décision de LATA (30). En 2014, une étude a mis en évidence un taux de participation des MG extrêmement faible de 19% (31).

Cette participation insuffisante des MG paraît être en totale inadéquation avec leurs attentes et le bénéfice qu'ils semblent pouvoir apporter.

## 1. Motivation du MG et bénéfices apportés

Il paraît évident que les MG sont en demande de participation aux procédures collégiales. En effet, dans notre étude 86% souhaitaient être plus sollicités par les réanimateurs et 74% pensaient même que leur participation devait être obligatoire. Plusieurs autres études mettent en exergue des résultats similaires. 71% des MG estimaient leur participation indispensable dans une étude de 2006 (30), 66% dans une étude de 2014 (31). Dans une autre étude, 94% des MG estimaient que leur implication était primordiale et 68% souhaitaient toujours être contactés pour prendre part aux décisions de LATA (33).

Par ailleurs, lorsque les MG sont impliqués dans ces procédures, ils estiment avoir un impact non négligeable dans la décision collégiale. D'une part, notre étude a révélé qu'une majorité de MG (62%) pensait avoir un impact fort ou total. D'autre part, une autre étude a montré qu'environ 40% des MG estimaient avoir participé « activement » au processus de décision et donc avoir eu un impact (30).

Les patients présents en réanimation sont le plus souvent dans l'incapacité d'exprimer leurs volontés ; la communication avec la personne de confiance et la famille est donc fondamentale dans la prise en charge (6,8). L'intervention du MG semble être un élément primordial.

D'une part, elle fournit des informations capitales sur les antécédents, le degré d'autonomie des patients, l'état général, les volontés exprimées ou encore de potentielles directives anticipées.

D'autre part, elle permet d'améliorer la communication entre les différents acteurs de soins et les familles, facilitant ainsi la prise en charge des réanimateurs. Notre étude montre que dans la grande majorité des cas (79%) les familles prenaient contact avec le MG afin de mieux comprendre la situation à laquelle leurs proches étaient confrontés lors de leur séjour en réanimation. Par ailleurs, une majorité de MG (76%) pensaient que leur intervention auprès des familles permettait de faciliter la prise en charge des réanimateurs. Des résultats similaires sont retrouvés dans la littérature, 61% des MG étaient contactés par la famille dans une étude de 2006 (30), et 54% en 2020 (33). L'étude FAMIREA a montré que les familles s'estimaient satisfaites lorsque le MG intervenait afin d'effectuer un relais d'information des réanimateurs (34). Une autre étude a montré que les familles n'ayant pas reçu l'aide de leurs MG étaient plus susceptibles d'être insatisfaites de la prise en charge (35). Enfin, il a été constaté que le réanimateur prenait souvent contact avec le MG (50%) en cas de difficulté de communication avec la famille (36).

Tous ces éléments suggèrent que l'intervention du MG semble indispensable et permet d'apporter un réel bénéfice dans la prise en charge globale du patient. Pour les familles, son intervention permet une meilleure compréhension de la situation médicale et améliore la communication avec les équipes soignantes (35,37,38). Pour les réanimateurs, son intervention peut fournir une médiation précieuse et permet d'arbitrer les conflits éthiques (35).

## **2. Implication insuffisante des MG de la part des réanimateurs**

Il paraît licite de s'interroger sur les raisons de la faible implication des MG par les réanimateurs dans les procédures de LATA, malgré leur réelle volonté de participation ainsi que leur rôle clef auprès des familles.

Tout d'abord, il est important de souligner que le recours à l'avis d'un consultant extérieur reste encore trop rare dans les services de réanimation (8). Dans notre étude, les réanimateurs contactaient un consultant extérieur dans seulement 77% des cas. Ces résultats sont insuffisants au regard de la loi Léonetti, mais sont cohérents avec les données de la littérature. En 2008, une étude a montré qu'un consultant extérieur était contacté dans 64% des cas (39). En 2012, il était impliqué dans seulement 38% des cas en ce qui concerne les limitations de soins et 55% des cas pour les arrêts thérapeutiques (40). Enfin, en 2015, l'étude EPILAT a montré qu'un consultant extérieur intervenait dans moins de la moitié des cas (46%) (11).

Malgré ces données, notre étude fait apparaître que 86% des réanimateurs estimaient bien connaître la législation. Ces résultats sont concordants avec ceux d'une évaluation des pratiques sur la loi Léonetti qui a montré que 83% des réanimateurs estimaient avoir une bonne connaissance globale du cadre légal (41).

Dans notre étude, lorsque le consultant extérieur est contacté par les réanimateurs, le choix semble s'orienter majoritairement vers un médecin spécialiste (91%) plutôt que vers le MG (36%). Par ailleurs, une étude réalisée en 2014 a révélé que 81% des MG n'ont pas été inclus dans les procédures de LATA car les réanimateurs ne leur ont pas proposé (31). Ces résultats semblent suggérer que le MG n'est peut-être pas le consultant extérieur le plus approprié dans la phase « active » de discussion de LATA et ce pour plusieurs raisons.

### **a. Manque de disponibilité**

La participation insuffisante des MG aux décisions de LATA pourrait en partie être expliquée par un manque de disponibilité. En effet, dans notre étude, 64% des réanimateurs indiquaient que le manque de disponibilité des MG représentait une importante limitation à leur implication. Cet élément a également été mis en évidence dans plusieurs études où l'indisponibilité du consultant extérieur représentait le principal obstacle (41,42). Cependant plusieurs études s'intéressant au point de vue des MG, montrent que ces derniers estiment avoir suffisamment de temps, ce qui va à l'encontre du point de vue des réanimateurs. 88% des MG estimaient être suffisamment disponibles dans une étude de 2006 (30), et 78% dans une étude de 2014 (31).

De manière générale, la profession de médecin généraliste demande un investissement important auprès des patients avec une moyenne de 57 heures par semaine accordées à l'activité professionnelle (43). Cette marge amplitude horaire en fait théoriquement des médecins faciles

à contacter durant une grande partie de la journée. Le manque de disponibilité des MG ne semble donc pas être un facteur limitant leur participation aux décisions de LATA.

### **b. Méconnaissance de la loi**

Une méconnaissance de la loi permettrait également d'expliquer le manque d'implication des MG par les réanimateurs. Dans notre étude les MG estimaient eux-mêmes ne pas suffisamment connaître la loi (73%). Une étude réalisée en 2014 retrouvait des résultats concordants en objectivant cette méconnaissance de la loi pour 78% MG (31).

### **c. Cloisonnement ville-hôpital**

Les données de la littérature semblent mettre en évidence un cloisonnement entre le milieu hospitalier et le milieu libéral, notamment à cause de difficultés de communication entre les différents acteurs de soins (11,30,31). Dans notre étude, ces difficultés étaient mises en évidence, seulement 47% des MG ont été contactés par les réanimateurs pour participer à une procédure de LATA. Dans la littérature, le manque de communication est un critère d'insatisfaction majeur concernant les relations professionnelles, tant pour les MG (44) que pour les réanimateurs (36).

Néanmoins, dans notre étude, lorsque les MG étaient impliqués, le contact avec les réanimateurs pouvait être qualifié de très bon. En effet, les MG estimaient avoir reçu une information claire et une majorité estimait avoir été écoutée et incluse dans une véritable concertation pluridisciplinaire.

Ainsi, malgré un manque de communication entre ces deux spécialités, nous pouvons remarquer que, lorsque le dialogue est établi, les différents protagonistes s'estiment globalement satisfaits de la qualité de leurs échanges. Des solutions doivent donc être proposées afin de faciliter la collaboration entre réanimateurs et MG.

### **d. Divergence de point de vue entre MG et médecins réanimateurs**

Enfin, il semble apparaître une divergence de point de vue entre les réanimateurs et les MG au regard de l'impact de ces derniers dans la décision de LATA. Une majorité de réanimateurs (54,5%) qualifiait comme faible ou modéré l'impact du MG dans la décision tandis qu'une majorité de MG (62%) le qualifiait comme fort.

### 3. Perspectives

En résumé dans notre étude, les réanimateurs impliquent peu les MG aux procédures de LATA en raison de plusieurs éléments. Ils semblent juger insuffisant l'impact de ces derniers dans la décision en tant que consultant extérieur, à l'inverse des MG. Cette divergence d'opinions aboutit à une incompréhension et à un manque de communication entre ces deux spécialités.

Ce défaut d'implication laisse suggérer que le MG ne serait pas le consultant extérieur idéal aux yeux des réanimateurs. En effet, les réanimateurs ne font appel à lui comme consultant extérieur que dans seulement 36% des cas, alors qu'ils font appel dans la grande majorité des cas (91%) à un médecin spécialiste.

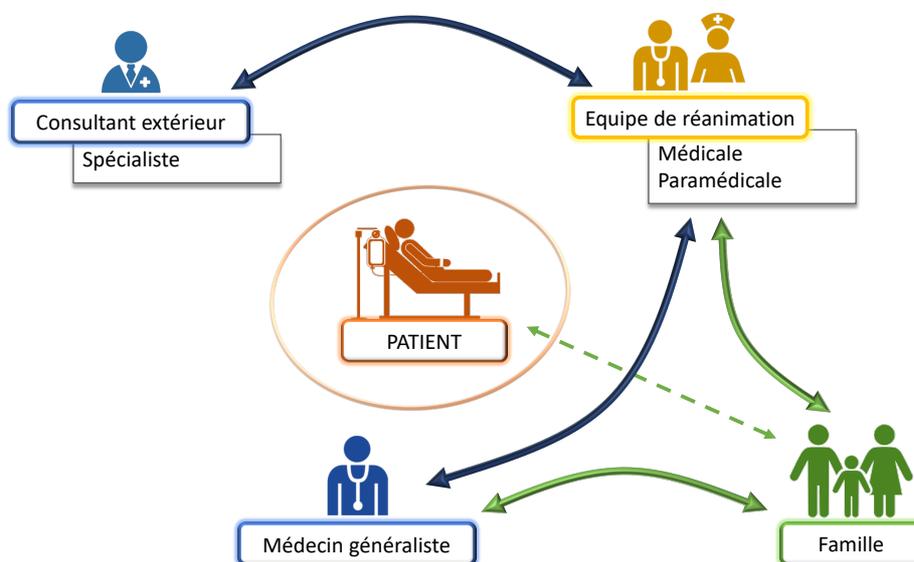
Nous pourrions émettre l'hypothèse que, dans ces situations complexes avec un pronostic souvent difficilement évaluable, l'avis d'un consultant extérieur spécialiste de la pathologie causale faciliterait la prise de décision et paraîtrait plus adapté (31). L'intervention d'un spécialiste serait ainsi plus pertinente pour évaluer la balance bénéfico-risque de la poursuite ou de l'arrêt de thérapies très spécifiques telles que l'assistance respiratoire, l'utilisation d'inotropes, l'épuration extra-rénale, ou l'ECMO.

Cependant, aucune étude n'a pu évaluer quel serait le consultant extérieur le plus approprié. Les recommandations de la SRLF proposent d'établir une liste de consultants extérieurs potentiels, dont le premier critère de sélection serait la bonne connaissance des textes de loi encadrant la fin de vie (8). Les résultats de notre étude, indiquant que la majorité des MG juge insuffisantes leurs connaissances des textes de loi, semblent suggérer que le MG ne serait pas le consultant extérieur le plus indiqué. D'autre part, selon les recommandations, le consultant extérieur doit donner un avis motivé, examiner le patient et notifier son avis dans le dossier, ce qui paraît difficile pour le MG d'un point de vue organisationnel (8,28).

Malgré cela, les réanimateurs interrogés dans notre étude accordent une réelle place au MG lors des décisions de LATA, bien qu'ils ne le contactent pas en tant que consultant extérieur à proprement parler. En effet, 59,1% des réanimateurs accordent au MG une place moyenne et 36,4% une place forte.

Bien que le MG ne semble pas être le consultant extérieur le plus adapté, nos résultats mettent en évidence son rôle primordial. Il est un apport indéniable dans la réflexion médicale car il possède un point de vue différent de celui du réanimateur permettant donc d'enrichir la collégialité. Par ailleurs, il apparaît indispensable notamment pour assurer le lien avec les familles en intervenant d'une part comme relais d'information et d'autre part comme médiateur afin d'arbitrer les conflits pouvant survenir lors de ce type de décision.

Nous pourrions donc imaginer la création d'un rôle spécifique au MG lors des décisions de LATA. Il serait un « troisième intervenant » dont la fonction s'articulerait avec l'équipe soignante et le consultant extérieur (figure 8).



**Figure 8** Proposition d'organisation de la collégialité pour chaque procédure de LATA

Son rôle ne se cantonnerait pas à rendre un avis éclairé sur la poursuite ou non de thérapeutiques très spécifiques. Cela permettrait également de mettre en avant dans la discussion certains éléments majeurs que seul le médecin traitant est en mesure de connaître comme l'autonomie du patient et les volontés qu'il aurait pu antérieurement exprimer. Par ailleurs, une fonction de référent auprès des familles pourrait également lui être attribuée au vu de la relation de confiance construite au fil du temps le patient et son entourage. Ainsi, ce rôle permettrait aux MG d'être inclus dans les discussions de LATA de manière plus systématique, compte tenu de leurs connaissances globales des patients, de leur environnement, de leur entourage, et leur lien privilégié avec les familles.

Par ailleurs, ce rôle renforcerait leurs interventions en amont de ces décisions de LATA, notamment par l'aide à la rédaction des directives anticipées, d'autant plus que notre étude met en évidence un réel intérêt des MG pour le recueil de ces directives. Par ailleurs, la quasi-totalité d'entre eux se déclarait prêt à dédier une consultation sur la fin de vie. Les MG ont un rôle primordial dans la sensibilisation de leurs patients à ces problématiques. En effet, les MG doivent être encouragés à discuter des problèmes de fin de vie avec leurs patients et leurs familles. Ces discussions doivent avoir lieu avant que ces situations ne surviennent, afin que les familles soient préparées le moment venu à d'éventuelles limitations de soins (45,46).

Ainsi, ces améliorations de pratique passent par un renforcement de nos apprentissages. Ces conclusions suggèrent que les professionnels de santé dont les MG doivent être formés aux bonnes pratiques concernant la fin de vie (47).

#### **4. Limites de l'étude**

Nous avons utilisé un questionnaire auto-administré qui a été complété par les MG du département des Landes sur la base du volontariat. Nous pouvons donc penser que les MG les plus souvent confrontés à des LATA ou ceux particulièrement intéressés auront probablement plus eu tendance à répondre à ce questionnaire créant ainsi un biais de sélection dans la population étudiée. Ceci a donc pu influencer certains de nos résultats. D'autre part, il s'agit d'une étude réalisée dans le département des Landes, les résultats ne sont peut-être pas extrapolables à l'ensemble du territoire. Cependant, la plupart de nos données (taux de participation des MG, proportion de recours au consultant extérieur) sont similaires à ceux de la littérature. Cela nous permet de penser que notre étude est valide.

Notre étude possède une composante très subjective en se basant sur un recueil déclaratif de données principalement qualitatives. Elle peut donc comporter certaines erreurs d'appréciation des répondants. Le taux de participation important couplé à notre méthodologie de recueil selon une échelle de type Likert permettent de penser que notre enquête est représentative de la pratique.

Enfin, notre étude s'étant déroulé lors de la pandémie COVID-19, nous pouvons penser que le contexte sanitaire de ces deux dernières années a grandement modifié le panel de patients pris en charge en réanimation et a pu donc indirectement modifier la répartition des LATA et donc les réponses de certains professionnels de santé quant à leur implication dans ces procédures.

# Conclusion

Les MG ont un rôle déterminant dans le processus de réflexion collégiale, notamment grâce à leurs connaissances approfondies de leurs patients et la relation de confiance construite avec ces derniers et leurs familles. Cependant, leur implication par le réanimateur en tant que consultant extérieur dans les procédures collégiales de LATA reste faible.

Dans la pratique, le MG ne semble pas constituer le consultant extérieur idéal. Cependant, son inclusion dans la réflexion médicale au vu de sa connaissance globale du patient semble indispensable. De par sa position, il permet également d'assurer le lien avec les familles en intervenant comme relais d'information et comme médiateur dans ces situations éthiques complexes.

Il conviendrait donc de définir une place au MG dans ces décisions comme un « troisième intervenant » qui s'articulerait avec l'équipe soignante et le consultant extérieur. Ce rôle renforcerait son intervention en amont des décisions de LATA par un échange anticipé avec les réanimateurs.

Enfin, il conviendrait également de proposer des axes d'amélioration pragmatiques permettant un renforcement du lien ville-hôpital. Une sensibilisation au milieu de la réanimation, du pronostic et des séquelles, ainsi qu'une formation à la législation permettraient d'améliorer la collaboration MG – réanimateurs.

# Bibliographie

1. Lalande F, Veber O. La mort à l'hôpital. 2009. (Rapport de l'inspection générale des affaires sociales). Report No.: RM2009-124P.
2. Observatoire national de la fin de vie. 2011 p. 268. (Fin de vie : un premier état des lieux). Report No.: Rapport 2011.
3. L'état de santé de la population en France - Rapport 2017 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
4. Smedira NG, Evans BH, Grais LS, Cohen NH, Lo B, Cooke M, et al. Withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *N Engl J Med*. 1 févr 1990;322(5):309-15.
5. Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med*. oct 1998;158(4):1163-7.
6. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. *The Lancet*. 6 janv 2001;357(9249):9-14.
7. Ferrand E. Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte. Recommandations de la Société de réanimation de langue française. *Réanimation*. sept 2002;11(6):442-9.
8. Société de réanimation de langue. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des recommandations de la Société de réanimation de langue française. *Réanimation*. déc 2010;19(8):679-98.
9. Sprung CL, Cohen SL, Sjkovist P, Baras M, Bulow H-H, Hovilehto S, et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA*. 13 août 2003;290(6):790-7.
10. Azoulay E, Metnitz B, Sprung CL, Timsit J-F, Lemaire F, Bauer P, et al. End-of-life practices in 282 intensive care units: data from the SAPS 3 database. *Intensive Care Med*. avr 2009;35(4):623-30.
11. EPILAT study group, Lesieur O, Leloup M, Gonzalez F, Mamzer M-F. Withholding or withdrawal of treatment under French rules: a study performed in 43 intensive care units. *Ann Intensive Care*. déc 2015;5(1):15.
12. Sprung CL, Ricou B, Hartog CS, Maia P, Mentzelopoulos SD, Weiss M, et al. Changes in End-of-Life Practices in European Intensive Care Units From 1999 to 2016. *JAMA*. 2 oct 2019;1-12.
13. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. 91-748 juill 31, 1991.
14. Article L1110-10. Code de la santé publique.
15. Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. 99-

477 juin 9, 1999.

16. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.

17. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. 2005-370 avr 22, 2005.

18. Décret n°2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006-119 févr 6, 2006.

19. Décret n°2006-120 du 6 février 2006 relatif à la procédure collégiale prévue par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006-119 févr 6, 2006.

20. Article 37 - Soulagement des souffrances/Non obstination déraisonnable. Code de déontologie.

21. Article R4127-37. Code de la santé publique.

22. Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. 2016-87 févr 2, 2016.

23. Décret n° 2016-1066 du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale et relatif aux procédures collégiales et au recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès prévus par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. 2016-1066 août 3, 2016.

24. Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. 2016-1067 août 3, 2016.

25. Article 37-2 - Limitation ou arrêt de traitement. Code de déontologie.

26. Article R4127-37-2. Code de la santé publique.

27. Article L1111-12. Code de la santé publique.

28. Article 60 - Appel à un consultant ou spécialiste. Code de déontologie.

29. Article R4127-60. Code de la santé publique.

30. Ferrand E, Jabre P, Fernandez-Curiel S, Morin F, Vincent-Genod C, Duvaldestin P, et al. Participation of French general practitioners in end-of-life decisions for their hospitalised patients. *J Med Ethics*. 1 déc 2006;32(12):683-7.

31. Le Meur M, Lainé L, Roucaud N, Muller N, Paulet R, Thyrault M, et al. Implication insuffisante des médecins généralistes lors des décisions de limitation et/ou d'arrêt des traitements au sein d'un service de réanimation. *Presse Médicale*. nov 2014;43(11):e377-83.

32. Le Conte P, Riochet D, Batard E, Volteau C, Giraudeau B, Arnaudet I, et al. Death in

emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. *Intensive Care Med.* 1 mai 2010;36(5):765-72.

33. Douplat M, Daoud K, Berthiller J, Schott A-M, Potinet V, Coz PL, et al. Poor Involvement of General Practitioners in Decisions of Withholding or Withdrawing Life-Sustaining Treatment in Emergency Departments. *J Gen Intern Med.* 1 janv 2020;35(1):177-81.
34. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, Le Gall JR, et al. Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med.* janv 2001;163(1):135-9.
35. Azoulay E, Pochard F, Moreau D, Fieux F, Thiery G, Le Gall JR, et al. Informing Family Members of Critically Ill Patients: *Clin Pulm Med.* nov 2002;9(6):330-4.
36. de Laitre V, Lefrant J-Y, Jaber S, Baudot J, Papazian L, Muller L, et al. Relations entre médecin traitant et médecin réanimateur : l'opinion des réanimateurs de huit départements du sud de la France. *Ann Fr Anesth Réanimation.* 1 mai 2006;25(5):493-500.
37. Azoulay E, Cattaneo I, Ferrand E, Pochard F. L'information au patient en réanimation et à ses proches : le point de vue de la SRLF. *Réanimation.* sept 2001;10(6):S1164675601001694.
38. Azoulay E, Chevret S, Leleu G, Pochard F, Barboteu M, Adrie C, et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians: *Crit Care Med.* août 2000;28(8):3044-9.
39. Reignier J, Dumont R, Katsahian S, Martin-Lefevre L, Renard B, Fiancette M, et al. Patient-related factors and circumstances surrounding decisions to forego life-sustaining treatment, including intensive care unit admission refusal. *Crit Care Med.* juill 2008;36(7):2076-83.
40. Pennec S, Monnier A, Pontone S, Aubry R. End-of-life medical decisions in France: a death certificate follow-up survey 5 years after the 2005 act of parliament on patients' rights and end of life. *BMC Palliat Care.* 3 déc 2012;11:25.
41. Robert R, Salomon L, Haddad L, Graftieaux J-P, Eon B, Dreyfuss D, et al. End of life in the intensive care unit: should French law be adapted? *Ann Intensive Care.* 25 févr 2014;4(1):6.
42. Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Zittoun R. Toward an ethical consultation in intensive care? *Crit Care Med.* juill 2001;29(7):1489-90.
43. Jakoubovitch S, Bournot MC, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. *DREES Études Résultats.* mars 2012;797:8.
44. Etesse B, Jaber S, Mura T, Leone M, Constantin J-M, Michelet P, et al. How the relationships between general practitioners and intensivists can be improved: the general practitioners' point of view. *Crit Care Lond Engl.* 2010;14(3):R112.
45. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Adrie C, Bollaert P-E, Brun F, et al. Opinions about

surrogate designation: a population survey in France. *Crit Care Med.* juin 2003;31(6):1711-4.

46. Abbott KH, Sago JG, Breen CM, Abernethy AP, Tulsky JA. Families looking back: one year after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support. *Crit Care Med.* janv 2001;29(1):197-201.

47. Stevens L, Cook D, Guyatt G, Griffith L, Walter S, McMullin J. Education, ethics, and end-of-life decisions in the intensive care unit. *Crit Care Med.* févr 2002;30(2):290-6.

# Annexes

## Annexe 1 : Questionnaire évaluant le ressenti du médecin généraliste quant à son impact dans les décisions de limitation(s) et arrêt(s) des thérapeutiques actives (LATA) en réanimation

### Généralités

1. Qui êtes-vous ? \*

*Une seule réponse possible.*

Homme

Femme

2. Quel âge avez-vous ? \*

\_\_\_\_\_

3. Quelle est votre année de thèse ? \*

\_\_\_\_\_

4. Quelle est votre année d'installation ? \*

\_\_\_\_\_

5. Quelle est votre condition d'exercice ? \*

*Une seule réponse possible.*

Seul

Collaboration

6. Quel est votre milieu d'exercice ? \*

*Une seule réponse possible.*

Rural

Semi-rural

Urbain

7. Êtes-vous passé en stage de réanimation lors de votre formation (externat, internat...)? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

#### Les limitation(s) et arrêt(s) des thérapeutiques actives (LATA)

8. Avez-vous déjà été contacté par un réanimateur pour prendre part à une discussion de LATA pour un de vos patients? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

9. Combien de vos patients ont été hospitalisé en réanimation au cours de l'année 2020? \*

*Une seule réponse possible.*

- 0  
 1  
 2  
 3  
 4  
 Plus de 5

10. Selon vos informations sur leurs hospitalisations, combien ont fait l'objet d'une décision de LATA (au cours de l'année 2020) ?

*Une seule réponse possible.*

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- Plus de 5

11. Combien de fois avez-vous été contacté par un réanimateur pour prendre part à cette discussion de LATA (au cours de l'année 2020) ?

*Une seule réponse possible.*

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- Plus de 5

**Si vous avez été contacté par un réanimateur au cours de l'année 2020 pour prendre part à une discussion de LATA, répondez aux questions suivantes**

12. Avez-vous réussi à vous faire une bonne représentation de la situation clinique décrite par le réanimateur ?

*Une seule réponse possible.*

- Toujours  
 Souvent  
 Occasionnellement  
 Jamais

13. L'information délivrée par le réanimateur vous a-t-elle parue claire ?

*Une seule réponse possible.*

- Toujours  
 Souvent  
 Occasionnellement  
 Jamais

14. Comment avez-vous ressenti votre impact dans la décision collégiale ?

*Une seule réponse possible.*

- Inexistant  
 Faible  
 Moyen  
 Fort  
 Total

15. Avez-vous eu l'impression que cet échange relevait seulement d'une information ?

*Une seule réponse possible.*

- Toujours
- Souvent
- Occasionnellement
- Jamais

16. Avez-vous eu l'impression que cet échange relevait au contraire d'une véritable concertation pluridisciplinaire ?

*Une seule réponse possible.*

- Toujours
- Souvent
- Occasionnellement
- Jamais

17. Pensez-vous que votre intervention a influencé la prise en charge de votre patient ?

*Une seule réponse possible.*

- Toujours
- Souvent
- Occasionnellement
- Jamais

18. Avez-vous eu l'impression que votre avis a été écouté et pris en compte ?

*Une seule réponse possible.*

- Toujours
- Souvent
- Occasionnellement
- Jamais

#### Implication, communication et directives anticipées

19. Souhaiteriez-vous être plus sollicité pour prendre part à des décisions de LATA ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

20. Pensez-vous qu'il faille obligatoirement inclure le médecin traitant dans ce type de décision ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

21. Pensez-vous être suffisamment compétent / légitime ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

22. Pensez-vous suffisamment connaître la législation ? \*

*Une seule réponse possible.*

Oui

Non

#### Communication médecin généraliste / réanimateur / famille

23. En général, contactez-vous le réanimateur lorsqu'un de vos patients est hospitalisé en réanimation ? \*

*Une seule réponse possible.*

Toujours

Souvent

Occasionnellement

Jamais

24. Les familles vous sollicitent-elles pour mieux comprendre la situation à laquelle leurs proches font face en réanimation ? \*

*Une seule réponse possible.*

Toujours

Souvent

Occasionnellement

Jamais

25. Pensez-vous être suffisamment à l'aise sur les LATA en réanimation pour informer les familles ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Toujours  
 Souvent  
 Occasionnellement  
 Jamais

26. Pensez-vous que votre intervention auprès des familles permet de faciliter la prise en charge des réanimateurs ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Toujours  
 Souvent  
 Occasionnellement  
 Jamais

#### **Les directives anticipées**

27. Avez-vous déjà recueilli des directives anticipées en consultation ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui  
 Non

28. Si oui, s'agit-t'il d'un ?

*Une seule réponse possible.*

- Recueil oral informel  
 Recueil par rédaction

29. Seriez-vous prêt à dédier une consultation pour discuter / rédiger des directives anticipées et désigner une personne de confiance ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

#### Commentaire libre

30. Pour toute remarque sur le sujet vous pouvez vous exprimer librement ci-dessous. Merci

---

---

---

---

---

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

## Annexe 2 : Questionnaire de refus de participation

### Refus de participation

Cher confrère, chère consœur,

Merci de prendre le temps de répondre à cette unique question si jamais vous ne souhaitez pas prendre part à cette étude concernant le ressenti du médecin traitant quant à son impact dans les décisions de limitation(s) et arrêt(s) des thérapeutiques actives (LATA) en réanimation.

En effet, cela sera déterminant pour la qualité et la validité des résultats.

Bien confraternellement,

Jean-Baptiste ETCHEVERRY

Dr AUVET Adrien (Service de réanimation médico-chirurgicale adulte et USC, CH Dax)

#### 1. Pourquoi ne souhaitez-vous pas répondre à cette étude ?

*Une seule réponse possible.*

- Manque de temps
- Non concerné par le sujet
- Trop souvent sollicité pour répondre à des questionnaires de thèse
- Désintérêt concernant la communication avec les médecins hospitaliers
- Pas d'intérêt à effectuer un travail de recherche en médecine générale
- Autre

#### 2. Pour toute remarque sur le sujet vous pouvez vous exprimer librement ci-dessous. Merci

---

---

---

---

---

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

**Annexe 3** : Questionnaire destiné aux réanimateurs sur le regard croisé réanimateur / médecin généraliste quant à l'impact de ce dernier dans les décisions de limitation(s) et arrêt(s) des thérapeutiques actives (LATA) en réanimation

Généralité

1. Qui êtes-vous ? \*

*Une seule réponse possible.*

Homme

Femme

2. Quel âge avez-vous ? \*

\_\_\_\_\_

3. Quelle est votre année de thèse ? \*

\_\_\_\_\_

4. Quelle est l'année de votre prise de poste en réanimation ? \*

\_\_\_\_\_

5. Quel est votre lieu d'exercice ? \*

*Une seule réponse possible.*

Bayonne

Bordeaux

Dax

Mont-de-Marsan

Pau

6. Quel est votre spécialité de formation ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Anesthésie réanimation (AR)
- Médecine intensive réanimation (MIR)
- Spécialité médicale et DESC de réanimation médicale
- Médecine d'urgence
- Autre

#### Décision collégiale de LATA

7. Pensez-vous suffisamment connaître la législation ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Oui
- Non

8. Faites-vous appel à un consultant extérieur dans le cadre de la procédure collégiale de LAT ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Toujours
- Souvent
- Occasionnellement
- Jamais

9. Faites-vous appel au médecin traitant ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Toujours
- Souvent
- Occasionnellement
- Jamais

10. Faites-vous appel à un médecin spécialiste ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Toujours
- Souvent
- Occasionnellement
- Jamais

11. Contactez-vous le médecin traitant même si vous avez eu l'avis du spécialiste ? \*

*Une seule réponse possible.*

- Toujours
- Souvent
- Occasionnellement
- Jamais

12. Quelle place accordez-vous à l'intervention du médecin traitant lors des décisions de LAT.

*Une seule réponse possible.*

- Inexistante
- Faible
- Moyenne
- Forte
- Totale

**Dans les situations où vous avez contacté le médecin traitant**

13. Pensez-vous avoir réussi à donner une bonne représentation de la situation clinique ?

*Une seule réponse possible.*

- Toujours
- Souvent
- Occasionnellement
- Jamais

14. Pensez-vous avoir délivré une information claire ?

*Une seule réponse possible.*

- Toujours
- Souvent
- Occasionnellement
- Jamais

15. De manière générale, comment qualifiez-vous l'impact du médecin traitant dans la décision de LATA ?

*Une seule réponse possible.*

- Inexistant
- Faible
- Moyen
- Fort
- Total

16. Avez-vous eu l'impression que cet échange relevait seulement d'une information ?

*Une seule réponse possible.*

- Toujours
- Souvent
- Occasionnellement
- Jamais

17. Avez-vous eu l'impression que cet échange relevait au contraire d'une véritable concertation pluridisciplinaire ?

*Une seule réponse possible.*

- Toujours
- Souvent
- Occasionnellement
- Jamais

18. Pensez-vous que l'intervention du médecin généraliste a influencé la prise en charge du patient ?

*Une seule réponse possible.*

- Toujours
- Souvent
- Occasionnellement
- Jamais

**Dans les situations où le médecin traitant n'est pas intégré dans la décision de LATA**

19. Quelles en sont les raisons ?

*Plusieurs réponses possibles.*

- Le médecin traitant est injoignable ou difficilement joignable (manque de disponibilité en journée nuit, WE, jours fériés...)
- Le médecin traitant n'apporte pas d'aide pour ce type de décision
- Méconnaissance de la loi de la part du médecin traitant
- Manque de temps de votre part
- Vous préférez informer le médecin traitant à posteriori par d'autres moyens (lettre, mail...)
- Autre

**Commentaire libre**

20. Pour toute remarque sur le sujet vous pouvez vous exprimer librement ci-dessous. Merci

---

---

---

---

---

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

#### **Annexe 4 : Parole de réanimateurs**

« Il est en général plus facile pour nous de demander dans les situations complexes l'avis d'un médecin extérieur, en général anesthésiste réanimateur, d'un service attendant n'appartenant pas au notre, notamment compte tenu de certaines limitations sur des évolutions terminales de patients avec pathologies complexes et spécialisées. Cependant, l'apport du médecin traitant semble primordial sur les souhaits que son patient aurait pu lui exprimer quant à une éventuelle dépendance future, un souhait d'éviter toute prise en charge lourde, ou encore simplement pour recontextualiser le patient dans son lieu de vie, ses activités et son confort habituel de vie. En cela, le médecin traitant devrait être systématiquement contacté et interrogé »

« Le médecin traitant est rarement le consultant extérieur que je choisirais pour la LATA elle-même car c'est parfois difficile de lui demander cela vu la proximité qu'il a avec le patient (il n'est pas vraiment un intervenant « extérieur ») - sauf quand celui-ci s'est exprimé ou a un parcours de soin avec son médecin traitant qui rendent les choses claires et simples. En outre il a souvent une méconnaissance de la réanimation et surtout des séquelles au décours en termes d'autonomie et de qualité de vie ou du pronostic de certaines pathologies spécifiques ce qui oriente plutôt vers l'intégration d'un spécialiste d'organe dans la décision de LATA. Par contre, le médecin traitant est un recours absolument indispensable et le plus systématique possible au cours de la discussion menant à la décision car il connaît le patient, son parcours de soins, sa volonté s'il l'a exprimé (et ce de façon souvent plus pertinente que les directives anticipées parfois difficiles à rédiger hors contexte) son contexte social, son entourage, etc.... toutes choses absolument nécessaire à essayer de respecter au mieux la volonté du patient et à proposer une prise en charge et un niveau de soins en corps avec celle-ci »

« L'avis du médecin traitant est déterminant pour donner les informations que nous n'avons pas à disposition par la famille et le dossier médical pour argumenter une décision. L'avis du médecin traitant est souvent peu contributif dans la prise de décision à proprement parler »

« Nous contactons le médecin traitant pour savoir les conditions de vie antérieures à la réanimation, et la présence ou non de directives anticipées. Nous demandons souvent au médecin traitant d'intervenir auprès de la famille pour expliquer les décisions de LATA. Il est difficile de faire intervenir le médecin traitant au moment où la réunion collégiale a lieu ; c'est donc souvent plus un éventuel avis et surtout une information qu'une véritable participation à la décision. »

**Annexe 5** : Analyse croisée du ressenti du réanimateur vs médecin généraliste concernant leur implication dans les procédures collégiales de LATA. MG médecin généraliste, LATA limitation(s) et arrêt(s) des thérapeutiques actives.

	MG (n = 26)	Réanimateurs (n = 22)
Pour les MG : Avez-vous réussi à vous faire une bonne représentation de la situation clinique décrite par le réanimateur ?		
Pour les réanimateurs : Pensez-vous avoir réussi à donner une bonne représentation de la situation clinique ?		
Toujours	17 (65,4)	7 (31,8)
Souvent	8 (30,8)	13 (59,1)
Occasionnellement	0 (0)	2 (9,1)
Jamais	1 (3,8)	0 (0)
Pour les MG : L'information délivrée par le réanimateur vous a-t-elle parue claire ?		
Pour les réanimateurs : Pensez-vous avoir délivré une information claire ?		
Toujours	18 (69,2)	9 (40,9)
Souvent	6 (23,1)	13 (59,1)
Occasionnellement	0	0 (0)
Jamais	2 (7,7)	0 (0)
Pour les MG : Comment avez-vous ressenti votre impact dans la décision collégiale ?		
Pour les réanimateurs : De manière générale, comment qualifiez-vous l'impact du MG dans la décision de LATA ?		
Inexistant	1 (3,8)	0 (0)
Faible	4 (15,4)	5 (22,7)
Moyen	5 (19,2)	7 (31,8)
Fort	13 (50)	10 (45,5)
Total	3 (11,5)	0 (0)
Avez-vous eu l'impression que cet échange relevait seulement d'une information ?		
Toujours	2 (7,7)	0 (0)
Souvent	7 (26,9)	11 (50)
Occasionnellement	5 (19,2)	10 (45,5)
Jamais	12 (46,2)	1 (4,5)
Avez-vous eu l'impression que cet échange relevait au contraire d'une véritable concertation pluridisciplinaire ?		
Toujours	13 (50)	1 (4,5)
Souvent	3 (11,5)	7 (31,8)
Occasionnellement	7 (26,9)	11 (50)
Jamais	3 (11,5)	3 (13,6)
Avez-vous eu l'impression que votre avis a été écouté et pris en compte ?		
Toujours	10 (38,5)	
Souvent	9 (34,6)	
Occasionnellement	5 (19,2)	
Jamais	2 (7,7)	
Pour les MG : Pensez-vous que votre intervention a influencé la prise en charge de votre patient ?		
Pour les réanimateurs : Pensez-vous que l'intervention du MG a influencé la prise en charge du patient ?		
Toujours	4 (15,4)	1 (4,5)
Souvent	6 (23,1)	8 (36,4)
Occasionnellement	11 (42,3)	13 (59,1)
Jamais	5 (19,2)	0 (0)

# Serment d'Hippocrate

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

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

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

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

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

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

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

# Résumé

**Introduction :** Dans le cadre de la procédure collégiale de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives (LATA) en réanimation, le médecin généraliste (MG) peut être contacté comme consultant extérieur. Devant un faible taux de participation, nous avons étudié leur implication par les réanimateurs et recueilli leur ressenti.

**Objectif :** Notre étude a évalué la place du MG dans la procédure collégiale de LATA en réanimation.

**Matériels et méthodes :** Étude observationnelle, rétrospective sur l'année 2020 réalisée par un envoi de questionnaire auprès des MG du département des Landes et des médecins réanimateurs des centres hospitaliers du territoire.

**Résultats :** Lorsqu'une procédure de LATA était engagée, les MG ont été sollicités par les réanimateurs dans 47,2% des cas. Parmi ces MG, 61,5% pensaient avoir un impact fort ou total dans la procédure collégiale, et 54,5% des réanimateurs le qualifiaient comme faible ou moyen. 85,6% des MG souhaiteraient être plus sollicités et 78,8% s'estimaient compétent. 78,8% étaient sollicités par les familles. Parmi les réanimateurs, 77,2% sollicitaient un consultant extérieur. 36,4% faisaient appel au MG alors que 90,9% faisaient appel à un spécialiste. Lors des décisions de LATA, 59,1% des réanimateurs accordaient une place moyenne au MG, 36,4% une place forte.

**Conclusion :** Le MG est peu contacté comme consultant extérieur, cependant son implication dans la procédure collégiale semble indispensable compte tenu de sa connaissance globale du patient et de son environnement. Il conviendrait de définir une place au MG dans ces décisions comme « troisième intervenant » qui s'articulerait avec l'équipe soignante et le consultant extérieur.

---

**Titre en anglais :** General practitioner's role in making decisions of withholding or withdrawing of life support in intensive care unit

---

**Discipline :** Médecine générale

---

**Mots clefs :** LATA, réanimation, médecin généraliste

---