

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Etat des lieux des limitations des thérapeutiques actives et
des directives anticipées en péri-opératoire. Résultats d'une
enquête sur 291 anesthésistes-réanimateurs.**

Présentée et soutenue publiquement le 26 janvier 2021 à 18h

Au Pôle Formation

Par Inès GUEGUEN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Benoit TAVERNIER

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Raphaël FAVORY

Monsieur le Professeur Éric KIPNIS

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Vincent COLAS

AVERTISSEMENT

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

Table des matières

Résumé	9
Introduction	10
Matériel et méthode	12
I. Etude transversale	12
II. Objectifs	13
III. Analyse des données	14
Résultats	15
I. Flow Chart	15
II. Satisfaction	16
III. Mise en place de LATA	17
IV. Directives anticipées	18
V. Cas cliniques	19
VI. Difficultés rencontrées	19
Discussion	22
I. Analyse de données	22
a. LATA	22
b. Directives anticipées	27
II. Limites de l'étude	31
Conclusion	32
Bibliographie	33
Annexe	36

RESUME

Contexte : La mortalité péri-opératoire est une réalité de nos services d'anesthésie-réanimation puisqu'elle touche environ 4% des patients ASA 3, toutes chirurgies confondues(1). Les situations de limitation des thérapeutiques actives (LATA) et de directives anticipées (DA) sont rencontrées régulièrement. Cette étude a pour objectif d'évaluer la satisfaction concernant la LATA en période péri-opératoire.

Patients et méthodes : Sur le mois d'octobre 2019, un questionnaire électronique portant sur la pratique des LATA en péri-opératoire et les DA a été diffusé à des internes d'anesthésie-réanimation et à des anesthésistes réanimateurs (AR) français. Le questionnaire était constitué de 6 questions d'ordre démographiques, 10 questions sur les pratiques concernant les limitations des thérapeutiques actives et les directives anticipées, 2 cas cliniques, et 8 questions sur la satisfaction quant à la situation et les axes d'améliorations concernant les LATA et les DA.

Résultats principaux : Sur les 291 AR ayant répondu, 48,8% (142) sont des internes. Sur une échelle de 0 (pas satisfait) à 5 (complètement satisfait), la satisfaction est en moyenne à 2,1 concernant les LATA et 1.9 pour les DA. 27,8% (81) des AR avaient déjà acté seul des LATA, dont 91,4% (74) dans un contexte d'urgence. 63,6% (184) des AR avaient déjà eu l'impression de faire de l'acharnement thérapeutique sans arriver à y mettre fin.

Conclusion : La satisfaction concernant les LATA et les DA en péri-opératoire n'est pas suffisante. Malgré des LATA fréquemment utilisées par les AR, encore un trop grand nombre a l'impression de faire de l'acharnement thérapeutique sans arriver à y mettre fin. Une consultation dédiée aux DA et leur intégration dans le dossier médical étaient deux axes d'amélioration à explorer.

INTRODUCTION

La mortalité péri-opératoire est une réalité de nos services d'anesthésie-réanimation puisque, en Europe, elle touche environ 4% des patients ASA 3, toutes chirurgies confondues (1). En France, 5,8% des patients opérés sont admis en réanimation en post-opératoire avec une mortalité de 3,2% toutes causes confondues (1). Toujours selon la même étude, 14% des patients opérés en urgence en Europe sont admis de manière non anticipée en réanimation. Dans l'étude ETHICAL, 27% des personnes âgées de plus de 80 ans refusaient l'admission en réanimation pour ventilation non invasive, 43% pour ventilation invasive et 63% refusaient l'épuration extra rénale après ventilation invasive (2). Les trois raisons principales étaient le risque de perte d'autonomie après la réanimation, le sentiment d'être trop âgé, et le fait de ne pas vouloir rester en vie si cela signifie devoir bénéficier de réanimation. De plus, *Rooij et al* nous a démontré que la mortalité du patient très âgé (plus de 80 ans) durant le séjour en réanimation pour chirurgie urgente est de 34% (contre 10,6% pour les chirurgies programmées) et de 62,1% à 12 mois de la sortie d'hospitalisation, en comptant la mortalité hospitalière et en réanimation (contre 21,6% pour les chirurgies programmées) (3). Il semble donc essentiel, que cela soit dans le contexte de l'urgence ou en chirurgie programmée, de discuter avec le patient de ses directives anticipées ou de réaliser une limitation des thérapeutiques actives pour éviter toute obstination déraisonnable.

Comme le souligne l'étude de *Hadler et al*, la présence de directives anticipées (DA) ou de limitation des thérapeutiques actives (LATA) est une contre-indication à une prise en charge chirurgicale pour 60% des chirurgiens et 36,3% des

anesthésistes (4). Cette différence entre la vision des anesthésistes et des chirurgiens peut probablement s'expliquer par le concept de contrat informel entre le chirurgien et le patient décrit par *Schwarze et al* en 2010(5). Le patient consent, par ce « surgical buy-in », à tout geste chirurgical, ainsi qu'à l'hospitalisation en réanimation associée. En effet, une prise en charge au bloc opératoire exclut toute possibilité d'échec. Mais cette situation implique un risque de prise en charge qui peut ne plus être acceptable pour la famille ou le patient.

Après la loi Kouchner (2002), mettant en place le droit du patient à l'information et son consentement aux soins, les lois Leonetti (2005) et Leonetti-Claeys (2016) sont venues compléter les droits du malade. La loi du 22 avril 2005 a permis de poser les bases de l'encadrement des bonnes pratiques concernant les limitations thérapeutiques et l'arrêt des soins, mais aussi de proscrire l'obstination déraisonnable. Elle a été renforcée par la loi du 2 février 2016 qui a introduit la notion de directives anticipées afin de permettre de connaître et respecter les volontés du patient sur sa fin de vie. Mais qu'en est-il en pratique ?

La plupart des études sur le sujet se centrait sur la vision du chirurgien. Notre formation d'anesthésiste-réanimateur nous permet d'avoir une vision globale de la prise en charge du malade, qui ne se limite pas à la chirurgie, mais vient compléter l'appréciation du chirurgien.

L'objectif de cette étude était d'effectuer un état des lieux sur les LATA et les DA en péri-opératoire, avec une attention particulière sur l'analyse de la satisfaction des anesthésistes-réanimateurs (AR) dans leur pratique clinique des LATA et des DA.

MATERIEL ET METHODE

I. Etude transversale

Sur le mois d'octobre 2019, un questionnaire électronique portant sur la pratique des limitations des thérapeutiques actives en péri-opératoire et les directives anticipées a été diffusé aux anesthésistes-réanimateurs français via l'AJAR France (association des jeunes anesthésistes-réanimateurs) et les secrétariats d'anesthésie-réanimation du Nord. 291 anesthésistes-réanimateurs diplômés ou en formation ont répondu.

Le questionnaire comportait 6 questions démographiques (âge, sexe, poste occupé, région d'exercice, lieu d'exercice, secteur préférentiel d'exercice), puis se divisait en 3 parties :

- La première partie traitait des expériences personnelles avec des questions portant sur les LATA (fréquence de réalisation, méthode pour les acter), et sur les DA (fréquence en consultation, recherche systématique en consultation) ainsi que deux cas cliniques pratiques, l'un reposant sur le maintien de la décision de non réanimation d'un arrêt cardiaque en per opératoire, l'autre sur la prise en charge d'une péritonite chez une patiente porteuse d'un glioblastome de stade 4 (annexe 1).
- La seconde partie portait sur les axes d'améliorations en ce qui concerne les LATA et les DA.
- La troisième partie permettait d'étudier la satisfaction concernant ces deux thèmes.

II. Objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la satisfaction des anesthésistes-réanimateurs concernant les LATA en période péri-opératoire.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer :

- La proportion de directives anticipées et de LATA rencontrées en consultation.
- La proportion de LATA actées seul et pourquoi.
- Les personnes impliquées dans les LATA avec l'AR.
- Le taux de recherche de la volonté du patient, des DA.
- L'information du patient et/ou de la personne de confiance avant la pose de LATA.
- L'utilisation d'un document formalisé pour les LATA.
- L'intégration des équipes paramédicales.
- Les discordances dans l'interprétation des DA et des LATA en situation aiguë.
- La satisfaction quant à la gestion des DA en période péri-opératoire.
- Les difficultés rencontrées lors de la pose de LATA et sur les directives anticipées.
- Les axes d'améliorations concernant les LATA et les DA.
- La gestion de deux situations cliniques.
- L'intérêt d'une consultation dédiée au DA.

III. Analyse des données

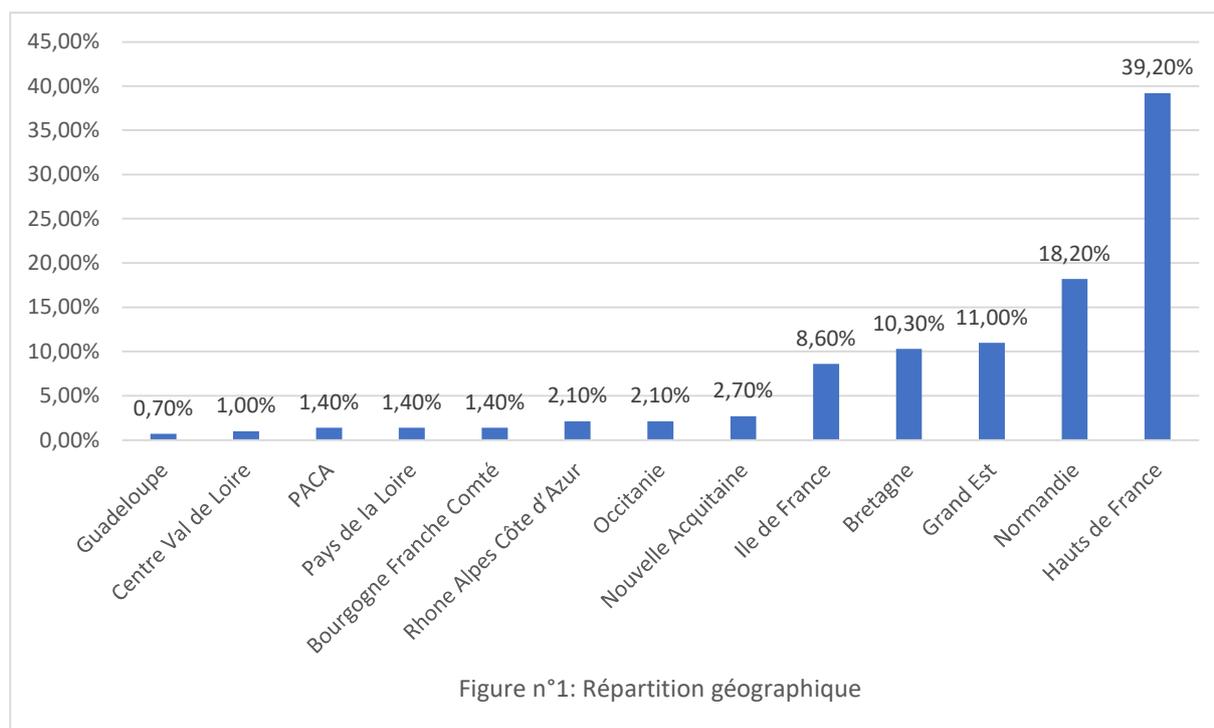
Les données ont été analysé à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics pour Windows, Version 24.0. Les données quantitatives étaient exprimées en moyennes et écarts types. Les variables qualitatives étaient exprimées en pourcentages. Les comparaisons de pourcentages ont été effectuées par le test du Khi 2 après vérification des conditions d'application avec, si nécessaire, un regroupement de données. Le risque consenti alpha était de 5%.

RESULTATS

I. Flow chart

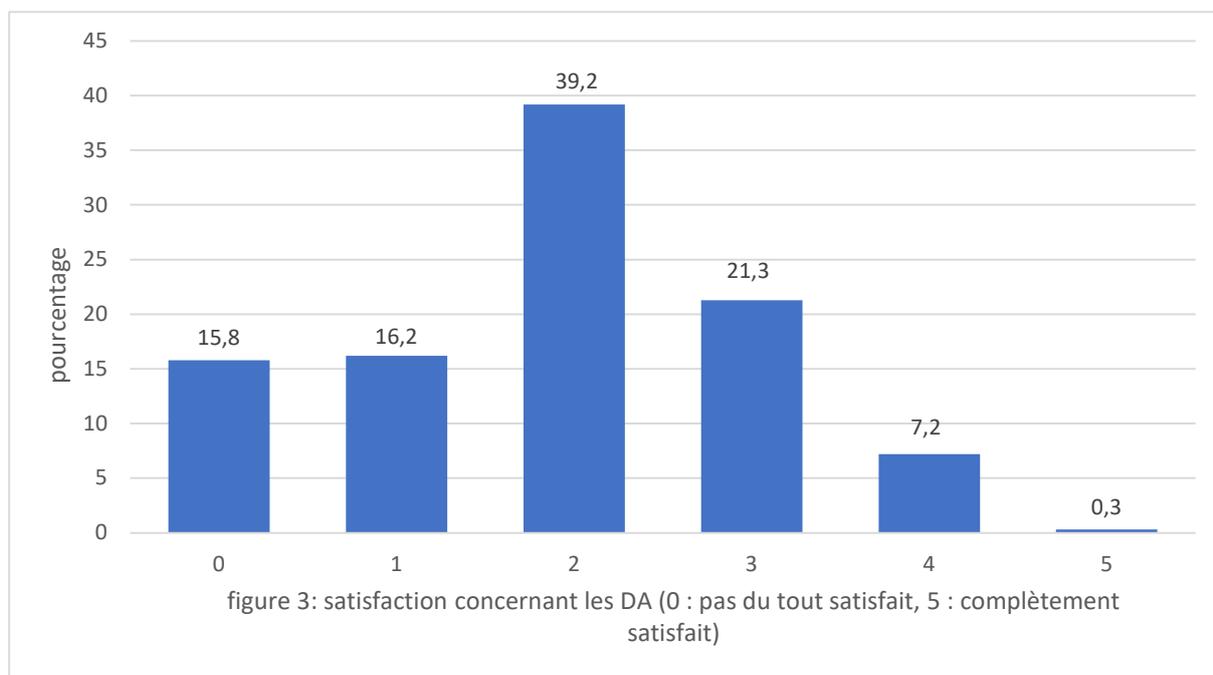
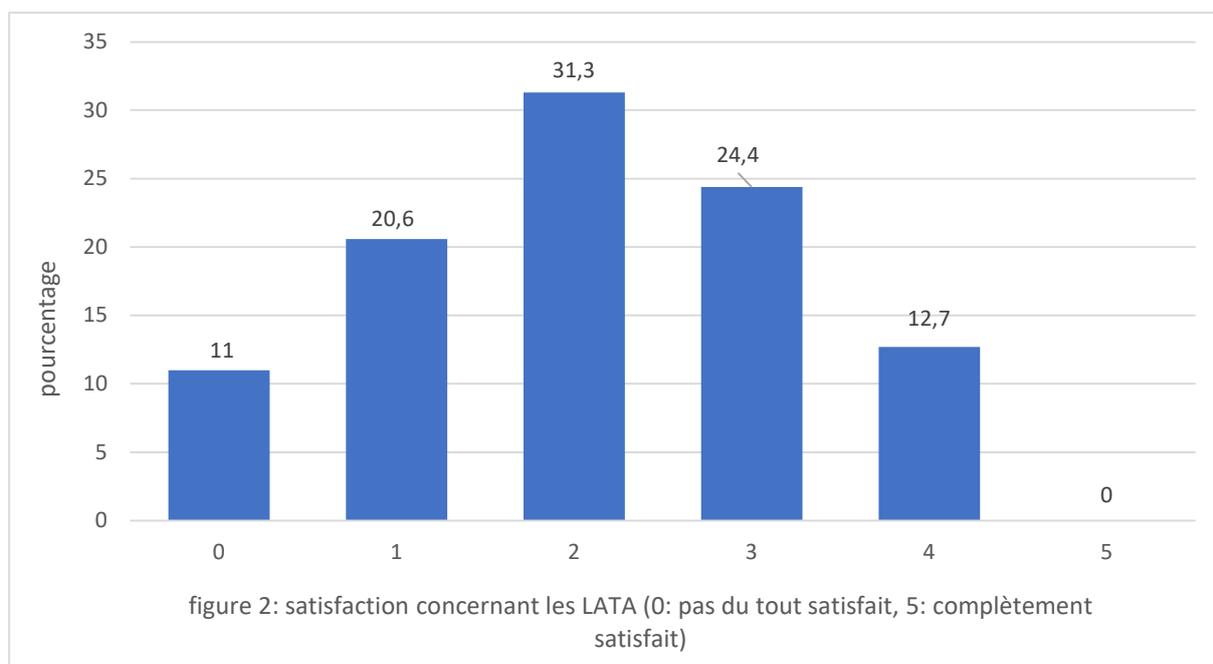
La population étudiée comprenait 47,8% (139/291) de femmes et 52,2% (152/291) d'hommes. L'âge médian était de 30 ± 9 ans. La figure n°1 représentait la répartition géographique des participants de l'étude. Sur les 291 participants, 46 (15,8%) étaient chefs de clinique/assistant (CCA), 142 (48,8%) étaient internes, 94 (32,3%) praticiens hospitaliers (PH), 6 (2,1%) libéraux, 1 (0,3%) professeur des universités-praticien hospitalier (PUPH) et 2 (0,7%) remplaçants. Pour les analyses bivariées, nous avons regroupé les PH avec le PUPH dans le même groupe.

46,9% (135/291) des répondants exerçaient préférentiellement une activité d'anesthésie, 18,4% (53/291) préférentiellement une activité de réanimation et 34,7% (100/291) exerçaient les deux activités. 79,7% (232/291) des participants exerçaient dans un Centre Hospitalier Régional Universitaire, 14,1% (41/291) dans un Centre Hospitalier périphérique, 3,4% (10/291) dans un établissement privé à but non lucratif et 2,7% (8/291) dans un établissement privé.



II. Satisfaction

La satisfaction moyenne, sur une échelle de 0 (pas du tout satisfait) à 5 (complètement satisfait), était de $2,1 \pm 1,2$ sur 5 pour les LATA et de $1,9 \pm 1,1$ sur 5 pour les DA (figure 2 et 3). 36,1% (105/291) des AR déclaraient réaliser plusieurs fois par mois des LATA, 25,1% (73/291) au moins une fois par mois, 37,5% (109/291) une à plusieurs fois par an, 1,4% (4/291) déclaraient n'en avoir jamais réalisé. La moyenne d'âge était significativement plus élevée (35,7 vs 31,2) chez ceux réalisant moins souvent des LATA ($p < 0,0001$), alors que les internes déclaraient en faire significativement plus fréquemment (70%, contre 60% des CCA et assistants et 54% des PUPH et PH, $p = 0,28$).



III. Mise en place des LATA

81 AR (27,8%) déclaraient avoir déjà réalisé seuls des LATA dont 74 (91,5%) dans le cadre de l'urgence, sans que le manque de temps ne soit en cause pour 95,1% des participants. 184 répondants (63,9%) déclaraient avoir déjà eu l'impression de faire de

l'acharnement thérapeutique sans arriver à y mettre fin ; principalement des internes (74%) ($p=0,01$).

149 répondants réalisaient des LATA (51,6%) entre anesthésiste/réanimateur, 136 (47,1%) avec le chirurgien, pour 48 (16,6%) avec un médecin extérieur, et pour 68 (23,5%) avec un autre médecin (urgentiste ou médecin traitant).

Les membres de l'équipe soignante étaient concertés avant la mise en place de LATA par 271 participants (93,2%). La personne de confiance et/ou le patient étaient informés systématiquement de la décision de LATA par 269 AR (92,7%). 40 répondants (14%) n'utilisaient pas systématiquement un document formalisé de LATA. 279 répondants (96,9%) étaient tout à fait d'accord et plutôt d'accord pour dire qu'ils recherchaient systématiquement la volonté du patient.

IV. Directives anticipées

34 participants (11,8%) n'étaient pas du tout d'accord et plutôt en désaccord pour dire qu'ils recherchaient systématiquement des directives anticipées quand ils réfléchissaient à des DA.

Les DA étaient retrouvées chez moins de 5% des patients pour 209 AR (71,8%), de 5 à 15% pour 61 AR (21%), 15 à 25% chez 17 AR (5,8%) et de 25 à 50% chez 4 AR (1,4%).

21,1% (60/291) des participants étaient plutôt en désaccord voire pas du tout d'accord pour dire que l'introduction des DA était le rôle de l'anesthésiste-réanimateur.

107 (38,2%) et 127 (45,4%) des répondants étaient respectivement tout à fait d'accord et plutôt d'accord sur le fait qu'il serait judicieux que les patients bénéficient d'une consultation dédiée aux directives anticipées lors de chirurgie à haut risque.

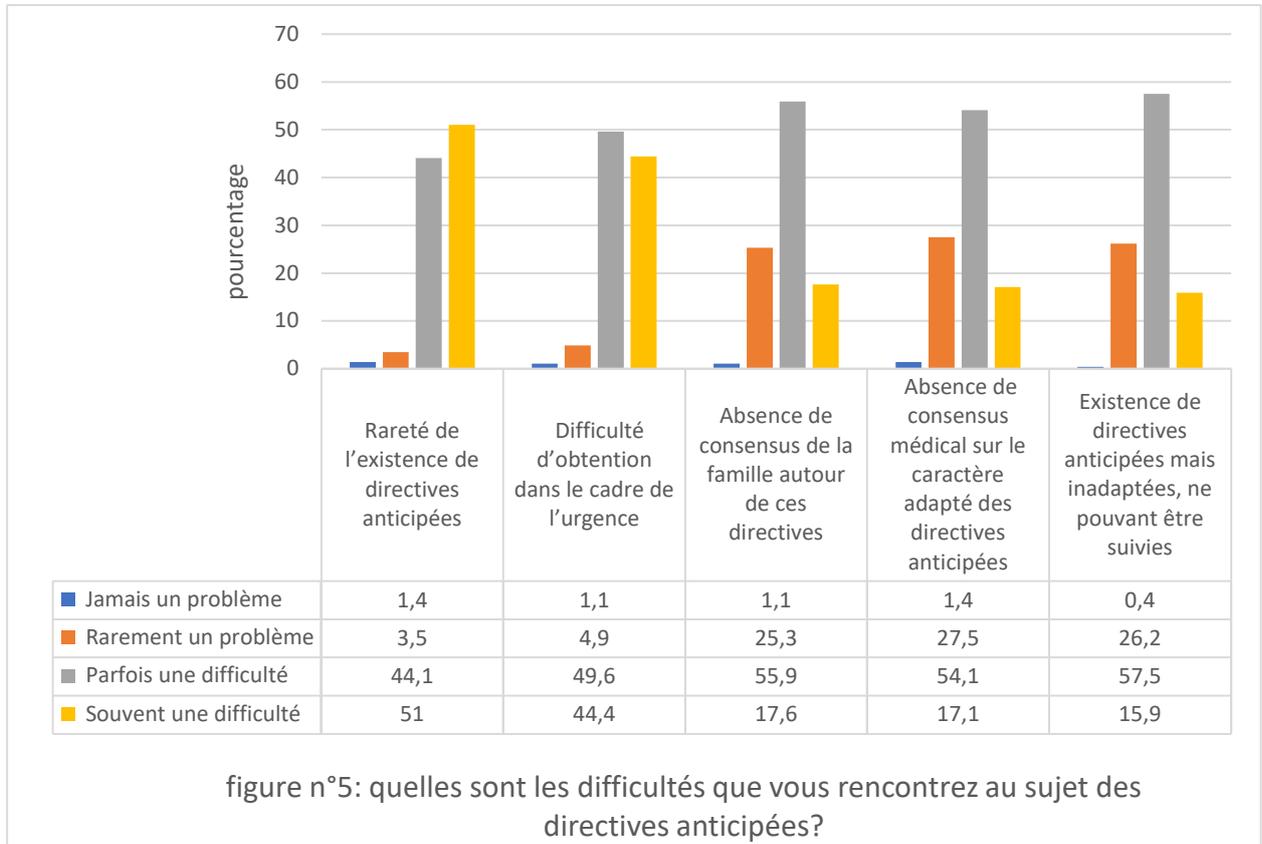
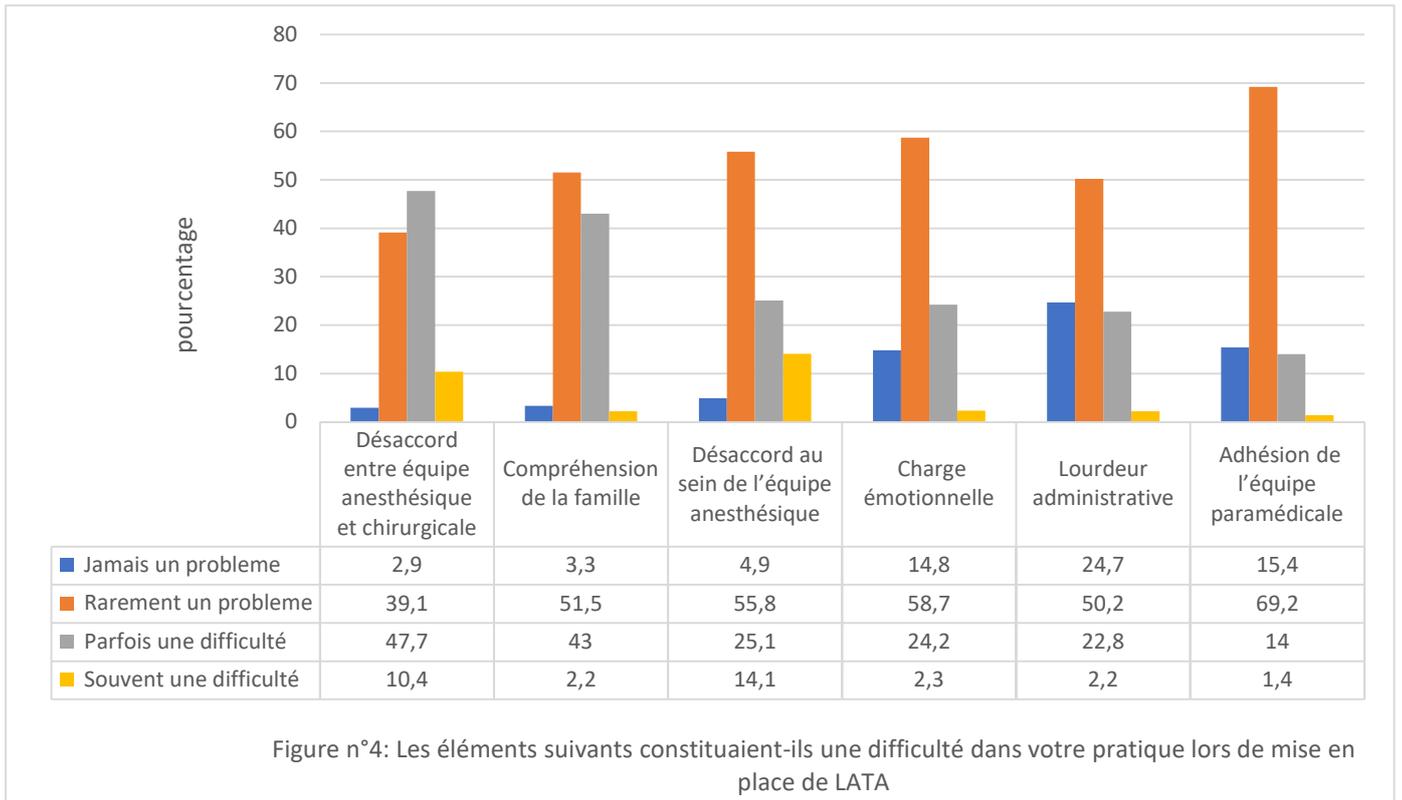
V. Cas cliniques

Concernant le cas clinique n°1, 179 AR (62%) étaient plutôt en désaccord, voire pas du tout d'accord avec la proposition dont principalement des répondants qui exerçaient une activité anesthésique (43%) ($p = 0,039$).

Concernant le cas clinique n°2, 16,4% (47/291) et 34,6% (99/291) des AR n'étaient respectivement pas du tout d'accord, et plutôt en désaccord pour opérer la patiente. La moyenne d'âge était significativement plus basse chez les AR en désaccord avec une prise en charge chirurgicale (34,1 vs 32 $p = 0,038$).

VI. Difficultés rencontrées

Les figures n°4 et n°5 correspondaient respectivement aux difficultés rencontrées lors de la mise en place de LATA et la gestion des DA. Lors des chirurgies à haut risque, 83,6% des AR, majoritairement les plus jeunes (37,2 vs 32,3 $p = 0,006$), estimaient être plutôt d'accord et tout à fait d'accord pour la réalisation d'une consultation dédiée aux DA chez les patients bénéficiant d'une chirurgie à haut risque.



L'amélioration de la mise en place de LATA passait :

- Pour 69% (200/291) des interrogés par la formation des équipes médicales et paramédicales.
- Pour 74,8% (217/291) par un processus encadré par une procédure de service.
- Pour 56,2% (163/291) des répondants, par l'inclusion de l'équipe de soins palliatifs dans la mise en place de LATA.

Les répondants avaient également proposé librement, de manière non statistiquement évaluable, différents axes d'amélioration :

- La formation des chirurgiens.
- L'inclusion des anesthésistes réanimateurs dans les réunions de concertation pluridisciplinaire.
- L'inclusion des réanimateurs lors des discussions pré-opératoires.
- L'anticipation en fonction du type de chirurgie.
- La mise en place d'un comité d'éthique pré-chirurgical.

L'amélioration des DA passait par la sensibilisation du public pour 82,1%, l'intégration dans le dossier médical pour 90% et une consultation dédiée au DA par un médecin formé pour 70% des AR interrogés.

DISCUSSION

Cette étude a permis d'effectuer un état des lieux sur les limitations des thérapeutiques actives et les directives anticipées dans un contexte péri-opératoire. La situation n'est pas satisfaisante pour une majorité des personnes interrogées.

I. Analyse des résultats

A. LATA

Avoir une proportion aussi importante de répondants ayant l'impression de faire de l'acharnement thérapeutique sans arriver à y mettre fin (63,9%) est anormal en 2020. Ce sentiment est déjà bien décrit dans le corps infirmier(6). C'est un point à ne pas négliger puisqu'il serait associé à un risque plus élevé de burn out(7,8). Le désaccord formel de la famille, mais aussi un désaccord entre les soignants, quant à une limitation des thérapeutiques actives en sont probablement les causes principales. Dans l'étude de *Breen et al*, le conflit entre soignants et famille quant aux limitations des thérapeutiques actives était fréquent (9).

La limitation des thérapeutiques actives est réalisée régulièrement par les anesthésistes-réanimateurs puisque plus de la moitié la pratique entre une fois et plusieurs fois par mois. C'est une amélioration par rapport à 2010 où les LATA étaient rares, en tout cas sur les blocs en urgence(10). Mais alors d'où vient ce sentiment d'acharnement thérapeutique ? La loi Léonetti Claeys n'est-elle donc pas toujours appliquée ? C'était pourtant un des points mis en avant lors de la commission de réflexion sur la fin de vie : « *Parce qu'il est inacceptable que la loi Leonetti ne soit*

toujours pas appliquée après sept ans d'existence, faire un effort majeur d'appropriation de cette loi par la société et par l'ensemble des médecins et des soignants, notamment par des campagnes d'information régulières et un effort massif de formation. »(11).

La limitation des thérapeutiques actives était ici encore souvent réalisée seule dans le contexte de l'urgence. *Dumont et al* retrouvait également un taux important de LATA réalisé seule par les AR (49,4%) (10). La Loi Léonetti mettait en avant le fait que le médecin prenait la décision après avoir recueilli l'avis d'un autre médecin. L'avis n°121 du CCNE recommande « *une modification de la procédure collégiale afin qu'elle prenne la forme d'une véritable délibération collective qui « ne soit pas conçue comme une discussion collégiale entre experts » et qui soit mise en œuvre « de manière beaucoup plus large, dès que des décisions complexes doivent être prises en fin de vie, que ce soit du fait d'une raison médicale ou d'une demande du patient ».*

C'est ce qui a été fait puisque la loi Léonetti-Claeys impose de prendre les décisions de LATA de manière collégiale, même en urgence. Weber en 2018 précisait qu'il est souvent possible de discuter avec un collègue d'une autre spécialité ainsi qu'avec les autres soignants (12). Dans le contexte péri-opératoire, il a également rappelé l'importance d'inclure le chirurgien dans la discussion. Cependant, les répondants objectaient que c'est source de conflits. Les difficultés étaient peut-être dues à un désaccord sur la suspension ou non des directives anticipées en péri opératoire. Ce sujet semblait déjà non consensuel entre les AR dans les cas cliniques de ce questionnaire, ceci correspond à l'étude de *Burkle et al* où 30% des médecins suspendaient systématiquement le statut non réanimatoire en per opératoire, avec une

proportion moins importante chez les anesthésistes (17%) que les chirurgiens (38%) et les internistes (34%) (13).

Peu d'études ont évalué le ressenti des patients ou de leur famille mais, plusieurs études de cas nous incitaient à évaluer en pré opératoire la volonté des patients, et à ne pas contre indiquer toute chirurgie dès lors qu'existent des LATA ou des DA de non réanimation d'un arrêt cardiaque (14–16).

Afin d'améliorer les LATA en péri opératoire, la mise en place d'une procédure de service est importante. En effet, les LATA sont très fréquentes en réanimation et souvent réalisées en routine, mais elles sont moins discutées en anesthésie. Comme proposé, la mise en place de comité d'éthique pré chirurgical ou l'inclusion d'anesthésiste-réanimateur dans les réunions de concertation pluridisciplinaires avec une procédure de discussion systématique de LATA pour les patients seraient deux procédés intéressants.

Les équipes de soins palliatifs sont les mieux formées aux LATA mais ne sont que rarement contactées en dehors de la fin de vie. Les contacter pour discuter d'une prise en charge raisonnée, avec une chirurgie mais sans forcément de prise en charge invasive en post opératoire est rarement fait en pratique. C'est une possibilité qu'il faudrait explorer puisqu'elle s'avère concluante dans certaines études de cas(16).

Une des solutions qui était ressortie en proposition libre pour améliorer les LATA était la formation des chirurgiens et des anesthésistes-réanimateurs. Le comité de réflexion sur la fin de vie décrit bien cette problématique de formation. La formation est réalisée quasi uniquement lors du premier cycle des études médicales, et sur une durée de 2 à 35h. En dehors des diplômes universitaires de soins palliatifs, les

médecins sont peu formés aux directives anticipées, à la limitation des thérapeutiques actives et à la gestion de la fin de vie (11). *Bakke et al* objective la difficulté de montrer l'efficacité d'une formation sur la gestion de la fin de vie (17). Peu d'études fiables ont étudié le sujet, qui, au vu de sa subjectivité, est difficile à évaluer. Une étude de *Baumann et al* suggère de former également les infirmiers et infirmières qui sont un acteur essentiel de la prise en charge du patient (18). En effet, ils sont en contact avec le patient en pré opératoire et peuvent, soit initier la discussion sur le caractère adapté ou non des directives anticipées, soit en référer à un médecin référent dans le domaine. Au vu de la charge de travail de l'équipe paramédicale, la faisabilité de ce protocole n'est pas certaine.

Malgré un petit effectif, une étude pilote sur la conversation concernant les préférences des patients avant les chirurgies à haut risque conduite à Boston suggérait de réaliser un entretien pré opératoire, par un spécialiste non chirurgical, en présence d'un proche du patient (19). Cet entretien visait à lancer la discussion sur les directives anticipées. Elle concluait que la pratique quotidienne de ces discussions dans le cadre de toutes les chirurgies n'était pas réalisable. Mais, l'intérêt de ces discussions ne serait-il pas de les adapter aux patients préalablement sélectionnés ? Eventuellement en fonction du type de chirurgie et des comorbidités ?

Un des problèmes qui ressortait également, dans le cadre des LATA mais aussi des DA, est la compréhension de la famille. En effet, malgré la présence de DA ou de LATA faites en accord avec le patient, la famille peut s'opposer aux décisions lorsque le patient n'est plus à même d'exprimer ses volontés. Il est primordial que la personne de confiance soit présente lors de ces discussions, ou au moins inciter le patient à

discuter avec sa personne de confiance et ses proches de ses désirs. *Schäfer et al* constate bien dans son questionnaire une divergence de point de vue concernant la prise en charge des patients (20). 80% des répondants pensent que la famille devrait être informée des décisions médicales, mais 30% des patients et 15% des familles ne pensent pas que la famille ait son mot à dire concernant la prise en charge du patient(20).

Une piste serait peut-être d'avoir plus de discussions avec le malade en pré opératoire, potentiellement via une consultation dédiée puisqu'une majorité des répondants trouvait cette proposition intéressante dans notre étude. *Doherty et al* rapporte le cas d'un patient de 43 ans, insuffisant rénal chronique terminal sous dialyse, qui nécessite une chirurgie de sclérose péritonéale, chirurgie à haut risque (16). Ce patient consent au risque de la chirurgie, mais, après discussion avec les soins palliatifs, le chirurgien, le néphrologue et le réanimateur, refuse toute prise en charge d'une défaillance multiviscérale. Les soins palliatifs étaient, dans cette étude de cas, inclus pour discuter avec le patient de la meilleure prise en charge possible pour lui.

L'amélioration des LATA passait aussi, pour les répondants, par une procédure de service standardisée. Déjà en 2010, malgré une loi claire sur le sujet, *Dumont et al* mettait en évidence cette nécessité. Dix ans plus tard, le problème reste non résolu.

B. Directives anticipées

La présence de directives anticipées réduit le stress, l'anxiété et la dépression de la famille du patient concerné (21), pourtant elles sont peu fréquentes en France. D'après un sondage de l'institut BVA auprès des EPHAD, 13% des adultes de plus de 50 ans ont rédigé leurs directives anticipées en France, et 34% souhaitent en rédiger. La présence de DA en consultation d'anesthésie est encore plus basse que dans la population générale. Pourtant, déjà en 2012, le Comité de réflexion sur la fin de vie précisait l'importance de « *Réaliser régulièrement une campagne d'information majeure auprès des citoyens, des médecins et des soignants sur l'importance des directives anticipées, la qualité de leur rédaction et l'effectivité de leur usage ; et sur la possibilité de désigner une personne de confiance et sur le rôle qui peut lui être confié.* » (11). Or, l'absence de DA est bien jugée comme problématique dans notre étude. Comment l'expliquer ?

Le personnel soignant n'est pas formé aux directives anticipées et une partie ne pense pas qu'il soit nécessaire de discuter des DA chez un patient qui n'est pas en fin de vie (22). Pourtant, ce sujet est reçu positivement, notamment par les sujets âgés de plus de 65 ans, et permet de renforcer la relation de confiance médecin-malade (23). Lorsqu'on interroge les patients, ils déclarent que les directives anticipées doivent être à l'initiative du médecin chez les patients âgés, et avant d'être atteints d'une maladie grave (24).

Nabozny et al met en évidence l'absence de directives anticipées nécessaires pour certains patients car ils ont confiance en leur chirurgien et sa capacité à réaliser une prise en charge raisonnée (25). Mais aussi que, pour eux, leurs directives sont

implicites et que leur famille fera respecter leur volonté si besoin. En pratique, ce n'est pas aussi simple.

La famille est parfois une source de difficulté face aux directives anticipées. Surtout qu'une partie des patients ne souhaite pas discuter de leur préférence de fin de vie avec leur famille, alors même qu'ils mettent en place des directives anticipées pour diminuer leur charge émotionnelle (26). L'enregistrement vidéo des directives anticipées permettrait à la famille de prendre connaissance plus facilement du souhait du patient. *Quintiliani et al* a mis en évidence la faisabilité de cet enregistrement (27). Ainsi, potentiellement, la vidéo permettrait au clinicien de s'assurer de la pertinence des DA, et de leur caractère adapté ou non à la situation.

Une des problématiques est donc de savoir comment améliorer la proportion de directives anticipées dans la population générale. La méta-analyse de *Ramsaroop et al* démontre une amélioration du pourcentage de directives anticipées dans les groupes interventionnels (28). Les méthodes mises en place sont différentes d'une étude à l'autre puisque dans certaines études, un e-mail avec un fichier expliquant les directives anticipées était envoyé au patient, soit de manière isolée, soit associé secondairement à une consultation. D'autres études réalisent plusieurs consultations successives pour aboutir, lors de la dernière, à la rédaction de directives anticipées.

Urman et al proposait, lui, de réaliser une courte vidéo de 6 minutes présentant au patient le service de réanimation, l'importance de la personne de confiance et des discussions préalables avec la famille sur les souhaits concernant sa prise en charge (29). Il concluait à une augmentation des directives anticipées en péri opératoire d'une chirurgie à haut risque et à une discussion entre le patient et la famille sur ses volontés concernant l'hospitalisation. Une autre manière de présenter la chirurgie à haut risque

au patient a été l'outil « Best Case /Worst Case » de *Kruser et al* en 2015 (30). Il a permis de présenter au patient les risques inhérents à la chirurgie ou, à l'absence de prise en charge chirurgicale sous la forme d'une échelle. Le chirurgien décrivait d'abord la prise en charge chirurgicale, avec l'évolution post-opératoire idéale, intermédiaire, et compliquée. Il présentait ensuite la prise en charge palliative avec de la même manière l'évolution idéale, et compliquée avec, par exemple, une gestion difficile de la douleur. Cet outil n'est pas parfait, mais pourrait aider le patient à mieux adapter ses directives anticipées.

La présence de directives anticipées formulées ne veut pas dire qu'elles soient accessibles au médecin, surtout dans le cadre de l'urgence. C'était pourtant déjà une proposition de la Conférence de citoyen sur la fin de vie : « *Outre le déficit d'information du grand public, nous observons l'absence de centralisation de ces directives anticipées. Aussi, nous proposons la mise en place d'un fichier informatique national. Cette centralisation, soumise aux réglementations de la CNIL, permettra aux professionnels de santé (en premier lieu urgentistes, réanimateurs) d'y accéder et de respecter les dispositions des patients. Parallèlement, l'existence de directives anticipées par un patient devra figurer comme une information inscrite sur la carte vitale. L'existence de ce fichier autorisera l'administration à envoyer un courrier tous les 5 ans rappelant à la fois l'existence de directives anticipées et la possibilité de les modifier.* » (11). Rendre des directives anticipées obligatoires aux patients bénéficiant d'une assurance maladie, associée à un accès en ligne, strictement personnel mais visible à tout moment par le personnel médical a été proposé en Suisse par *Eltorai et al* (31).

La commission de réflexion sur la fin de vie souhaitait, en 2012, différencier deux cas : « l'un « *proposé par le médecin traitant à tout adulte qui le souhaite, sans aucune obligation, quel que soit son état de santé, et même s'il est en bonne santé, et régulièrement actualisé* » ; ou l'autre « *en cas de maladie grave diagnostiquée, ou en cas d'intervention chirurgicale pouvant comporter un risque majeur* » ; « *ce document de volontés concernant spécifiquement les traitements en fin de vie devrait être proposé en sus du premier, dans le cadre d'un dialogue avec l'équipe médicale et soignante.* » ».

Dans les deux cas cliniques, nous observons que la prise en charge n'est pas pré définie et que la gestion des LATA et DA en pré opératoire n'est pas facile, et encore moins unanime. Le case report de *Ramachenderan et al* nous incite à bien remettre le patient au centre de la prise en charge (32). Il nous présente un patient de 93 ans, autonome à domicile, mais présentant de lourds antécédents cardiovasculaires et ne souhaitant pas de réanimation d'un arrêt cardiaque. La discussion au sujet de l'intervention pour ischémie mésentérique et syndrome occlusif est intégrée dans le cadre du projet global du patient. L'équipe de soins palliatifs met en avant le désir du patient de retourner à domicile. Or, le seul moyen pour arriver à cet objectif est de tenter l'intervention, avec des limites clairement établies. En effet, il est prédéfini, en accord avec la famille, qu'aucune réanimation d'un arrêt cardio-respiratoire ni d'un choc septique réfractaire ne sera établi puisque cela altérerait l'autonomie du patient et donc son retour à domicile.

Malgré des directives anticipées potentiellement adaptées, les AR restaient divisés sur leur utilisation dans le contexte de l'urgence. Au sein même d'une équipe médicale, il pouvait y avoir des discordances dans la prise en considération des DA. Pourtant les

patients souhaitent que leurs DA ne soient pas systématiquement suspendues (33), et leur présence est importante (34).

II. Limites de l'étude

Cette étude comportait des biais. Il s'agissait d'une étude transversale. La répartition entre les régions n'a pas été homogène avec un effet centre certain. Les régions Hauts de France et Normandie avaient répondu de manière plus importante. La médiane d'âge était de 30 ans, avec une proportion importante d'internes. Ce biais de recrutement était secondaire à la technique de diffusion du questionnaire via l'AJAR. Ce questionnaire visait exclusivement les AR mais l'autre acteur principal de la prise en charge du patient en péri opératoire est bien sûr le chirurgien.

Un biais de transfert était présent devant l'absence de réponse à certaines questions. De plus, les réponses concernant l'activité d'exercice préférentielle n'était pas optimale, avec une proportion d'activité préférentiellement anesthésiste ou préférentiellement réanimateur non fiable. Ce biais était dû à la formulation de la question.

De nombreuses études évaluent les directives anticipées et les LATA en réanimation, mais peu d'études françaises évaluaient ces questions en période péri opératoire et aucune étude n'évalue la satisfaction sur ce sujet, ni les axes d'amélioration.

CONCLUSION

La satisfaction concernant les DA et les LATA en période péri-opératoire n'est pas suffisante. Malgré des LATA fréquemment réalisées, les AR interrogés ont encore trop souvent l'impression de faire de l'acharnement thérapeutique sans arriver à y mettre fin. Les difficultés sont encore multiples. Pour les LATA, les AR déclaraient qu'un désaccord entre eux et l'équipe chirurgicale, ainsi qu'une incompréhension de la famille étaient des difficultés fréquemment rencontrées. Le caractère inadapté des DA, leur difficulté d'obtention dans le cadre de l'urgence, ainsi que leur absence étaient des difficultés rencontrées par les répondants.

L'amélioration de la situation pourrait passer par la création de procédures de service pour encadrer les LATA et la formation des équipes médicales et paramédicales. En ce qui concerne les DA, une consultation dédiée avec un médecin formé, l'intégration dans le dossier médical et la sensibilisation du public permettrait d'améliorer la situation. Le développement des DA est nécessaire pour une prise en charge optimale de nos patients. Pour cela, il est nécessaire que des campagnes d'information sur les DA soient réalisées, surtout chez les patients présentant des pathologies chroniques invalidantes. Mais il est aussi de notre devoir, et celui de chaque médecin prenant en charge le patient, d'introduire cette notion de directives anticipées et d'engager la discussion au sein du cercle familial.

Les futures études nécessiteraient d'évaluer l'intérêt de former les personnels médicaux et paramédicaux à la discussion concernant les directives anticipées et l'intégration d'une personne supplémentaire pour discuter des souhaits du patient et de sa famille.

BIBLIOGRAPHIE

1. Pearse R, Moreno R, Bauer P, Pelosi P, Metnitz P, Spies C, et al. Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study. Vol. 380, Lancet 2012, 380(9847):1059-65
2. Philippart F, Vesin A, Bruel C, Kpodji A, Durand-Gasselien B, Garçon P, et al. The ETHICA study (part I): elderly's thoughts about intensive care unit admission for life-sustaining treatments. Intensive Care Med. 2013;39(9):1565-73.
3. de Rooij SE, Govers A, Korevaar JC, Abu-Hanna A, Levi M, de Jonge E. Short-term and long-term mortality in very elderly patients admitted to an intensive care unit. Intensive Care Med. 2006;32(7):1039-44.
4. Hadler RA, Neuman MD, Raper S, Fleisher LA. Advance Directives and Operating: Room for Improvement? A A Case Rep. 2016;6(7):204-7.
5. Schwarze ML, Bradley CT, Brasel KJ. Surgical « buy-in » : the contractual relationship between surgeons and patients that influences decisions regarding life-supporting therapy. Crit Care Med. 2010;38(3):843-8.
6. Laurent A, Bonnet M, Capellier G, Aslanian P, Hebert P. Emotional Impact of End-of-Life Decisions on Professional Relationships in the ICU : An Obstacle to Collegiality? Crit Care Med. 2017;45(12):2023-30.
7. Fumis RRL, Junqueira Amarante GA, de Fátima Nascimento A, Vieira Junior JM. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. Ann Intensive Care. 2017;7(1):71.
8. Dalmolin G de L, Lunardi VL, Lunardi GL, Barlem ELD, Silveira RS da. Moral distress and burnout syndrome : are there relationships between these phenomena in nursing workers ? Rev Lat Am Enfermagem. 2014;22(1):35-42.
9. Breen CM, Abernethy AP, Abbott KH, Tulskey JA. Conflict associated with decisions to limit life-sustaining treatment in intensive care units. J Gen Intern Med 2001;16(5):283-9.
10. Dumont R, Asehnoune K, Pouplin L, Volteau C, Simonneau F, Lejus C. Withholding or withdrawing of life sustaining therapies in emergency context. Perception by anaesthesiologists. Ann Fr Anesth Reanim. 2010;29(6):425-30.
11. Rapport à Francois Hollande, President de la Republique Francaise. Commission de réflexion sur la fin de vie en France. 18 Décembre 2012.
12. Weber B. Limitations thérapeutiques en médecine périopératoires. anrea.2018.07.007
13. Burkle CM, Swetz KM, Armstrong MH, Keegan MT. Patient and doctor attitudes and beliefs concerning perioperative do not resuscitate orders : anesthesiologists'

growing compliance with patient autonomy and self determination guidelines. *BMC Anesthesiol.* 2013;13:2.

14. Chan WL. The “do-not-resuscitate” order in palliative surgery : Ethical issues and a review on policy in Hong Kong. *Pall Supp Care.* 2015;13(5):1489-93.
15. Schwarze ML, Kehler JM, Campbell TC. Navigating high risk procedures with more than just a street map. *J Palliat Med.* 2013;16(10):1169-71.
16. Doherty DT, Shapey IM, Moinuddin Z, Birtles L, Summers A, Ahamed A, et al. Should End-of-Life Preferences Be Discussed Routinely before High-Risk Surgery? *J Palliat Med.* (12):1818-1821
17. Bakke KE, Miranda SP, Castillo-Angeles M, Cauley CE, Lilley EJ, Bernacki R, et al. Training Surgeons and Anesthesiologists to Facilitate End-of-Life Conversations With Patients and Families : A Systematic Review of Existing Educational Models. *J Surg Educ.* 2018;75(3):702-21.
18. Baumann M, Killebrew S, Zimnicki K, Balint K. Do-Not-Resuscitate Orders in the Perioperative Environment : A Multidisciplinary Quality Improvement Project. *AORN Journal.* 2017;106(1):20-30.
19. Cooper Z, Corso K, Bernacki R, Bader A, Gawande A, Block S. Conversations about treatment preferences before high-risk surgery : a pilot study in the preoperative testing center. *J Palliat Med.* 2014;17(6):701-7.
20. Schäfer C, Putnik K, Dietl B, Leiberich P, Loew TH, Kölbl O. Medical decision-making of the patient in the context of the family : results of a survey. *Support Care Cancer.* 2006;14(9):952-9.
21. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients : randomised controlled trial. *BMJ.* 2010;340:c1345.
22. de Courson T, Sfeir C, de Guillebon G, Sanson H, Yannoutsos A, Priollet P. Advance directives in hospital practice : A matter of concern for every healthcare professional and consumer. *Rev Med Interne.* 2019;40(3):145-50.
23. Smucker WD, Ditto PH, Moore KA, Druley JA, Danks JH, Townsend A. Elderly outpatients respond favorably to a physician-initiated advance directive discussion. *J Am Board Fam Pract.* 1993;6(5):473-82.
24. Johnston SC, Pfeifer MP, McNutt R. The discussion about advance directives. Patient and physician opinions regarding when and how it should be conducted. End of Life Study Group. *Arch Intern Med.* 1995;155(10):1025-30.
25. Nabozny MJ, Kruser JM, Steffens NM, Pecanac KE, Brasel KJ, Chittenden EH, et al. Patient-reported Limitations to Surgical Buy-in : A Qualitative Study of Patients Facing High-risk Surgery. *Ann Surg.* 2017;265(1):97-102.

26. Miller H, Tan J, Clayton JM, Meller A, Hermiz O, Zwar N, et al. Patient experiences of nurse-facilitated advance care planning in a general practice setting : a qualitative study. *BMC Palliat Care*. 2019;18(1):25.
27. Quintiliani LM, Murphy JE, Buitron de la Vega P, Waite KR, Armstrong SE, Henault L, et al. Feasibility and Patient Perceptions of Video Declarations Regarding End-of-Life Decisions by Hospitalized Patients. *J Palliat Med*. 2018;21(6):766-72.
28. Ramsaroop SD, Reid MC, Adelman RD. Completing an advance directive in the primary care setting : what do we need for success? *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(2):277-83.
29. Urman RD, Gross CS, Sadovnikoff N, Bader AM. Improving Preoperative Completion of Advanced Care Planning Documents in Patients With Expected Postoperative Intensive Care Unit Stay: A & A Practice. 2019;12(12):455-8.
30. Kruser JM, Nabozny MJ, Steffens NM, Brasel KJ, Campbell TC, Gaines ME, et al. « Best Case/Worst Case » : Qualitative Evaluation of a Novel Communication Tool for Difficult in-the-Moment Surgical Decisions. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(9):1805-11.
31. Eltorai, A.E.M., Besdine, R.W. Advance directive repository. *Aging Clin Exp Res* 27, 97–98
32. Ramachenderan J, Auret K. The Challenge of Perioperative Advance Care Planning. *J Pain Symptom Manage*. 2019;58(3):538-42.
33. Hiestand D, Beaman M. Perioperative Do-Not-Resuscitate Suspension: The Patient's Perspective. *AORN J*. 2019;109(3):326-34.
34. Meyer-Zehnder B, Bucher E, Vogt DR, Pargger H. Existential questions prior to elective surgery. Survey in a preoperative anesthesia consultation service. *Anaesthesist*. 2016;65(4):258-66.

ANNEXE : Questionnaire

Vous êtes : Un homme ? Une femme ?

Quel âge avez-vous ?

Quel poste occupez-vous ?

- Chef de clinique ou assistant
- Praticien hospitalier
- Professeur des universités-praticien hospitalier
- Maître de conférences hospitalier-praticien hospitalier
- Remplaçant
- Libéral
- Interne

Quelle activité exercez-vous préférentiellement ?

- Anesthésie
- Réanimation
- Activité pédiatrique
- Activité adulte

Dans quel type d'établissement travaillez-vous ?

- CHU
- Centre hospitalier périphérique
- Etablissement privé
- Etablissement de santé privé à but d'intérêt collectif

Dans quelle région exercez-vous ?

- Ile de France
- Hauts de France

- Provence Alpes Côte d'Azur
- Auvergne - Rhône - Alpes
- Bourgogne Franche Comté
- Bretagne
- Centre-Val de Loire
- Grand Est
- Normandie
- Nouvelle Aquitaine
- Occitanie
- Pays de la Loire
- Corse
- Dom Tom
- Autre

Partie 1 : expérience personnelle

Avez-vous souvent recours aux limitations des thérapeutiques actives ?

- Jamais
- Une à plusieurs fois par an
- Au moins une fois par mois
- Plusieurs fois par mois,
- Plusieurs fois par semaine

Vous est-il arrivé d'acter seul une limitation thérapeutique ?

- Oui en situation d'urgence
- Oui par manque de temps

- Oui pour une autre raison
- Non

Avec qui prenez-vous les décisions de limitations thérapeutiques ?

- Le plus souvent seul
- Le plus souvent entre anesthésistes-réanimateurs
- Le plus souvent entre chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs
- Le plus souvent avec d'autres médecins (médecin traitant, urgentiste...)
- Toujours avec un médecin extérieur
- Non concerné

Recherchez-vous systématiquement les volontés exprimées par le patient ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt en désaccord
- Non, pas du tout d'accord
- Aucun avis sur la question

Recherchez-vous systématiquement les directives anticipées quand vous réfléchissez à une limitation des thérapeutiques actives ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt en désaccord
- Pas du tout d'accord
- Aucun avis sur la question

Quelle est la fréquence de patients ayant de directives anticipées écrites dans votre structure ?

- Moins de 5 %

- Entre 5 et 15 %
- Entre 15 % et 25 %
- Entre 25 et 50%
- Plus de 50 %

Concertez-vous les membres de l'équipe de soins avant de mettre en place des limitations ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt en désaccord
- Pas du tout d'accord
- Aucun avis sur la question

Informez-vous toujours le patient et/ou la personne de confiance avant la pose de limitations ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt en désaccord
- Pas du tout d'accord
- Aucun avis sur la question

Utilisez-vous systématiquement un document formalisé (procédure interne à l'hôpital ou document issu des sociétés savantes) de limitation des thérapeutiques actives ?

- Tout à fait d'accord
- Partiellement d'accord
- Pas du tout d'accord
- Aucun avis sur la question

Vous arrive-t-il d'avoir l'impression de faire de l'acharnement thérapeutique sans arriver à y mettre fin ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt en désaccord
- Pas du tout d'accord
- Aucun avis sur la question

Cas clinique n°1 : Un patient de 85 ans se présente en consultation pour une colectomie totale dans un contexte d'adénocarcinome. Ce patient a pour seul antécédent une hypertension artérielle bien contrôlée par LOXEN LP. Il vit à domicile avec sa femme, est autonome dans les actes de la vie quotidienne et n'a aucun trouble cognitif ou de jugement. La veille de l'intervention, il annonce à l'infirmière qu'il a des directives anticipées écrites et ne souhaite pas être transféré en réanimation.

Le jour du bloc, le patient fait un choc hémorragique avec instabilité hémodynamique nécessitant un transfert en réanimation. Pensez-vous que ces directives anticipées soient valables ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt en désaccord
- Pas du tout d'accord
- Aucun avis sur la question

Cas clinique n°2 :

Une patiente de 45 ans est hospitalisée pour péritonite sur perforation digestive, elle est stable sur le plan hémodynamique. Cette patiente présente comme antécédents

un glioblastome de stade 4 et est maintenant en perte d'autonomie, avec un pronostic sombre. Elle sort d'un passage en réanimation pour choc septique sur pneumopathie. Lors de son séjour, des limitations ont été posées, notamment sur l'intubation, la ventilation mécanique, la réanimation d'un arrêt cardiaque et l'introduction d'amines à doses déraisonnables.

Pensez-vous qu'il faille la prendre en charge chirurgicalement ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt en désaccord
- Pas du tout d'accord
- Aucun avis sur la question

Partie 2 : axes d'améliorations :

Les éléments suivants constituent-ils une difficulté dans votre pratique lors la mise en place de limitation des thérapeutiques actives ? (Pour chaque proposition : oui, toujours un problème, oui souvent un problème, je n'ai pas d'avis, non rarement un problème, non jamais un problème)

- Désaccord entre équipe anesthésique et chirurgicale
- Adhésion de l'équipe paramédicale
- Compréhension de la famille
- Lourdeur administrative
- Désaccord au sein de l'équipe anesthésique

Quelles sont les difficultés que vous rencontrez au sujet des directives anticipées ?

(Pour chaque proposition : oui, toujours un problème, oui souvent un problème, je n'ai pas d'avis, non rarement un problème, non jamais un problème)

- Difficulté d'obtention dans le cadre de l'urgence
- Rareté de l'existence de directives anticipées
- Absence de consensus de la famille autour de ces directives
- Existence de directives anticipées mais inadaptées, ne pouvant être suivies

Pensez-vous que le rôle de l'anesthésiste-réanimateur soit d'introduire la notion de directives anticipées avant une chirurgie à moyen ou haut risque ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt en désaccord
- Pas du tout d'accord
- Aucun avis sur la question

Estimez-vous qu'il serait judicieux que le patient bénéficie d'une consultation dédiée aux directives anticipées lors de chirurgie à haut risque ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt en désaccord
- Pas du tout d'accord
- Aucun avis sur la question

Partie 3 : conclusion :

La situation concernant les limitations des thérapeutiques actives en péri opératoire est-elle satisfaisante pour vous ? entre 0 (pas du tout) et 5 (complètement)

Comment l'améliorer ?

- Formation des équipes médicales et paramédicales
- Processus de mise en place encadrée par une procédure de service
- Concertation entre équipe médicale et paramédicale

La situation concernant la prise en compte des directives anticipées en période péri opératoire est-elle satisfaisante pour vous ? entre 0 (pas du tout) et 5 (complètement)

Comment l'améliorer ?

- Sensibilisation du public
- Améliorer le cadre de l'application des directives anticipées, indépendamment de l'accord de la famille
- Intégration dans le dossier médical
- Consultation dédiée à la rédaction des directives anticipées avec un médecin formé.

AUTEUR : Nom : GUEGUEN Prénom : Inès

Date de soutenance : 26 janvier 2021

Titre de la thèse : Etat des lieux des limitations des thérapeutiques actives et des directives anticipées en péri-opératoire. Résultats d'une enquête sur 291 anesthésistes-réanimateurs.

Thèse - Médecine - Lille « 2021 »

Cadre de classement : Anesthésie

DES + spécialité : Anesthésie-Réanimation

Mots-clés : limitations thérapeutiques, directives anticipées, péri-opératoire

Résumé :

Contexte : La mortalité péri-opératoire est une réalité de nos services d'anesthésie-réanimation puisqu'elle touche environ 4% des patients ASA 3, toutes chirurgies confondues(1). Les situations de limitation des thérapeutiques actives (LATA) et de directives anticipées (DA) sont rencontrées régulièrement. Cette étude a pour objectif d'évaluer la satisfaction concernant la LATA en période péri-opératoire.

Patients et méthodes : Sur le mois d'octobre 2019, un questionnaire électronique portant sur la pratique des LATA en péri-opératoire et les DA a été diffusé à des internes d'anesthésie-réanimation et à des anesthésistes réanimateurs (AR) français. Le questionnaire était constitué de 6 questions d'ordre démographique, 10 questions sur les pratiques concernant les limitations des thérapeutiques actives et les directives anticipées, 2 cas cliniques, et 8 questions sur la satisfaction quant à la situation et les axes d'améliorations concernant les LATA et les DA.

Résultats principaux : Sur les 291 AR ayant répondu, 48,8% (142) sont des internes. Sur une échelle de 0 (pas satisfait) à 5 (complètement satisfait), la satisfaction est en moyenne à 2,1 concernant les LATA et 1.9 pour les DA. 27,8% (81) des AR avaient déjà acté seuls des LATA, dont 91,4% (74) dans un contexte d'urgence. 63,6% (184) des AR avaient déjà eu l'impression de faire de l'acharnement thérapeutique sans arriver à y mettre fin.

Conclusion : La satisfaction concernant les LATA et les DA en péri-opératoire n'est pas suffisante. Malgré des LATA fréquemment utilisées par les AR, encore un trop grand nombre a l'impression de faire de l'acharnement thérapeutique sans arriver à y mettre fin. Une consultation dédiée aux DA et leur intégration dans le dossier médical étaient deux axes d'amélioration à explorer.

1. Pearse R, Moreno R, Bauer P, Pelosi P, Metnitz P, Spies C, et al. Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study. Vol. 380, Lancet 2012, 380(9847):1059-65

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Benoit TAVERNIER

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Raphaël FAVORY

Monsieur le Professeur Éric KIPNIS

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Vincent COLAS