

2017-2018

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en médecine générale

Contribution des médecins généralistes (MG) dans les décisions de limitation et d'arrêt des thérapeutiques actives (LATA) en réanimation ?

Enquête à partir du service
de médecine intensive et réanimation du CHU d'Angers.

LEFEBVRE Marine

Née le 8 décembre 1990 à Villers Semeuse (08)

Sous la direction du Dr GUINEBERTEAU Clément

Membres du jury

| | |
|--|-----------|
| Monsieur le Professeur Nicolas LEROLLE | Président |
| Monsieur le Docteur Clément GUINEBERTEAU | Directeur |
| Monsieur le Professeur Pierre ASFAR | Membre |
| Monsieur le Professeur Laurent CONNAN | Membre |

Soutenue publiquement le :
16 novembre 2018



**FACULTÉ
DE SANTÉ**
UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussignée, Marine LEFEBVRE,
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **16/11/2018**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Nicolas Lerolle

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric Lagarce

Directeur du département de médecine : Pr Cédric Annweiler

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

| | | |
|-----------------------------|--|-----------|
| ABRAHAM Pierre | Physiologie | Médecine |
| ANNWEILER Cédric | Gériatrie et biologie du vieillissement | Médecine |
| ASFAR Pierre | Réanimation | Médecine |
| AUBE Christophe | Radiologie et imagerie médicale | Médecine |
| AUGUSTO Jean-François | Néphrologie | Médecine |
| AZZOUZI Abdel Rahmène | Urologie | Médecine |
| BARON-HAURY Céline | Médecine générale | Médecine |
| BAUFRETON Christophe | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire | Médecine |
| BENOIT Jean-Pierre | Pharmacotechnie | Pharmacie |
| BEYDON Laurent | Anesthésiologie-réanimation | Médecine |
| BIGOT Pierre | Urologie | Médecine |
| BONNEAU Dominique | Génétique | Médecine |
| BOUCHARA Jean-Philippe | Parasitologie et mycologie | Médecine |
| BOUVARD Béatrice | Rhumatologie | Médecine |
| BOURSIER Jérôme | Gastroentérologie ; hépatologie | Médecine |
| BRIET Marie | Pharmacologie | Médecine |
| CAILLIEZ Éric | Médecine générale | Médecine |
| CALES Paul | Gastroentérologie ; hépatologie | Médecine |
| CAMPONE Mario | Cancérologie ; radiothérapie | Médecine |
| CAROLI-BOSC François-Xavier | Gastroentérologie ; hépatologie | Médecine |
| CHAPPARD Daniel | Cytologie, embryologie et cytogénétique | Médecine |
| CONNAN Laurent | Médecine générale | Médecine |
| COUTANT Régis | Pédiatrie | Médecine |
| COUTURIER Olivier | Biophysique et médecine nucléaire | Médecine |
| CUSTAUD Marc-Antoine | Physiologie | Médecine |
| DE BRUX Jean-Louis | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire | Médecine |
| DESCAMPS Philippe | Gynécologie-obstétrique | Médecine |
| DINOMAS Mickaël | Médecine physique et de réadaptation | Médecine |
| DIQUET Bertrand | Pharmacologie | Médecine |
| DUCANCELLE Alexandra | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière | Médecine |
| DUVAL Olivier | Chimie thérapeutique | Pharmacie |
| DUVERGER Philippe | Pédopsychiatrie | Médecine |
| EVEILLARD Mathieu | Bactériologie-virologie | Pharmacie |
| FANELLO Serge | Épidémiologie ; économie de la santé et prévention | Médecine |
| FAURE Sébastien | Pharmacologie physiologie | Pharmacie |
| FOURNIER Henri-Dominique | Anatomie | Médecine |
| FURBER Alain | Cardiologie | Médecine |
| GAGNADOUX Frédéric | Pneumologie | Médecine |
| GARNIER François | Médecine générale | Médecine |
| GASCOIN Géraldine | Pédiatrie | Médecine |
| GOHIER Bénédicte | Psychiatrie d'adultes | Médecine |
| GRANRY Jean-Claude | Anesthésiologie-réanimation | Médecine |
| GUARDIOLA Philippe | Hématologie ; transfusion | Médecine |

| | | |
|---------------------------|--|-----------|
| GUILLET David | Chimie analytique | Pharmacie |
| HAMY Antoine | Chirurgie générale | Médecine |
| HUNAUULT-BERGER Mathilde | Hématologie ; transfusion | Médecine |
| IFRAH Norbert | Hématologie ; transfusion | Médecine |
| JEANNIN Pascale | Immunologie | Médecine |
| KEMPF Marie | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière | Médecine |
| LACCOURREYE Laurent | Oto-rhino-laryngologie | Médecine |
| LAGARCE Frédéric | Biopharmacie | Pharmacie |
| LARCHER Gérald | Biochimie et biologie moléculaires | Pharmacie |
| LASOCKI Sigismond | Anesthésiologie-réanimation | Médecine |
| LEGRAND Erick | Rhumatologie | Médecine |
| LERMITE Émilie | Chirurgie générale | Médecine |
| LEROLLE Nicolas | Réanimation | Médecine |
| LUNEL-FABIANI Françoise | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière | Médecine |
| MARCHAIS Véronique | Bactériologie-virologie | Pharmacie |
| MARTIN Ludovic | Dermato-vénéréologie | Médecine |
| MENEI Philippe | Neurochirurgie | Médecine |
| MERCAT Alain | Réanimation | Médecine |
| MERCIER Philippe | Anatomie | Médecine |
| PAPON Nicolas | Parasitologie mycologie | Pharmacie |
| PASSIRANI Catherine | Chimie générale | Pharmacie |
| PELLIER Isabelle | Pédiatrie | Médecine |
| PICQUET Jean | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire | Médecine |
| PODEVIN Guillaume | Chirurgie infantile | Médecine |
| PROCACCIO Vincent | Génétique | Médecine |
| PRUNIER Fabrice | Cardiologie | Médecine |
| REYNIER Pascal | Biochimie et biologie moléculaire | Médecine |
| RICHARD Isabelle | Médecine physique et de réadaptation | Médecine |
| RICHOMME Pascal | Pharmacognosie | Pharmacie |
| RODIEN Patrice | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques | Médecine |
| ROHMER Vincent | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques | Médecine |
| ROQUELAURE Yves | Médecine et santé au travail | Médecine |
| ROUGE-MAILLART Clotilde | Médecine légale et droit de la santé | Médecine |
| ROUSSEAU Audrey | Anatomie et cytologie pathologiques | Médecine |
| ROUSSEAU Pascal | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique | Médecine |
| ROUSSELET Marie-Christine | Anatomie et cytologie pathologiques | Médecine |
| ROY Pierre-Marie | Thérapeutique | Médecine |
| SAINT-ANDRE Jean-Paul | Anatomie et cytologie pathologiques | Médecine |
| SAULNIER Patrick | Biophysique pharmaceutique et biostatistique | Pharmacie |
| SERAPHIN Denis | Chimie organique | Pharmacie |
| SUBRA Jean-François | Néphrologie | Médecine |
| UGO Valérie | Hématologie ; transfusion | Médecine |
| URBAN Thierry | Pneumologie | Médecine |
| VAN BOGAERT Patrick | Pédiatrie | Médecine |
| VENIER Marie-Claire | Pharmacotechnie | Pharmacie |
| VERNY Christophe | Neurologie | Médecine |
| WILLOTEAUX Serge | Radiologie et imagerie médicale | Médecine |

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

| | | |
|----------------------------|---|-----------|
| ANGOULVANT Cécile | Médecine Générale | Médecine |
| ANNAIX Véronique | Biochimie et biologie moléculaires | Pharmacie |
| BAGLIN Isabelle | Pharmaco-chimie | Pharmacie |
| BASTIAT Guillaume | Biophysique et biostatistique | Pharmacie |
| BEAUVILLAIN Céline | Immunologie | Médecine |
| BELIZNA Cristina | Médecine interne | Médecine |
| BELLANGER William | Médecine générale | Médecine |
| BELONCLE François | Réanimation | Médecine |
| BENOIT Jacqueline | Pharmacologie et pharmacocinétique | Pharmacie |
| BIERE Loïc | Cardiologie | Médecine |
| BLANCHET Odile | Hématologie ; transfusion | Médecine |
| BOISARD Séverine | Chimie analytique | Pharmacie |
| CAPITAIN Olivier | Cancérologie ; radiothérapie | Médecine |
| CASSEREAU Julien | Neurologie | Médecine |
| CHEVAILLER Alain | Immunologie | Médecine |
| CHEVALIER Sylvie | Biologie cellulaire | Médecine |
| CLERE Nicolas | Pharmacologie | Pharmacie |
| COLIN Estelle | Génétique | Médecine |
| DE CASABIANCA Catherine | Médecine générale | Médecine |
| DERBRE Séverine | Pharmacognosie | Pharmacie |
| DESHAYES Caroline | Bactériologie virologie | Pharmacie |
| FERRE Marc | Biologie moléculaire | Médecine |
| FLEURY Maxime | Immunologie | Pharmacie |
| FORTRAT Jacques-Olivier | Physiologie | Médecine |
| HAMEL Jean-François | Biostatistique, informatique médicale | Médicale |
| HELESBEUX Jean-Jacques | Chimie organique | Pharmacie |
| HINDRE François | Biophysique | Médecine |
| JOUSSET-THULLIER Nathalie | Médecine légale et droit de la santé | Médecine |
| LACOEUILLE Franck | Biophysique et médecine nucléaire | Médecine |
| LANDREAU Anne | Botanique et Mycologie | Pharmacie |
| LEGEAY Samuel | Pharmacologie | Pharmacie |
| LE RAY-RICHOMME Anne-Marie | Valorisation des substances naturelles | Pharmacie |
| LEPELTIER Élise | Chimie générale Nanovectorisation | Pharmacie |
| LETOURNEL Franck | Biologie cellulaire | Médecine |
| LIBOUBAN Hélène | Histologie | Médecine |
| MABILLEAU Guillaume | Histologie, embryologie et cytogénétique | Médecine |
| MALLET Sabine | Chimie Analytique et bromatologie | Pharmacie |
| MAROT Agnès | Parasitologie et mycologie médicale | Pharmacie |
| MAY-PANLOUP Pascale | Biologie et médecine du développement et de la reproduction | Médecine |
| MESLIER Nicole | Physiologie | Médecine |
| MOUILLIE Jean-Marc | Philosophie | Médecine |
| NAIL BILLAUD Sandrine | Immunologie | Pharmacie |
| PAPON Xavier | Anatomie | Médecine |
| PASCO-PAPON Anne | Radiologie et imagerie médicale | Médecine |
| PECH Brigitte | Pharmacotechnie | Pharmacie |
| PENCHAUD Anne-Laurence | Sociologie | Médecine |
| PETIT Audrey | Médecine et santé au travail | Médecine |
| PIHET Marc | Parasitologie et mycologie | Médecine |
| PRUNIER Delphine | Biochimie et biologie moléculaire | Médecine |
| RIOU Jérémie | Biostatistique | Pharmacie |
| ROGER Émilie | Pharmacotechnie | Pharmacie |
| SCHINKOWITZ Andréas | Pharmacognosie | Pharmacie |
| SIMARD Gilles | Biochimie et biologie moléculaire | Médecine |
| TANGUY-SCHMIDT Aline | Hématologie ; transfusion | Médecine |
| TRZEPIZUR Wojciech | Pneumologie | Médecine |

AUTRES ENSEIGNANTS

| | | |
|-----------------------|------------------|-----------|
| AUTRET Erwan | Anglais | Médecine |
| BARBEROUSSE Michel | Informatique | Médecine |
| BRUNOIS-DEBU Isabelle | Anglais | Pharmacie |
| CHIKH Yamina | Économie-Gestion | Médecine |
| FISBACH Martine | Anglais | Médecine |
| O'SULLIVAN Kayleigh | Anglais | Médecine |

PAST

| | | |
|---------------------|------------------------|-----------|
| CAVAILLON Pascal | Pharmacie Industrielle | Pharmacie |
| LAFFILHE Jean-Louis | Officine | Pharmacie |
| MOAL Frédéric | Physiologie | Pharmacie |

ATER

| | | |
|-------------------|---|-----------|
| FOUDI Nabil (M) | Physiologie et communication cellulaire | Pharmacie |
| HARDONNIERE Kévin | Pharmacologie - Toxicologie | Pharmacie |
| WAKIM Jamal (Mme) | Biochimie et biomoléculaire | Médecine |

AHU

| | | |
|---------------|------------------------------------|-----------|
| BRIS Céline | Biochimie et biologie moléculaires | Pharmacie |
| LEROUX Gaël | Toxico | Pharmacie |
| BRIOT Thomas | Pharmacie Galénique | Pharmacie |
| CHAPPE Marion | Pharmacotechnie | Pharmacie |

CONTRACTUEL

| | | |
|------------------|--------|-----------|
| VIAULT Guillaume | Chimie | Pharmacie |
|------------------|--------|-----------|

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Nicolas LEROLLE,

Merci de me faire l'honneur d'être le président de mon jury de thèse. Merci également pour vos conseils éclairés. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude, et ma haute considération.

A Monsieur le Docteur Clément GUINEBERTEAU,

Merci pour ton aide précieuse, ta réassurance et ta gentillesse tout au long de ce travail qui, j'espère, répond à tes attentes.

A Monsieur le Professeur Pierre ASFAR et à Monsieur le Professeur Laurent CONNAN pour me faire l'honneur de juger ce travail. J'espère que ce travail vous semblera digne d'intérêt.

Au Docteur Nicolas BALLAY,

Je tiens à te remercier pour avoir répondu avec calme et patience aux questions quotidiennes dont je t'accablais au sujet de ma thèse pendant ce dernier semestre d'internat. J'en profite pour remercier également toutes les infirmières et aides-soignantes, la secrétaire ainsi que la cadre de ton service qui ont tous entendu parler de ma thèse pendant 6 mois.

A tous les médecins généralistes qui ont bien voulu prendre le temps de répondre à mon questionnaire téléphonique.

Un grand merci tout particulier à mes parents sans qui rien aurait été possible. Je vous dois tout, y compris ma réussite scolaire et professionnelle. Merci pour votre présence et votre soutien.

Merci à mes frères que j'aime très fort.

Merci aux AOP, mes meilleures amies malgré la distance et qui m'ont montré le chemin tout au long de mes études.

Merci à mes copains Rémois : Clémence, Adeline, Claire, Philippine, Aurélien, Hadrien, Etienne, Eloi, Patrick, Benjamin, Pierre-Ambroise, Maxime, Maxence, Mounir, Brice et Pierre ; grâce à qui j'ai passé d'excellentes années pendant mon DCEM !

Merci à Juliette pour avoir été présente chaque fois que j'en ai eu besoin.

REMERCIEMENTS

Merci à mes copines rencontrées pendant l'internat : Marine, Yasmine, Caroline, Kamélia (de belles rencontres et une vraie amitié à chaque fois).

Merci à ma colocataire, Laure, qui a vécu cette thèse au quotidien à mes côtés (bientôt à ton tour).

Merci aux Tourangeaux, et Tourangelles qui se reconnaîtront tous autant qu'ils sont.

Merci à la famille Sill de m'avoir hébergé un temps chez elle pendant mon stage SASPAS. Merci également à Gaëlle et Pascal.

Merci à mes praticiens de niveau 1 et 2 et à chacun des séniors avec qui j'ai travaillé pendant mon internat. Une pensée particulière aux chefs du service de gynécologie à Cholet : ce fut l'un de mes meilleurs terrains de stages.

Merci à chacun des co-internes avec qui j'ai partagé un semestre ou une garde.

A tous les autres ...

Liste des abréviations

[illegible]

PLAN

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Population étudiée

- 1.1. Données disponibles
- 1.2. Caractéristiques des patients

2. Échanges « réanimateurs / MG »

- 2.1. Bilan des échanges
- 2.1.1. Contenu détaillé des échanges

3. LATA : réanimateurs / MG

- 3.1. Décisions de LATA en réanimation
- 3.2. Éléments en possession des MG à propos des LATA
- 3.3. Parallèle entre les données de réanimation et celles des MG

DISCUSSION ET CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

Introduction : La loi Léonetti impose que les décisions de LATA s'appuient sur une décision collégiale. La loi prévoit également que l'avis du patient soit pris en compte. S'il n'est pas en mesure de s'exprimer lui-même, ses directives anticipées doivent être recherchées, au besoin en contactant le médecin traitant. Les services de réanimation sont fréquemment confrontés à la question des LATA. Cette étude visait donc à établir un état des lieux des échanges entre réanimateurs et MG autour des décisions de LATA.

Méthodes : Étude exploratoire réalisée au sein du service de médecine intensive et réanimation du CHU d'Angers. Le recueil de données a été effectué à partir des dossiers médicaux de réanimation et via un questionnaire téléphonique adressés aux MG des patients admis sur la période concernée. Les données ont été collectées dans une base de données Excel. Les tests statistiques ont été réalisés grâce au test exact de Fisher via le logiciel biostaTGV.

Résultats : 103 patients ont été hospitalisés et 96% des MG figurants aux dossiers médicaux ont pu être contactés. Pour 9,7% des patients, il existait une trace écrite d'échanges entre réanimateur et MG dans les dossiers médicaux. Les MG déclaraient avoir été contactés par les réanimateurs dans 31% des cas. Les discussions de LATA ont concerné 31,1% des patients dont 71,9% aboutissaient à une décision de LATA. Par ailleurs, 40,6% des MG des patients concernés par une discussion de LATA, déclaraient avoir déjà abordé le sujet avec le patient (ou son entourage). L'étude a montré de manière significative que plus le patient (ou son entourage) avait parlé de LATA avec le MG au préalable, plus une LATA était posée lors d'une hospitalisation en réanimation ($p=0,00015$).

Discussion et conclusion : La littérature montre que les relations MG/réanimateurs pourraient être améliorées par une meilleure communication des 2 protagonistes. Un échange interdisciplinaire existe donc bien, notamment autour des décisions de LATA, mais semble insuffisant. Notre étude suggérait que le MG pourrait être un intervenant à privilégier pour les décisions collégiales de LATA, à la fois comme détenteur d'informations signifiantes pour le patient et comme tiers extérieur à la décision.

INTRODUCTION

Le terme de « LATA » (limitation et arrêt des thérapeutiques actives) a été défini par la loi Léonetti de 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, revue en 2016. Il repose sur le refus de l'obstination déraisonnable ; c'est-à-dire sur la possibilité de limiter ou d'arrêter les traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie (1).

Le médecin généraliste (MG) est le médecin de proximité du patient qui connaît sa vie personnelle et familiale du fait d'une relation de confiance installée au fur et à mesure des consultations. Il est plausible que celui-ci ait connaissance d'éléments pertinents quant au souhait du patient en matière de LATA.

Cette hypothèse figure déjà dans la loi et dans les recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française : « *lorsqu'une décision de LATA est envisagée, et à moins que les directives anticipées ne figurent déjà dans le dossier en sa possession, le médecin réanimateur doit s'enquérir de l'existence éventuelle de celles-ci auprès de la personne de confiance, si elle est désignée, de la famille ou, à défaut, des proches ou, le cas échéant, auprès du médecin traitant de la personne malade ou du médecin qui la lui a adressée* » (2,3).

Cependant, une étude réalisée en 2013 dans le Nord-Pas-de-Calais, évaluant l'implication des MG au cours des décisions de LATA prises en réanimation, montrait que seuls un tiers des MG participaient aux décisions de LATA prises en réanimation (4). Devant la répétition de ce constat, une étude réalisée au sein du Centre Hospitalier Sud Francilien en 2016 a évalué la possibilité d'impliquer davantage les MG dans les décisions de LATA en réanimation. Cette étude a permis de montrer que cela était faisable via la mise en place d'un protocole d'appel systématique du médecin traitant, ce qui permettait d'augmenter le nombre de MG consultés (5). Dans le même but, une étude de 2015 avait montré qu'il était possible et facile de solliciter l'avis téléphonique des MG pour les décisions de LATA en réanimation (6).

De plus, les MG se sentent concernés par le sujet. Une étude réalisée en 2014 rapportait que deux tiers des MG contactés souhaitaient rendre obligatoire le recours aux MG pour la décision collégiale de LATA. De surcroît, ils s'estimaient disponibles et compétents pour participer à ce type de décision (7). Paradoxalement, deux études réalisées en 2015 concluaient que les directives anticipées et les LATA restaient méconnues à la fois des patients et des MG (8,9). Dans tous les cas, une procédure collégiale lors de la prise de décision de LATA apparaît majoritairement comme une aide (9).

L'objectif principal de cette étude était d'établir un état des lieux des échanges entre réanimateurs médicaux et MG autour des décisions de LATA.

Secondairement, il s'agissait également :

- d'analyser la nature des informations échangées.
- d'évaluer la fréquence des situations où les MG pourraient fournir des éléments pour la prise de décision de LATA.

MÉTHODES

Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude exploratoire, quantitative, observationnelle, prospective et monocentrique, réalisée à partir du service de médecine intensive et réanimation du CHU d'Angers.

Données étudiées :

Les données étudiées concernaient les patients hospitalisés en médecine intensive et réanimation, indépendamment de leur motif et de leur état clinique au moment de l'admission.

Critères d'inclusion :

Ont été inclus tous patients hospitalisés dans le service de médecine intensive et réanimation du CHU d'Angers sur la période dédiée.

Recueil de données :

Le recueil de données s'est étendu sur 7 semaines (entre le 24/05/2018 et le 12/07/2018).

Il s'est effectué en 2 étapes :

- 1^{ère} étape : analyse du dossier médical du service de réanimation (Annexe I) :

Dans le service de médecine intensive et réanimation d'Angers, les informations médicales concernant les patients sont regroupées sur un dossier médical papier. Toutes les données inscrites par écrit dans le dossier médical permettant de tracer un appel du MG, et le cas échéant les informations échangées, ont été recueillies. Il en a été de même pour tous les éléments en rapport avec une prise de décision de LATA.

Aucune question n'a été posée directement au patient, à sa famille ou au réanimateur. Seul le dossier médical papier a fait l'objet d'une analyse. Une note d'information a été affichée dans le service à l'attention des patients et familles.

- 2^{ème} étape : questionnaire téléphonique dédié aux MG (Annexe II) :

Le nom du MG référent a été extrait du dossier médical de réanimation. Les MG ont été contactés par téléphone après la sortie d'hospitalisation en médecine intensive et réanimation de leur patient afin de leur proposer de répondre à un questionnaire. Une information sur l'objectif du travail a été délivrée au début de l'entretien téléphonique. Le questionnaire a été établi en fonction de l'objectif principal de l'étude et des hypothèses sous-jacentes. Il avait été testé au préalable auprès de plusieurs MG, pour en évaluer la faisabilité. Il comprenait au total entre 6 et 12 questions selon les réponses à chaque question. Pour la plupart, il s'agissait de questions fermées, parfois associées à des espaces de commentaires libres qui ont été pris en note pendant la conversation.

Le questionnaire ne comprenait aucune donnée identifiante.

- 3^{ème} étape : recueil de données générales concernant le patient (annexe III) :

Enfin, des données générales concernant les patients ont été recueillies à l'aide soit des données issues du dossier médical de réanimation soit de l'appel téléphonique au MG. Aucune donnée recueillie ne permettait l'identification des patients.

Analyse des données :

Les données du dossier médical de réanimation et du questionnaire téléphonique ont été collectées au sein d'une base de données Excel. Les statistiques descriptives ont été réalisées

dans le même logiciel. Les tests statistiques ont été réalisés avec le logiciel biostaTGV. Compte tenu des petits effectifs des sous-groupes, le test exact de Fischer a été utilisé. Une p-value < 0,05 était considérée comme statistiquement significative.

Considérations éthiques et réglementaires :

Cette enquête portant sur les pratiques professionnelles ne relevait pas de la réglementation découlant de la loi Jardé. Néanmoins, compte tenu des enjeux éthiques de la question de recherche et dans la perspective d'une publication, l'avis préalable du comité d'éthique du CHU d'Angers a été sollicité. Celui-ci a rendu un avis favorable (Annexe IV). Le travail a également fait l'objet d'une déclaration à la CNIL par l'intermédiaire du Correspondant Informatique et Libertés de l'Université d'Angers.

Liens d'intérêt :

Les chercheurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec ce travail.

RÉSULTATS

1. Population étudiée

1.1. Données disponibles

Au total, 103 patients ont été hospitalisés en médecine intensive et réanimation sur la période de recueil. Tous les dossiers médicaux de réanimation ont pu être analysés. Parmi les MG figurant dans les dossiers des patients, 96% (n=87) d'entre eux (ou leur remplaçant) ont pu être contactés afin de répondre au questionnaire téléphonique (Figure 1).

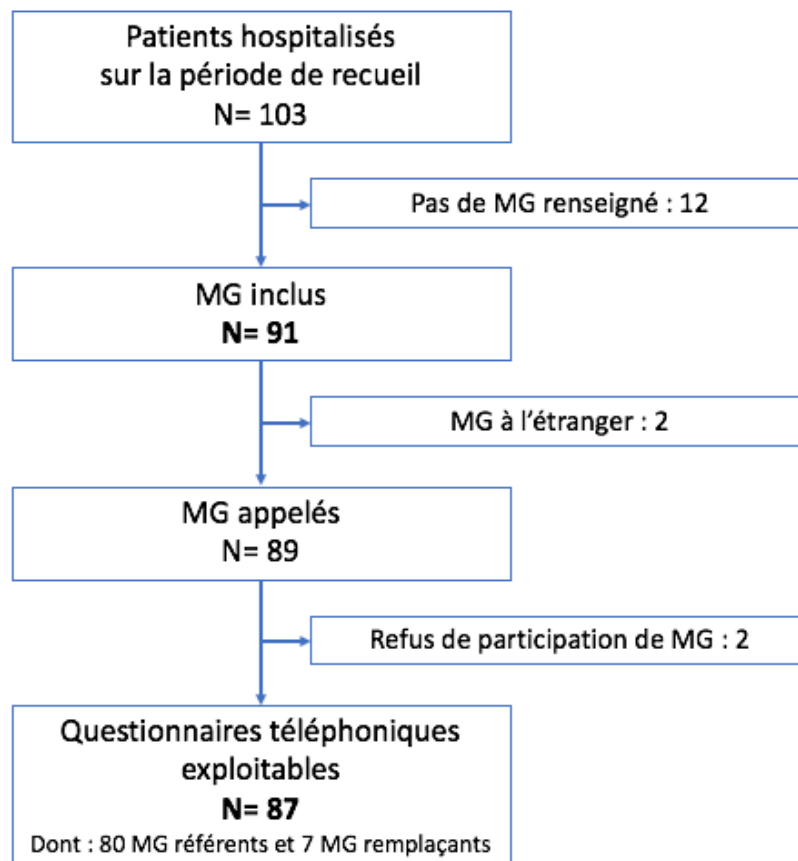


Figure 1 : Diagramme de flux

1.2. Caractéristiques des patients

Le tableau I synthétise les données générales relatives aux patients.

Tableau I : Description des patients

| | | % ou moyenne (écart-type) | Min-Max |
|-----------------------|---|------------------------------|---------|
| Patients | Age en années | 58,9 (20,3) | 16-97 |
| | Hommes | 43% | |
| | Femmes | 57% | |
| | <i>Groupes socio-professionnels</i> | | |
| | Cadre ou professions intermédiaires | 6% | |
| | Employés | 9% | |
| | Ouvriers | 12% | |
| | Retraités | 27% | |
| | Sans activité | 46% | |
| | Nombre de maladies chroniques | 2,1 (1,6) | 0-8 |
| | Antécédent d'hospitalisation en réanimation | 21% | |
| Séjour en réanimation | <i>Motifs d'admission</i> | | |
| | Arrêts cardio-respiratoires | 9% | |
| | Chocs septiques | 19% | |
| | Chocs non septiques | 13% | |
| | Insuffisances respiratoires aiguës sur pathologie chronique | 17% | |
| | Insuffisances respiratoires aiguës d'origine infectieuse | 9% | |
| | Intoxications | 13% | |
| | Troubles neurologiques sans intoxication | 5% | |
| | Insuffisances rénales ou troubles métaboliques | 9% | |
| | Autres | 6% | |
| | Durée de séjour en jours | 2 (12,2) | 1-121 |
| | Décès pendant l'hospitalisation | 18% | |
| Suivi par le MG | <i>Niveau d'autonomie apprécié par le MG</i> | | |
| | Totalement autonome | 69% | |
| | Plutôt autonome | 14% | |
| | Plutôt dépendant | 13% | |
| | Totalement dépendant | 4% | |
| | Durée de suivi en années | 11,8 (9,4) | 0-33 |
| | Nombre annuel de consultations | 9,5 (38,8) | 1-365 |

2. Échanges « réanimateurs / MG »

2.1. Bilan des échanges

Sur les 103 patients hospitalisés, il existait une trace écrite d'échanges entre réanimateurs et MG dans 9,7% (n=10) des dossiers médicaux de réanimation. L'appel était en moyenne passé à J 1,2 (min = 0 ; max = 5 ; écart-type = 1,4). Dans ces 10 traces d'appels, on retrouvait des éléments concernant l'autonomie du patient à 3 reprises ; et 1 fois des éléments en rapport avec une LATA. Par ailleurs, sur les 10 patients pour lesquels il existe une trace écrite d'appel de MG dans les dossiers médicaux de réanimation, 40% (n=4) ont fait l'objet d'une décision de LATA au cours de leur hospitalisation. Il n'y avait pas de différence significative sur la proportion de décision de LATA, qu'il ait trace d'un appel au MG ou pas.

Sur les 87 MG contactés, 31% (n=27) déclaraient avoir été contactés par le réanimateur et avoir échangé avec lui pendant l'hospitalisation en réanimation de leur patient. 66,7% (n=58) déclaraient ne pas avoir été contacté par le réanimateur et 2,3% (n=2) déclaraient ne pas savoir puisque non présents au cabinet pendant l'hospitalisation du patient. Lors de ces échanges, ils déclaraient avoir parlé de l'autonomie du patient dans 37% (n=10) des cas et avaient abordé la notion de LATA dans 29,6% (n=8) des cas. Les autres appels concernaient surtout le recueil de données médicales concernant le patient (antécédents, traitements...). Il n'y avait pas de différence significative sur la proportion de décision de LATA que le MG ait rapporté un échange avec le réanimateur ou pas.

2.1.1. Contenu détaillé des échanges

Autonomie

Concernant l'autonomie, les réanimateurs transcrivaient en particulier des éléments qualitatifs sur le niveau cognitif des patients, leur lieu de vie, leur niveau de dépendance comme la nécessité d'aides techniques pour les déplacements ou d'oxygénothérapie au long cours. On retrouvait souvent des éléments précis du mode de vie permettant de remplir des échelles d'évaluation de l'autonomie (type ADL (Activities of Daily Living) ou IADL (Instrumental Activities of Daily Living)) ou de définir le Groupe Iso-Ressource (GIR) quand il s'agissait d'une personne âgée.

Les MG présentaient souvent différemment les éléments transmis aux réanimateurs pour décrire l'autonomie des patients. Ils témoignaient de ce qu'ils font ou voient en consultation, par exemple : *« je suis obligé de lui rendre visite à son domicile, il n'est plus très autonome »*, ou à l'inverse : *« il est encore capable de se déplacer au cabinet médical et il vit seul à domicile donc son autonomie est encore conservée »*, mais aussi : *« c'est sa femme qui l'accompagne qui règle la consultation car il ne gère plus les papiers »*. Les MG rapportaient aussi leur ressenti : *« je remarque au fil des consultations que son état général s'altère de mois en mois »*. Des éléments objectifs étaient parfois décrits parmi lesquels : la nécessité d'aides à domicile (aide humaine comme une infirmière à domicile, ou aide technique type déambulateur), la présence indispensable pour le patient d'un aidant pour les activités de la vie quotidienne, ou le niveau cognitif du patient évalué grâce à un MMSE (Mini Mental State Examination).

LATA

Dans le cas où le dossier de réanimation comportait des éléments à ce sujet, il s'agissait d'une transcription de la décision de LATA prise en accord avec le MG.

Les MG relaient les éléments transmis aux réanimateurs pour la réflexion sur la LATA. Dans la majorité des cas, les MG étaient en accord avec le réanimateur et plutôt favorables à une LATA, soit du fait d'un état général altéré du patient au préalable de son hospitalisation, ou bien du fait d'un pronostic décrit comme sombre par le réanimateur. Pour deux situations, la justification tenait compte de l'avis du patient lui-même qui ne désirait aucun acharnement thérapeutique et l'avait fait savoir à son MG. A l'inverse, deux MG exprimaient leur réticence à la décision de LATA. Dans un cas, le patient étant venu consulter son MG quinze jours auparavant et étant jugé « *en très bon état général* », le MG jugeait raisonnable de poursuivre les soins. Dans l'autre situation, le patient souffrait d'un handicap mental sévère, mais le MG trouvait légitime de continuer des thérapeutiques actives aux vues du jeune âge du patient et de l'expression par l'entourage familial d'un désir de le voir vivre le plus longtemps possible quel que soit son état.

3. LATA : réanimateurs / MG

3.1. Décisions de LATA en réanimation

Dans les dossiers médicaux, on pouvait voir que la LATA avait été abordée chez 31,1% (n=32) des patients. 71,9% des discussions de LATA ou 22,3% des hospitalisations (n=23) aboutissaient à une prise de décision de LATA.

Le dossier médical de réanimation faisait mention d'un avis du patient sur les LATA, antérieur à l'hospitalisation dans 2,9% (n=3) des cas. Dans 12,6% (n=13), un avis du patient sur les LATA avait été exprimé pendant son hospitalisation. Enfin, un avis de l'entourage du patient sur les LATA a été tracé par écrit dans 5,8% (n=6) des cas.

Un avis du patient sur les LATA, antérieur à l'hospitalisation aboutissait à 100% à une décision de LATA. Lorsqu'il était exprimé pendant l'hospitalisation, une LATA était finalement posée

dans 84,6% des cas. Lorsqu'il s'agissait de l'avis de l'entourage, ce taux diminuait à 82,3% des cas.

Une discussion autour de la LATA avait une probabilité plus élevée d'aboutir à une décision de LATA lorsqu'il existait un avis du patient ou de son entourage à ce sujet (p-value = 0,01).

La figure 2 synthétise ce processus décisionnel.



Figure 2 : Processus de la prise de décision de LATA dans le service de médecine intensive et réanimation du CHU d'Angers

3.2. Éléments en possession des MG à propos des LATA

23% (n=20) des MG contactés déclaraient avoir déjà parlé de LATA avec les patients ou leur entourage. Dans 80% (n=16) des cas, le patient avait directement transmis son avis au MG (2 fois par écrit, 13 fois par oral, 1 fois par oral et par écrit) et parmi eux, 43,8% (n=7) des MG l'avaient inscrit dans le dossier médical du patient. En moyenne, les données dataient de 2,2 années avant l'hospitalisation du patient en réanimation (min = 0,5 ; max = 10 ; écart-

type = 2,5). Dans 60% (n=12) des cas, le MG avait reçu un avis de l'entourage concernant une LATA pour le patient (Figure 3).

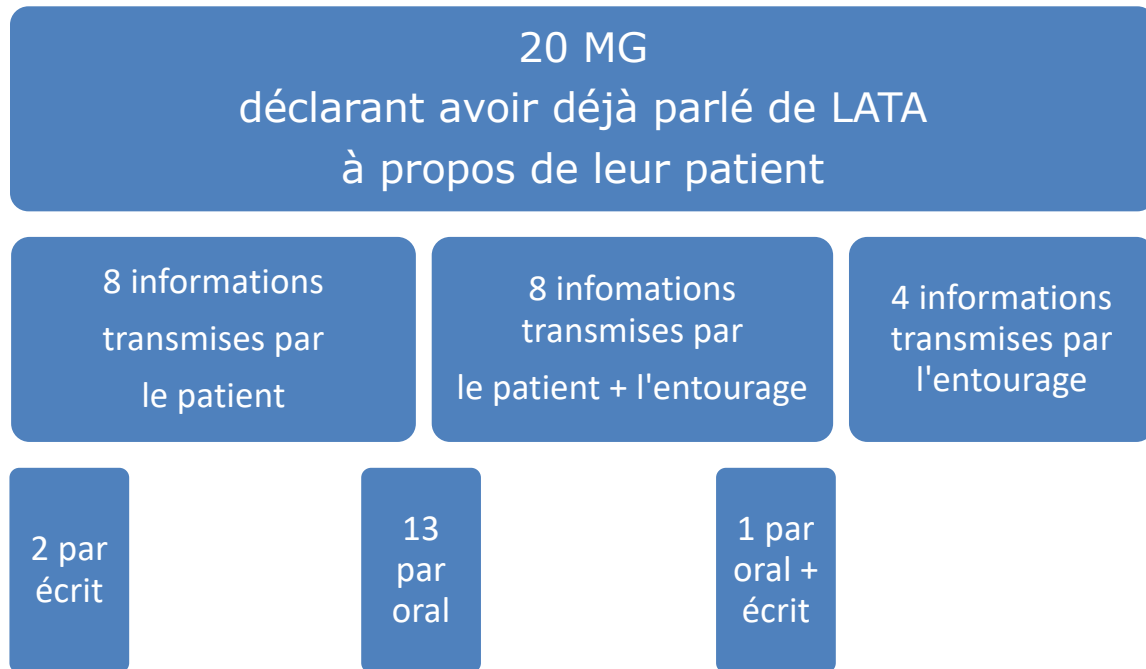


Figure 3 : LATA évoquées avec le MG

3.3. Parallèle entre les données de réanimation et celles des MG

Sur les 20 patients pour lesquels la LATA avait été évoquée avec le MG par le patient ou son entourage, 60% (n=12) ont fait l'objet d'une discussion puis d'une prise de décision de LATA. 5% (n=1) ont fait l'objet de la discussion d'une LATA sans qu'elle soit posée et 35% (n=7) n'ont pas fait l'objet de LATA pendant leur hospitalisation en réanimation (Figure 4).

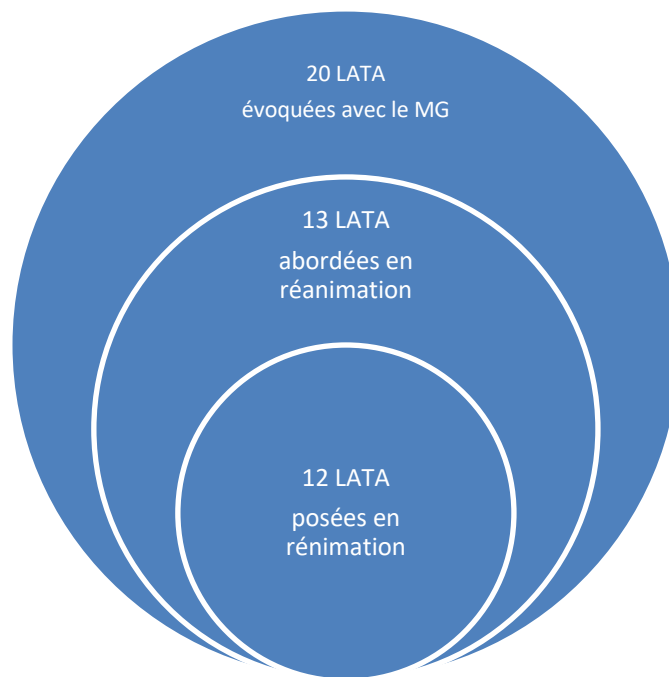


Figure 4 : LATA évoquées avec le MG, comparées aux LATA abordées/posées en réanimation

Sur les 32 patients pour lesquels une LATA a été discutée en réanimation, 40,6% (n=13) des MG ont déclarés avoir déjà discuté de ce sujet avec leur patient ou son entourage. 46,9% (n =15) ont déclarés n'avoir jamais discuté de ce sujet avec le patient ou son entourage et 12,5% (n=4) n'ont pas pu donner de réponse (2 absences de MG déclaré et 2 MG remplacés).

Parmi ces mêmes patients, et en excluant ceux pour lesquels des données étaient manquantes (2 absences de MG et 1 MG remplacé) ; 37,9% (n=11) ont fait l'objet d'un appel du réanimateur rapporté par le MG.

Sur les 23 patients pour lesquels une LATA a été posée en réanimation, 52,2% (n=12) des MG ont déclarés avoir déjà discuté de ce sujet avec leur patient ou son entourage. 39,1% (n =9) ont déclarés ne jamais avoir déjà discuté de ce sujet avec leur patient ou son entourage et 8,7% (n=2) n'ont pas pu donner de réponse car le MG n'était pas déclaré.

Parmi ces mêmes patients, et en excluant ceux pour lesquels des données étaient manquantes (2 absences de MG) ; 38,1% (n=8) ont fait l'objet d'un appel du réanimateur rapporté par le MG.

Plus les patients ou leur entourage avaient parlé d'une LATA avec le MG au préalable, plus une LATA était posée lors d'une hospitalisation en réanimation (p-value = 0,00015).

DISCUSSION ET CONCLUSION

Résultats principaux

Pour 9,7% (n=10) des patients hospitalisés, il existait une trace écrite d'échanges entre réanimateurs et MG dans les dossiers médicaux de réanimation. En miroir, 31% (n=27) des MG des patients hospitalisés déclaraient avoir été contactés par le réanimateur pendant l'hospitalisation.

Les discussions de LATA ont concerné près d'1/3 des patients hospitalisés. 40,6% des MG des patients concernés déclaraient avoir déjà abordé le sujet avec le patient ou son entourage. 71,9% des discussions aboutissaient à une décision de LATA.

Plus les patients ou leur entourage avaient parlé d'une LATA avec le MG au préalable, plus une LATA était posée lors d'une hospitalisation en réanimation (p-value = 0,00015).

Des interactions rarement dédiées à un échange interdisciplinaire

Alors que seuls 9,7% (n=10) des dossiers de réanimation comportaient une trace d'un échange avec le MG, 31% (n=27) des MG contactés au décours de l'hospitalisation déclaraient avoir été contactés par le réanimateur. Ces chiffres sont inférieurs à ceux rapportés par une étude de 2014 qui montrait que 43,7 % des MG avaient été contacté par les réanimateurs durant le séjour de leur patient en réanimation (7).

Au-delà du nombre, ces données nous éclairent sur le fait que tous les échanges téléphoniques ne font donc pas l'objet d'une trace écrite dans le dossier de réanimation. Ce constat peut en partie être expliqué par le contenu des échanges téléphoniques. En effet, les MG rapportaient qu'une proportion importante des appels étaient dédiés à un besoin d'informations complémentaires sur le patient : recueil des antécédents et précisions sur les traitements en cours. Ces échanges ne comportaient pas de discussion sur les décisions prises au cours de l'hospitalisation. D'ailleurs, les chiffres retrouvent leur cohérence quand on s'intéresse

spécifiquement aux appels dédiés aux questions d'autonomie et de LATA, puisque parmi les 27 appels rapportés par les MG, 10 concernaient ces questions.

Même si notre étude ne nous permet pas d'avoir accès au ressenti des deux protagonistes de l'échange, on peut faire l'hypothèse que seuls ces 10 échanges téléphoniques font l'objet d'un réel échange interdisciplinaire, entendu ici comme le partage mutuel de compétences et de savoirs sur le patient, dans un but d'amélioration de la qualité des soins proposés au patient. Pour autant, ces relations pourraient être améliorées puisque dans une étude de 2006, les réanimateurs évaluaient la qualité de leur collaboration avec les MG à 5,5 sur 10 (10). En miroir, ce résultat était comparable à celui d'une étude réalisée en 2010 auprès des MG. En effet, quand on leur demandait d'évaluer leur niveau de satisfaction sur une échelle numérique graduée de 0 à 100, on obtenait un score de satisfaction à 57 sur 100. Dans l'analyse en sous-groupe, l'étude montrait également que ce score s'améliorait chez les MG qui s'étaient senti impliqués dans les décisions de prise en charge ; prouvant ainsi qu'une amélioration considérable des relations entre réanimateurs et MG pouvait être obtenue grâce à des mesures de communication accrues (11).

Peu de traces écrites de part et d'autre : un écueil dans la qualité des soins

Il apparaît marquant dans cette étude que peu d'appels de la part des réanimateurs sont tracés dans les dossiers médicaux (10/103). De même, quand les appels sont tracés, il est rare que le contenu de l'échange soit transcrit par écrit (4/10). Parallèlement, les MG déclaraient avoir eu des conversations au sujet de la LATA avec leur patient dans 23% des cas ; mais parmi elles, seules 43,8% étaient transcrites par écrit dans leurs dossiers médicaux.

Le manque de temps suffit-il à expliquer ce résultat ou peut-il s'agir également d'un manque de culture de l'écrit ? Pourtant cet effort de traçabilité faciliterait la continuité des soins. En effet, à une époque où les médecins généralistes ont de plus en plus fréquemment des

exercices à temps partiel, rendre accessible l'information aux collègues semble indispensable. Il en va de même pour les périodes de remplacements. De l'autre côté, la difficulté est identique. En effet, les services de réanimation qui fournissent des soins continus sont soumis à des changements fréquents d'équipes. Que se passe-t'il lorsqu'une décision doit être prise alors que la personne réceptrice des informations obtenues auprès du médecin généraliste est absente ?

Implication des MG dans les prises de décision de LATA

Notre étude a montré que les relations réanimateurs / MG existent mais a suggéré qu'elles sont peut-être insuffisantes : seuls 37,9% des patients pour lesquels une LATA a été discutée ont fait l'objet d'un appel du réanimateur et 38,1% en ce qui concerne les LATA posées. Ce chiffre est concordant avec une étude de 2013 où seuls 34% des MG déclaraient avoir déjà été sollicités par les réanimateurs lors des décisions de LATA (4). Il faut tout de même préciser que ces chiffres semblent s'améliorer au cours des années puisqu'en 2006, dans une étude réalisée auprès de 161 MG, il était observé que seuls 1/4 étaient contactés par le réanimateur pour les décisions de LATA des patients hospitalisés (12).

Compte tenu du design de notre étude, il n'était pas possible d'avoir accès au vécu des deux protagonistes de l'échange. On ne peut en particulier pas être sûr que les échanges qui ont lieu à propos des LATA consistaient en une réflexion commune sur la poursuite ou non de thérapies actives. On peut toutefois imaginer que l'échange a permis la synthèse des connaissances du MG sur le patient (parfois appuyées sur des directives anticipées) et de celles du réanimateur sur la situation actuelle du patient.

Notre étude a permis de montrer que les MG étaient détenteurs d'informations importantes pour ces décisions puisque 23% des MG déclaraient avoir déjà parlé de LATA majoritairement avec le patient et parfois avec son entourage. Si l'on se concentre uniquement sur les patients

pour lesquels une LATA a été discutée (32 patients sur 103), le pourcentage passe de 23% à 40,6%. Et si l'on se concentre uniquement sur les patients pour lesquels une LATA a été posée (23 patients sur 103), le pourcentage s'élève alors à 52,2%. Le MG est donc bien un intervenant à privilégier dans la décision collégiale de LATA puisqu'il apparaît qu'il détient des informations quant aux souhaits du patient à ce sujet. Ces pourcentages pourraient néanmoins être perfectibles, à l'instar de ceux concernant les réanimateurs. Ce travail montre de manière significative ($p\text{-value} = 0,00015$) que plus les patients (ou leur entourage) parlent d'une LATA avec le MG au préalable, plus une LATA est posée lors d'une hospitalisation en réanimation. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que la majorité des déclarations faites aux MG, que ce soit par le patient lui-même ou bien par son entourage, est en faveur d'une LATA.

Les procédures de LATA sont encadrées par la loi (2), qui se base sur la condamnation de l'obstination déraisonnable, le respect du choix du patient et la collégialité de la prise de décision. La loi stipule que la collégialité soit assurée par l'avis motivé d'un deuxième médecin appelé en qualité de consultant qui n'ait aucun lien hiérarchique avec le médecin en charge du patient. Dans le cas d'une LATA discutée en réanimation, le MG pourrait être une personne ressource, à la fois comme détenteur d'informations significatives sur le patient ainsi qu'en tant que tiers externe à la prise en charge en réanimation (13).

En dépit de ces éléments en faveur d'une implication plus importante des MG dans les décisions des LATA, des inconnues persistent. En effet, des travaux ont étudié la communication entre médecins hospitaliers et MG mais se concentrent davantage sur l'opinion des MG concernant la quantité et la qualité des relations avec l'hôpital (14). Aucune étude n'a encore analysé spécifiquement la disponibilité des MG notamment par téléphone quand les hospitaliers souhaitent rentrer en contact avec eux. Donc, dans cette étude, on ne peut omettre l'hypothèse d'éventuels échecs d'appel des MG par les réanimateurs, non tracés par écrit dans leurs dossiers médicaux et que les MG ne peuvent évidemment pas rapporter.

Forces et limites

La différence du nombre d'appels de part et d'autre (10 vs 27), peut laisser craindre un certain biais de déclaration, en particulier puisque l'ensemble des appels des réanimateurs aux MG n'est pas tracé par écrit dans les dossiers. Vu la relative rareté des situations de ce type dans la pratique de MG, on peut toutefois supposer que ce biais est minoré dans les déclarations des MG. A l'inverse, on peut craindre une forme de biais de mémorisation dans le contenu des échanges rapportés par les MG, en particulier car les traces écrites semblent relativement rares dans leurs dossiers. Qu'en est-il dans les cas où c'est le remplaçant qui a répondu au questionnaire téléphonique ? L'analyse directe des dossiers de réanimation a limité ce biais. Par ailleurs, du fait du caractère monocentrique de l'étude, on ne peut garantir ici une bonne validité externe. Également, l'analyse des dossiers et des questionnaires téléphoniques ayant été réalisée par un seul et même chercheur, cela ne peut garantir une bonne reproductibilité. Par contre, l'analyse exhaustive des dossiers des patients hospitalisés sur la période d'étude a limité le biais de sélection. Le biais de mesure a lui été limité par la standardisation de l'outil de recueil des données. Ce travail exploratoire a par ailleurs permis d'obtenir plusieurs pistes de réflexion intéressantes pour de futurs travaux. Enfin, on peut supposer que l'étude a eu un rôle d'information pertinent auprès des professionnels de soins primaires puisque les échanges téléphoniques ont parfois permis de diffuser et d'expliciter le sens des termes LATA et directives anticipées.

Conclusion – Implications pour la pratique

Cette étude suggère que les échanges réanimateurs-MG sont d'autant plus profitables que les MG disposent d'éléments de réflexion pertinents sur les souhaits des patients. Comme pour la question des directives anticipées, la difficulté d'évoquer la question de la LATA réside

probablement dans le choix du moment adéquat. Certains moments de la vie peuvent sembler opportuns : au retour d'une hospitalisation en réanimation, après le décès d'un proche, ou au décours d'un diagnostic de maladie grave par exemple. Par ailleurs, nous avons également pu repérer qu'un des enjeux de cette question tient à l'accessibilité des informations rarement tracées de part et d'autre.

La littérature sur le sujet étant relativement pauvre, cette étude pourrait être un point de départ d'autres travaux permettant d'en affiner les résultats. Ainsi, il pourrait être intéressant d'analyser les processus décisionnels de réanimation pour évaluer quantitativement et qualitativement la participation des informations fournies par les MG dans les décisions prises.

BIBLIOGRAPHIE

1. LIMITATION-ET-ARRET-DES-THERAPEUTIQUES-version-du-10-mai-2017.pdf [Internet]. [cité 18 févr 2018]. Disponible sur: <http://sfar.org/wp-content/uploads/2017/12/LIMITATION-ET-ARRET-DES-THERAPEUTIQUES-version-du-10-mai-2017.pdf>
2. 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) | Legifrance [Internet]. [cité 18 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2006/2/6/SANP0620219D/jo/texte>

3. 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.
4. Malaquin A-S. Décision de limitation et arrêt des thérapeutiques (LAT) en réanimation: implication du médecin généraliste? [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2013.
5. Gorlicki J. Est-il possible et pertinent d'impliquer davantage le médecin traitant dans les décisions de limitation/arrêt de soins en réanimation ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2016.
6. Uberti T, Floccard B, Lagrange S, Hengy B, Martin O, Marcotte G, et al. Recours au médecin traitant pour les décisions de LATA en réanimation : pourquoi ne pas le faire ? *Anesth Réanimation*. 1 sept 2015;1:A373-4.
7. 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.
8. Hong Tuan Ha V, Lau N. Evaluation des directives anticipées dans la pratique quotidienne en médecine générale: un séjour en réanimation est-il une bonne opportunité ? France; 2015. 78 p.
9. Littré C. Loi Léonetti et collégialité : aide ou carcan pour la pratique du médecin généraliste ? 2015.
10. 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*. mai 2006;25(5):493-500.
11. 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*. 14 juin 2010;14(3):R112.
12. 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.

13. 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 | Legifrance [Internet]. [cité 7 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/8/3/AFSP1616790D/jo/texte>
14. Hubert G, Galinski M, Ruscev M, Lapostolle F, Adnet F. Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ? Presse Médicale. 1 oct 2009;38(10):1404-9.

LISTE DES FIGURES

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Diagramme de flux | 7 |
| Figure 2 : Processus de la prise de décision de LATA dans le service de médecine intensive et réanimation du CHU d'Angers | 12 |
| Figure 3 : LATA évoquées avec le MG | 13 |
| Figure 4 : LATA évoquées avec le MG, comparées aux LATA abordées/posées en réanimation | 14 |

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Description des patients 8

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|----|
| LISTE DES ABREVIATIONS | |
| RESUME | 1 |
| INTRODUCTION | 2 |
| MÉTHODES | 4 |
| RÉSULTATS | 7 |
| 1. Population étudiée | 7 |
| 1.1. Données disponibles | 7 |
| 1.2. Caractéristiques des patients..... | 8 |
| 2. Echanges « réanimateurs / MG » | 9 |
| 2.1. Bilan des échanges | 9 |
| 2.1.1. Contenu détaillé des échanges | 10 |
| 3. LATA : réanimateurs / MG | 11 |
| 3.1. Décision de LATA en réanimation | 11 |
| 3.2. Eléments en possession des MG à propos des LATA | 12 |
| 3.3. Parallèle entre les données de réanimation et celles des MG | 13 |
| DISCUSSION ET CONCLUSION | 16 |
| BIBLIOGRAPHIE | 22 |
| LISTE DES FIGURES | 24 |
| LISTE DES TABLEAUX..... | 25 |
| TABLE DES MATIERES | 26 |
| ANNEXES | |

ANNEXES

| |
|---|
| <u>Annexe I : Données issues du dossier médical « réanimation » :</u> |
|---|

- Le réanimateur a-t-il contacté le médecin généraliste ? Oui / Non
 - Si oui, à quel jour d'hospitalisation (Jx) ?

- Dans les échanges tracés par écrit dans le dossier médical :
 - Existent-ils des éléments concernant l'autonomie du patient ? Oui / Non
Si oui : recueil du texte en rapport
 - Existent-ils des éléments en rapport avec une LATA ? Oui / Non
Si oui : recueil du texte en rapport

- Dans le reste du dossier médical :
 - Une LATA a-t-elle abordée ? Oui / Non
Si oui :
 - Traçabilité de la prise en compte d'un avis du patient exprimé avant son hospitalisation ? Oui / Non
 - Traçabilité de la prise en compte d'un avis du patient exprimé pendant son hospitalisation ? Oui / Non
 - Traçabilité de la prise en compte d'un avis de l'entourage du patient ? Oui / Non
 - Une LATA a-t-elle été posée ? Oui / Non

| |
|---|
| Annexe II : Données issues du questionnaire « médecin généraliste » : |
|---|

A ce jour (patient sorti de réanimation) :

- Avez-vous été contacté par le réanimateur lors de l'hospitalisation de ce patient en réanimation ? Oui / Non
 - Si oui :
 - Dans vos échanges, avez-vous parlé de l'autonomie du patient ? Oui / Non
Si oui : Qu'avez-vous échangé ? (texte libre)
 - Dans vos échanges, avez-vous abordé la notion de LATA ? Oui / Non
Si oui : Qu'avez-vous échangé ? (texte libre)

Avant son séjour en réanimation :

- Une LATA a-t-elle évoquée concernant le patient ? Oui / Non
 - Si oui :
 - Souhait transmis directement par le patient ? Oui / Non
Si oui : Par écrit ? Par oral ? Les deux ?
Si oui : Cela est-il inscrit dans votre dossier médical ?
Si oui : Ces informations vous ont été données il y a combien de temps (en années) ?
 - Si non :
 - Souhait transmis par qui ou comment ? (texte libre)

A propos de ce patient :

- Comment décririez-vous son état d'autonomie au moment de l'hospitalisation en réanimation : totalement autonome ? plutôt autonome ? plutôt dépendant ? totalement dépendant ?
- Depuis combien de temps suivez-vous ce patient (en années) ?
- A quelle fréquence le voyez-vous (nombre de consultation par an) ?

| |
|---|
| <u>Annexe III : Données générales :</u> |
|---|

- Age
- Sexe
- Groupe socioprofessionnel
- Nombre de maladie(s) chroniques(s) nécessitant un traitement de fond
- Antécédent d'hospitalisation en réanimation
- Motif d'admission en réanimation
- Durée de séjour en réanimation
- Issue de l'hospitalisation en réanimation



COMITE D'ETHIQUE

Pr Christophe Baufreton

Angers, le 27 avril 2018

Dr Aurore Armand
Département de Médecine d'Urgence
aumarmand@chu-angers.fr

Mme Marine LEFEBVRE

Madame,

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné dans sa séance du 25 Avril 2018 votre étude « **Quelle contribution possible des médecins généralistes dans les décisions de limitation et arrêt des thérapeutiques (LAT) lors d'une hospitalisation en réanimation ? Enquête à partir du service de réanimation médicale du CHU d'Angers** » enregistrée sous le numéro 2018/38.

Après examen des documents transmis, audition des rapports et discussion, votre projet ne soulève pas d'interrogation éthique.

Cet avis ne dispense toutefois pas le ou les porteurs du projet de s'acquitter des autres obligations réglementaires pouvant être nécessaires.

Je vous prie de croire, Madame, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Professeur Christophe Baufreton

Contribution des médecins généralistes (MG) dans les décisions de limitation et d'arrêt des thérapeutiques actives (LATA) en réanimation ?

RÉSUMÉ

Introduction : La loi Léonetti impose que les décisions de LATA s'appuient sur une décision collégiale. La loi prévoit également que l'avis du patient soit pris en compte. S'il n'est pas en mesure de s'exprimer lui-même, ses directives anticipées doivent être recherchées, au besoin en contactant le médecin traitant. Les services de réanimation sont fréquemment confrontés à la question des LATA. Cette étude visait donc à établir un état des lieux des échanges entre réanimateurs et MG autour des décisions de LATA.

Méthodes : Étude exploratoire réalisée au sein du service de médecine intensive et réanimation du CHU d'Angers. Le recueil de données a été effectué à partir des dossiers médicaux de réanimation et via un questionnaire téléphonique adressés aux MG des patients admis sur la période concernée. Les données ont été collectées dans une base de données Excel. Les tests statistiques ont été réalisés grâce au test exact de Fisher via le logiciel biostaTGV.

Résultats : 103 patients ont été hospitalisés et 96% des MG figurants aux dossiers médicaux ont pu être contactés. Pour 9,7% des patients, il existait une trace écrite d'échanges entre réanimateur et MG dans les dossiers médicaux. Les MG déclaraient avoir été contactés par les réanimateurs dans 31% des cas. Les discussions de LATA ont concerné 31,1% des patients dont 71,9% aboutissaient à une décision de LATA. Par ailleurs, 40,6% des MG des patients concernés par une discussion de LATA, déclaraient avoir déjà abordé le sujet avec le patient (ou son entourage). L'étude a montré de manière significative que plus le patient (ou son entourage) avait parlé de LATA avec le MG au préalable, plus une LATA était posée lors d'une hospitalisation en réanimation ($p=0,00015$).

Discussion et conclusion : La littérature montre que les relations MG/réanimateurs pourraient être améliorées par une meilleure communication des 2 protagonistes. Un échange interdisciplinaire existe donc bien, notamment autour des décisions de LATA, mais semble insuffisant. Notre étude suggérait que le MG pourrait être un intervenant à privilégier pour les décisions collégiales de LATA, à la fois comme détenteur d'informations significatives pour le patient et comme tiers extérieur à la décision.

Mots-clés : médecin généraliste, réanimateur, LATA, échange interdisciplinaire, décision collégiale.

Contribution of general practitioners (GPs) on withholding and withdrawing life support decisions in intensive care ?

ABSTRACT

Introduction: The Leonetti law requires that withholding and withdrawing life support decisions are based on a collegial decision. The law also provides for the patient's opinion to be taken into account. If he is not able to express himself, his advance directives must be sought, if necessary by contacting the general practitioners (GPs). The intensive care units are frequently confronted with the question of withholding and withdrawing life support. The aim of this study was to establish an inventory of exchanges between intensivists and GPs around withholding and withdrawing life support decisions.

Methods: Exploratory study conducted in the intensive care department of Angers Hospital. The data was collected from the intensive care medical files and via a telephone survey sent to patients admitted during the reporting period. The data was collected in an Excel database. The statistical tests were carried out with Fisher's exact test via the biostaTGV software.

Results: 103 patients were hospitalized and 96% of patients with GPs could be contacted. For 9.7% of patients, there was a written record of exchanges between intensivists and GPs in medical records. The GPs reported being contacted by the intensivists in 31% of cases. Withholding and withdrawing life support discussions involved 31.1% of patients, of whom 71.9% resulted in withholding and withdrawing life support decision. Moreover, 40.6% of the GPs of the patients concerned by a withholding and withdrawing life support discussion, declared to have already addressed the subject with the patient (or his entourage). The study significantly showed that the more the patient (or his entourage) had discussed withholding and withdrawing life support therapy with the GPs beforehand, the more a withholding and withdrawing life support decision had taken to hospitalization in intensive care unit ($p = 0.00015$).

Discussion and conclusion: The literature shows that the relationships between GPs and intensivists could be improved by better communication between the two protagonists. An interdisciplinary exchange therefore exists, especially around the withholding and withdrawing life support decisions, but seems insufficient. Our study suggested that GPs could be a privileged intervener for the collegial decisions of withholding and withdrawing life support therapy, as the holder of meaningful information for the patient and as a third party outside the decision.

Keywords: general practitioners, intensivists, withholding and withdrawing life support, interdisciplinary exchange, collegial decision.

