

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2004

N°122

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale

par

Monsieur Romain DUMONT
né le 21 décembre 1974
à Boulogne Billancourt

Présentée et soutenue publiquement le 7 octobre 2004

**LIMITATION ET ARRET DES TRAITEMENTS ACTIFS
LORS DES REFUS D'ADMISSION EN REANIMATION
ETUDE PROSPECTIVE SUR UN AN**

Président: Monsieur le Professeur Michel PINAUD

Directeur de thèse: Monsieur le Docteur Jean REIGNIER

A Monsieur le Professeur Michel PINAUD

Vous avez accompagné ma formation d'anesthésiste réanimateur pendant ces quatre ans d'internat par votre présence et votre enseignement. Vous me faites l'honneur de me proposer un clinicat pour ces deux prochaines années. Soyez assuré que je tacherais d'honorer la confiance que vous m'accordez. Soyez sincèrement remercié d'avoir accepté de présider le jury de cette thèse.

A Monsieur le Professeur Jean Michel BOLES

Vous avez encadré avec les autres enseignants de réanimation médicale ces journées de DESC passées au West Hôtel. Au détour d'une pause café, nous avons échangé quelques propos sur ce sujet qui vous passionne de la fin de vie en réanimation. Pour avoir accepté si spontanément de faire partie du jury de cette thèse, et c'est pour moi un grand plaisir, soyez remercié.

A Monsieur le Professeur Daniel VILLERS

Vous avez encadré un de mes stages de réanimation médicale. J'ai pu apprécier la qualité de votre enseignement et la pertinence de votre sens de l'éthique. Vous me faites l'honneur de participer au jury de cette thèse, je vous en suis très reconnaissant.

A Monsieur le Docteur Philippe CHAMPIN

Toi et Dominique avez égayé mon stage de réanimation chirurgicale. J'ai pu apprécier vos larges compétences et votre talent pour partager votre savoir dans une ambiance toujours chaleureuse. Je suis très heureux de vous rejoindre dans un an.

Tu t'es particulièrement intéressé à mon sujet de thèse en en suivant la lente progression, mois après mois. Ta présence dans ce jury est pour moi une joie.

A Mr. Le Docteur Jean REIGNIER

J'ai effectué mon premier stage d'interne dans ton service. Quand je te l'ai demandé, tu m'as fais confiance et proposé ce sujet de travail qui te tenait particulièrement à cœur. Tu m'a guidé dans sa réalisation avec la patience, la bonne humeur et la rigueur qui sont tiennes. Ton don de la maïeutique ont transformé cette épreuve en plaisir, et je suis fier que tu aies accepté de diriger ce travail. Croiser ta route pendant mon internat a été une chance.

A Gwénaëlle, avec tout mon amour,
A mes filles Maëlle et Clarisse, mes deux princesses,
A ma mère Anne-Françoise et ma sœur Bénédicte,
A mon père Jean et ma grand-mère Geneviève, toujours aussi présents dans mon cœur,
A ma belle-famille,
A mes amis,
Aux copains de Cochin Port-Royal et du Centre Laënnec,
Aux camarades d'internat,
Aux internes d'anesthésie réanimation,
A ceux des médecins anesthésistes qui m'ont appris leur métier,
Aux infirmières et infirmiers anesthésistes qui ont contribué à ma formation,
Aux médecins réanimateurs médicaux de Nantes et de La Roche sur Yon,
Aux aides-soignantes et aides-soignants de réanimation,
A tous ceux qui aiment Epicure, Rabelais et Descartes.

Un merci très spécialement à Madame le Docteur Sandrine Katsahian (Département de biostatistique, Hôpital Saint-Louis) pour la réalisation statistique de ce travail. La gestation de cette thèse aura duré un peu plus longtemps que prévu, mais elle n'en est que plus aboutie, grâce à vous.

Une spéciale dédicace à Franck venu m'encourager à grandes lampées de Macallan 10 ans d'âge vendredi 18 septembre, à J + 3 de la date fatidique, pendant que PJ bossait aux urgences après m'avoir repris ma garde. Croa : 2 à 1. Match à poursuivre à Rennes. Amitiés.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	page 2
SOMMAIRE	page 5
INTRODUCTION.....	page 6
MATERIEL ET METHODE.....	page 9
• Présentation du service, organisation et modalités de prise en charge des patients et de leur famille	
• Présentation de l'étude	
• Analyse statistique	
• Scores utilisés dans l'étude	
RESULTATS	page 16
DISCUSSION	page 27
• Synthèse des résultats	
• La décision de non admission	
• Refus d'admission pour les malades trop graves	
• Problématiques liées aux LATA par refus d'admission	
• Limites de l'étude	
CONCLUSION	page 41
BIBLIOGRAPHIE.....	page 42
RESUME	

Introduction

L'évolution des comportements sociaux vis à vis de la mort ces trente dernières années a profondément modifié la mission des services publics de soins et le rôle des soignants au sein de ces structures. Plus de 70 % de nos concitoyens meurent actuellement à l'hôpital et en institution au sens large [1]. Les réanimateurs sont en prise directe avec cette réalité : la mortalité des patients admis y est de 20 % [2] et représente le plus fort taux de mortalité hospitalière. Parallèlement, les progrès médicaux permettent à de nombreux patients de vivre avec des maladies chroniques parfois invalidantes. Ceci conduit à l'admission de patients pour une pathologie aiguë, certes, mais présentant surtout des pathologies chroniques sévères altérant déjà leur pronostic vital. Par ailleurs, des patients sans antécédents médicaux mais présentant une pathologie aiguë mettant gravement en jeu le pronostic vital seront parfois l'objet de traitements très lourds dont l'inefficacité ou la gravité des séquelles envisageables feront remettre en cause la poursuite.

La prise en charge de ces patients ne peut se faire sans poser la question d'une limitation ou d'un arrêt des thérapeutiques actives (LATA). Les enjeux sont d'éviter de prolonger une agonie qui peut s'apparenter à de l'acharnement thérapeutique, de perdre une chance éventuelle pour un autre patient ne pouvant être admis faute de place, d'éviter l'épuisement professionnel et la souffrance des soignants [3]. La justification morale des LATA est établie, il s'agit de traitements devenus inutiles et donc contraires à l'éthique médicale et au droit qui fonde l'acte médical sur la nécessité thérapeutique [4]. De nombreux auteurs ont décrits les pratiques de LATA [5-10]. Ils ont montré que les décisions de LATA étaient fréquentes et qu'une forte proportion de patients décédait dans un contexte de LATA en réanimation. Ils ont aussi montré que des traitements actifs aussi lourds de sens émotionnel que la ventilation artificielle pouvaient être interrompus [11]. Ces études ont aussi mis en

évidence les difficultés et les limites des LATA en réanimation : 75 à 100 % des patients ne peuvent plus s'exprimer [7, 12], les proches ne connaissant pas la position de l'intéressé sur le sujet délicat de la fin de vie dans la majorité des cas [13]. De plus, l'état clinique de certains malades se détériore si rapidement que les décisions sont prises dans l'urgence. La gravité de ces décisions génère un stress pour la famille impliquée dans le processus décisionnel, comme pour le réanimateur [14]. Les dernières publications sur le sujet de l'accompagnement des malades en fin de vie en réanimation [2, 15] insistent sur la nécessaire poursuite de travaux de recherche dans ce domaine afin d'améliorer encore la prise en charge et l'accompagnement des malades et de leurs proches.

La mission du réanimateur ne s'arrête pas à la prise en charge des patients admis et à l'appréciation de l'utilité ou non des traitements entrepris. Il doit aussi répondre aux sollicitations extérieures en vue d'une admission en réanimation. Ce travail de régulation du réanimateur peut amener celui-ci à refuser un malade en estimant qu'il n'a aucun bénéfice à attendre d'une hospitalisation en réanimation. Ces patients refusés pour admission ont soit un état clinique peu inquiétant ne justifiant pas de soins intensifs, soit au contraire un état clinique si critique qu'il relève plutôt de soins palliatifs. De nombreux travaux se sont consacrés à ce choix d'admettre ou de refuser d'admettre un patient en réanimation, montrant que les refus étaient fréquents et que les critères de choix étaient l'état antérieur du patient, la gravité des défaillances viscérales lors de la proposition, et aussi le nombre de place disponibles au moment de la proposition [16-19]

R. Robert posait récemment la question « Le triage pour l'admission en réanimation est-il une limitation de soins ? » [20]. Cette question n'a pas, à notre connaissance, fait l'objet d'études spécifiques. Si les conditions entourant les LATA sont régulièrement évaluées chez les patients admis en réanimation, il n'en est pas de même pour les patients recusés. Pourtant, les réanimateurs refusent chaque jour des patients présentant des défaillances viscérales

graves dont les traitements, parfois déjà débutés dans un contexte d'urgence, seront arrêtés après le refus d'admission.

L'objectif de ce travail est donc d'étudier les conditions de LATA chez les patients dont l'admission en réanimation a été refusée en raison de leur état jugé trop grave. Ces LATA ont été comparés à ceux entrepris chez les patients admis. Nous avons mené une étude prospective observant les conditions de triage et de LATA chez les patients refusés et chez ceux admis en réanimation. Pendant un an, tous les patients ont été suivis depuis leur proposition d'admission en réanimation jusqu'à leur sortie de l'hôpital, qu'ils aient été admis ou non en réanimation.

Matériel et méthode

Présentation du service, organisation et modalités de prise en charge des patients et de leur famille

Présentation du service et de son mode de fonctionnement

Le service de réanimation polyvalente du Centre Hospitalier Départemental (CHD) de la Roche sur Yon (Vendée) est le seul service de réanimation d'un bassin de population de 550000 habitants. Il est affilié au centre hospitalo-universitaire de Nantes qui accueille les urgences chirurgicales neurologiques et cardiaques.

Le service n'accueille que des adultes. Il comporte 12 lits. L'équipe médicale est composée de 6 médecins seniors et de 3 internes. Le ratio patient/infirmier est de 3/1. Il n'y a pas de psychologue.

L'organisation de la prise en charge des patients est rythmée au cours de la journée par deux réunions. La première est la transmission de la garde à laquelle n'assistent que les médecins et le cadre infirmier. Le médecin et l'interne de garde donnent une situation clinique récente des patients déjà connus et présentent les patients admis dans la nuit. Les questions de LATA peuvent être évoquées, mais l'équipe s'efforce de reporter les discussions et décisions portant sur ces thèmes à la deuxième réunion de la journée, sauf cas urgent.

La deuxième réunion a lieu à la mi-journée et regroupe l'ensemble de l'équipe soignante : équipe médicale, infirmières, aides-soignantes et cadre-infirmier. Après présentation du dossier par l'interne et le senior de l'unité, la prise en charge de chaque patient fait l'objet d'une discussion détaillée : les orientations diagnostiques et thérapeutiques, l'évaluation des soins et du confort du malade, les décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques sont discutées.

Procédure d'admission des patients

Les admissions sont exclusivement organisées et régulées par un des 6 réanimateurs seniors du service : réanimateur « consultant » le jour et réanimateur de garde la nuit, les week-end et jours fériés. Ce réanimateur est joignable via un numéro de téléphone unique qui a été diffusé à tous les hôpitaux et services du département, CHD compris, plusieurs mois avant le commencement de l'étude. De jour, le réanimateur consultant en charge des admissions n'a pas d'obligation clinique à l'intérieur du service, et il a toute latitude pour se rendre dans les différentes unités qui proposent un malade afin de discuter avec les médecins en charge du patient l'indication ou non d'admission en réanimation. Pour l'aider dans sa décision, le réanimateur consultant dispose, outre de l'examen clinique du malade s'il est hospitalisé au CHD, d'un dossier médical informatisé consultable 24 heures sur 24 et commun à trois des six hôpitaux que comporte le département. Il peut aussi contacter les médecins habituels du patient (médecins traitants et/ou spécialistes) afin de recueillir les antécédents, l'histoire de la maladie, les traitements éventuels en cours.

Modalités de décisions d'arrêts et de limitations des traitements chez les patients hospitalisés en réanimation

Les procédures de limitations ou d'arrêt de thérapeutiques ne font pas l'objet d'un protocole écrit. Cependant, une réflexion conduite dans le service a établi des règles : décision collégiale lors de la réunion quotidienne regroupant toute l'équipe soignante, information et si possible, participation du patient ou de proches, promotion des soins et des traitements de confort, report des décisions et de leurs motifs dans le dossier, possibilité de recourir à l'arrêt de l'ensemble des thérapeutiques dites « actives », refus d'utiliser des injections de substances avec intention de donner la mort. Les arrêts ou les limitations des thérapeutiques ne sont engagées qu'après accord unanime de l'équipe soignante.

Information et discussion avec les familles et les proches

Elle fait l'objet d'une procédure écrite. Il y est précisé de réserver l'information aux proches immédiats du patient (enfants, conjoints) ou désignés par le patient ou sa famille. Pour les patients hospitalisés, les informations sur l'évolution du patient et l'engagement thérapeutique sont discutées avec les proches par le médecin accompagné de l'infirmière et si possible de l'aide-soignante en charge du patient, dans le salon réservé à cet effet. Ces entretiens ont lieu soit à la demande de la famille soit de l'équipe soignante.

Le téléphone n'est utilisé que dans des situations urgentes nécessitant une information immédiate (décès, aggravation brutale). En cas d'appel des familles dans le service, des informations courantes peuvent être données, sans aborder des questions d'ordre thérapeutique, pronostique ou éthique.

Un livret d'accueil est donné aux proches. Il précise l'organisation du service et évoque les notions d'arrêts ou de limitations des traitements, de recherche clinique et de dons d'organes (le service est en charge de la coordination des prélèvements d'organes et de tissus dans l'établissement).

Les horaires de visite dans le service sont recommandés (de 14 à 20 heures), mais non imposés aux familles. Selon les situations, ces horaires peuvent être élargis sans restriction pour les proches des patients en fin de vie.

Information et discussion avec les médecins habituels du patient

Les médecins habituels désignés par le patient ou ses proches sont des correspondants et des informateurs importants pour l'évaluation au plus juste de l'état clinique antérieur du patient et de son autonomie. Ils sont informés de l'évolution clinique du patient, participent aux décisions de LATA et sont des interlocuteurs privilégiés des proches en dehors du service.

Présentation de l'étude

Nous avons conduit une étude prospective observationnelle du 01.07.2002 au 30.06.2003 incluant tous les patients proposés pour admission dans le service de réanimation. Il n'y avait pas de critères d'exclusion.

Procédure d'inclusion

A chaque appel correspondant à une proposition d'admission en réanimation, une fiche spécifique était remplie par le réanimateur de garde ou consultant. Cette fiche rendait compte des caractéristiques de chaque proposition. Le recueil et la vérification des fiches d'admission ont été assurés quotidiennement par deux médecins seniors du service.

Données recueillies pour tous les patients

Les circonstances de l'appel en réanimation ont été relevées (date et heure de l'appel, fonction du correspondant téléphonique et service proposant le patient) ainsi que le contexte entourant la décision d'admission ou de non-admission (appel téléphonique ou consultation clinique). En plus des données démographiques (identité, âge, sexe), du motif de proposition et du diagnostic évoqué par les médecins en charge du patient, un bilan de la situation clinique antérieure à la proposition était dressé.

Pour être considéré comme porteur d'une pathologie chronique antérieure, le patient devait présenter au moins une défaillance chronique d'organe (insuffisance rénale, insuffisance hépatique, insuffisance cardiaque, insuffisance respiratoire) ou être porteur d'une maladie cancéreuse ou immunosuppressive (cancer prouvé, métastase prouvée, lymphome, leucémie aiguë, leucémie chronique).

L'autonomie du patient était appréciée par sa capacité à se déplacer, par la présence d'antécédents neurologiques ou psychiatriques. Le patient était classé comme "autonomie normale" s'il pouvait marcher seul ou avec aide, sans autre limitation ; il était classé comme "dépendant" s'il était incapable de marcher et/ou s'il vivait en institution et/ou avait des fonctions supérieures altérées et/ou une atteinte neurologique chronique et/ou une atteinte motrice chronique.

Les scores de Mc Cabe et de Knaus étaient relevés (les scores sont donnés à la fin du chapitre). Les personnes participant à la discussion d'admission ou de non admission, médecins ou proches, étaient relevées.

Suivi des patients inclus

Les patients inclus ont été suivis jusqu'à leur sortie de l'hôpital et leur statut de sortie (vivant ou mort) a été recueilli.

Données recueillies en cas d'admission

Pour chaque patient hospitalisé dans le service, une première fiche de recueil comportant les caractéristiques du patient était complétée. Si au cours de l'hospitalisation dans le service une décision d'arrêt ou de limitation des traitements était prise, le recueil des caractéristiques de la décision et de sa mise en œuvre était réalisé de façon prospective. Les principaux motifs ayant conduits à une LATA, le type de traitement arrêté ou limité, les différents intervenants (médecins ou proches) étaient relevés. Ces informations étaient collectées sur une deuxième fiche, remplie au cours de la réunion de service de la mi-journée et vérifiée quotidiennement par deux médecins seniors du service. Lorsque les décisions étaient prises la nuit, les intervenants étaient interrogés le lendemain afin de consigner l'ensemble des procédures.

Données recueillies en cas de non admission

Le motif de non admission du malade devait être mentionné. En cas de refus d'admission avec mise en place par les réanimateurs de mesures de limitation ou d'arrêt de thérapeutiques de réanimation, les modalités de mise en place de ces mesures étaient relevées et venaient compléter la fiche de proposition d'admission. Les traitements arrêtés ou limités, les interlocuteurs médicaux et familiaux étaient relevés.

Consentement

Selon la loi française et s'agissant d'une étude observationnelle évaluant des pratiques en cours dans le service, le recueil du consentement du patient ou de ses proches n'était pas nécessaire. L'étude a reçu l'accord du Comité Scientifique du centre de Recherche Clinique de l'établissement.

Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SAS. Les variables qualitatives ont fait l'objet d'une description en termes d'effectif, de données manquantes et de pourcentage. Les variables quantitatives ont fait l'objet d'une description en termes d'effectif, moyenne, écart-type (et parfois minimum, maximum, et médiane).

Les liaisons ont été testées, lorsque cela était pertinent, par le test du CHI2 ou de Fisher selon les effectifs pour les variables qualitatives. Pour les variables quantitatives, le test de Student ou le test non paramétrique de Wilcoxon ont été utilisés selon les effectifs. Les tests ont été considérés significatifs au seuil de 5%.

Scores utilisés dans l'étude

Score de Mac Cabe

- 0 : absence de maladie sous-jacente affectant le pronostic vital
- 1 : maladie sous-jacente affectant le pronostic vital à 5 ans
- 2 : maladie sous-jacente affectant le pronostic vital à 1 an

Score de Knaus

- A : état de santé normal
- B : limitation modérée de l'activité
- C : limitation importante de l'activité
- D : patient grabataire

Résultats

Pendant la période de l'étude, du 01 juillet 2002 au 30 juin 2003, 988 patients proposés pour admission en réanimation ont été inclus.

Description des patients

599 hommes (60,6 %) et 389 (39,4 %) femmes d'âge moyen 60 ± 19 ans (médiane 65) ont été proposés pour une admission de type médical (81,6 %) ou chirurgical (18,4 %). Les patients étaient adressés par le SAMU (12,2 %), par les urgences du CHD (33,1 %), par un service de médecine ou de chirurgie du CHD (18,5 %), par les urgences d'un autre établissement (19,5 %) ou par un service de médecine ou de chirurgie d'un autre établissement (16,7 %).

35,6 % étaient porteurs de pathologies chroniques. Respectivement, 58,1 %, 27,9 % et 9,5 % des patients avaient un score de Mac Cabe à 0, 1 et 2. 48,5 % avaient un score de Knaus à A ou B et 47,8 % à C ou D. L'autonomie de ces patients était altérée dans 19,7 % des cas.

Les motifs de proposition étaient une insuffisance respiratoire aiguë (22,4 %), un sepsis (11,9 %), une prise en charge post-opératoire (10,4 %), un coma avec score de Glasgow > 6 (9,7 %), une défaillance cardio-vasculaire (9,0 %), un traumatisme grave (8,6 %), une tentative de suicide (8,4 %), un désordre métabolique sévère (7,1 %), un coma avec score de Glasgow < 6 (6,1 %), un arrêt cardiaque (4,7 %), d'autres motifs (1,7 %).

La durée moyenne de séjour hospitalier était de 18.7 ± 30.4 (médiane :13).

Sur les 988 patients proposés pour admission, 666 patients ont été hospitalisés dans notre service de réanimation et 322 patients ne l'ont pas été. Les raisons de non venue sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Patients proposés en réanimation

Prise en charge en réanimation jugée nécessaire par le réanimateur	<u>756 (76,5 %)</u>
Patients non venus dans le service	90 (9,1 %)
LATA par médecin proposant	2
Place libérée en réanimation locale	1
Spécialité non disponible au CHD	24
Faute de place	44
Refus du patient	3
Refus des proches	2
Amélioration	8
Décédé(e)	6
Patients admis dans notre service	666 (67,4 %)
Refusés pour une prise en charge en réanimation	<u>232 (23,5 %)</u>
Trop malades	85 (8,6 %)
Pas assez graves	147 (14,9 %)

Les réanimateurs ont décidé d'un arrêt ou d'une limitation des traitements actifs chez 233 (23.6 %) des patients proposés :

- 85 (8.6 % des patients proposés et 36.5 % des arrêts ou limitations de soins) lors d'un refus d'admission en raison d'un état jugé trop grave (groupe "non admis par LATA")
- 148 (22.2 % des patients admis et 63,5 % des arrêts ou limitations de soins) après que le patient ait été admis en réanimation (groupe "LATA en réanimation").

272 des 988 patients pris en charge sont décédés (mortalité hospitalière : 27.53 %), dont 193 (71 %) dans un contexte de LATA. 82,8 % (193/233) des patients pour lesquels une décision de LATA a été prise sont décédés.

Détermination des facteurs associés à un refus d'admission par décision de LATA

Les caractéristiques des patients du groupe "non admis par LATA" sont présentées dans le tableau N°2. Les patients refusés pour admission par décision de LATA sont plus vieux et ont un état antérieur plus altéré (Mac Cabe, Knaus, pathologie chronique et autonomie) que les autres patients pour lesquels aucune décision de LATA n'a été prise à la proposition d'admission (groupe "triage sans LATA").

Pathologie chronique antérieure

25,9 % des patients du groupe "non admis par LATA" et 17,6 % de ceux du groupe "triage sans LATA" avaient une défaillance chronique d'au moins un organe ($p=0.06$). Dans chacun des groupes "non admis par LATA" et "triage sans LATA", les proportions respectives de patients atteints d'une insuffisance rénale chronique étaient 1,2 % et 1,2 %, d'une insuffisance hépatique 6,0 % et 3,2 %, d'une insuffisance cardiaque 4,8 % et 1,7 %, d'une insuffisance respiratoire 14,5 % et 11,8 %.

30,1 % des patients du groupe "non admission par LATA" et 17,9 % de ceux du groupe "triage sans LATA" avaient un cancer ou une immunosuppression ($p=0,01$) (cancer prouvé: 22,9 % et 13,6 %, cancer avec métastase : 6,0 % et 3,1 %, lymphome ou leucémie : 8,4 % et 2,7 %, respectivement).

Autonomie

Les patients des groupes "non admis par LATA" avaient une autonomie plus altérée que ceux du groupe "triage sans LATA". Ils étaient plus souvent institutionnalisés (34,2 *versus* 6,7 % ; $p<0,0001$); requéraient plus souvent une aide au déplacement (26,3 % *versus* 7,3 %) ou étaient plus souvent dans l'impossibilité de marcher (15,8 % *versus* 2,8 %) ($p<0,0001$) ; ils avaient plus souvent une altération des fonctions supérieures (21,8 % *versus* 5,4 % ; $p<0,0001$), étaient plus souvent atteints d'une pathologie neurologique chronique (21,8

% *versus* 5,4 % ; $p < 0,0001$) ou d'une atteinte motrice chronique (24,7 % *versus* 6,9 % ; $p < 0,0001$). En revanche, la fréquence des pathologies psychiatriques chroniques ne variait pas significativement entre les deux groupes (9,9 % *versus* 14,2 % ; $p = 0,29$).

Motifs d'admission

Les patients du groupe "non admis par LATA" étaient plus souvent admis pour un motif médical que ceux du groupe "triage sans LATA". Les diagnostics à l'admission étaient aussi différents entre les deux groupes : plus forte proportion d'arrêts cardiaques, de défaillances cardiovasculaires, de comas avec score de Glasgow inférieur à 6 et de sepsis. Aucun patient proposé pour les motifs "tentative de suicide", "traumatisme" ou "soins post-opératoires" n'appartenait au groupe "non admis par LATA".

Devenir, mortalité

Le taux de mortalité des patients "non admis par LATA" était nettement supérieur à celui du groupe "triage sans LATA". La durée moyenne de séjour hospitalier ne variait pas significativement entre les deux groupes.

Tableau 2 : Comparaison des patients refusés pour admission avec mise en place de LATA aux patients sans décision de LATA à la proposition d'admission

	Non admis par LATA (N= 85)	Triage sans LATA (N= 903)	P
	N (%)	N (%)	
Age	75.2 ± 13.9	59.2 ± 19.0	<0.0001
<i>inconnu</i>	1	9	
Sexe (M/F)	42/43 (M 49.4)	557/346 (M 61.7)	0.03
Provenance :			0.55
SAMU	8 (9.4)	112 (12.4)	
Urgences CHD	31 (36.5)	296 (32.8)	
Médecine ou chirurgie CHD	16 (18.8)	167 (18.5)	
Urgences autre établissement	20 (23.5)	173 (19.2)	
Médecine ou chirurgie autre établissement	10 (11.8)	155 (17.1)	
Mac Cabe			<0.0001
1	24 (33.3)	252 (28.9)	
2	28 (38.9)	66 (7.6)	
<i>inconnu</i>	13	31	
Knaus C, D	65 (86.7)	407 (46.5)	<0.0001
<i>inconnu</i>	10	27	
Pathologie chronique antérieure	46 (64.9)	306 (35.4)	<0.0001
<i>inconnu</i>	13	39	
Autonomie altérée	40 (52.6)	155 (17.8)	<0.0001
<i>inconnu</i>	9	30	
Type de patient :			<0.0001
Médical	83 (97.7)	723 (80.1)	
Chirurgical	2 (2.4)	180 (19.9)	
Motifs de prise en charge :			<0.0001
Arrêt cardiaque	7 (8.2)	39 (4.3)	
Autre	0	17 (1.9)	
Défaillance cardio-vasculaire	15 (17.7)	74 (8.2)	
Coma avec CGS < 6	18 (21.2)	42 (4.7)	
Coma avec CGS > 6	5 (5.9)	91 (10.1)	
Insuffisance respiratoire aiguë	17 (20)	204 (22.6)	
Désordre métabolique sévère	7 (8.2)	63 (7)	
Soins post- opératoires	0	103 (11.4)	
Sepsis	16 (18.8)	102 (11.3)	
Tentative de suicide	0	83 (9.2)	
Traumatisme	0	85 (9.4)	
Type de Prise charge envisagée :			<0.0001
Traitement de défaillance(s)	79 (92.9)	559 (61.9)	
Surveillance	6 (7.1)	344 (38.1)	
Mortalité Hospitalière	65 (76.5)	207 (23)	<0.0001
<i>inconnu</i>		2	
Durée moyenne de séjour	14.4 (19.8) (médiane 5)	19.1 (31.2) (médiane 13)	0.19

Comparaison du groupe "non admis par LATA" aux autres groupes de patients proposés pour admission et non hospitalisés dans notre unité

Hormis les patients non admis par LATA, les autres patients proposés pour admission et non hospitalisés en réanimation sont regroupés comme suit : non admission par manque de lits (groupe "faute de place") ; non admission par manque de gravité (groupe "pas assez grave") ; patient nécessitant des soins de réanimation, admis de principe dans notre unité mais non venu (LATA secondairement décidée par médecin proposant, place libérée en réanimation locale, spécialité non disponible au CHD, refus du patient ou des proches, amélioration, décès) : groupe "acceptés non admis". Les caractéristiques de ces quatre groupes de patients sont présentées dans le tableau N°3.

Les propositions d'admission pour ces quatre groupes étaient plus souvent médicales que chirurgicales. Les groupes "non admis par LATA" et "pas assez grave" étaient plus souvent gérés par consultation clinique des réanimateurs, les groupes "faute de place" et "acceptés non admis" par téléphone. Il y avait le même nombre de places disponibles au moment de la proposition d'admission pour les groupes "pas assez grave", "non admis LATA" et "acceptés non admis"; il n'était significativement inférieur que dans le groupe "faute de place". Les propositions d'admission pour ces trois groupes étaient plus fréquentes en garde, les propositions d'admission pour le groupe "non admis par LATA" plus fréquentes dans la journée. Pour le groupe "non admis par LATA", une discussion a été plus fréquemment entreprise avec un médecin habituel et les proches du patient que dans les autres groupes. Les patients du groupe "non admis par LATA", étaient plus vieux, avaient plus de pathologies chroniques antérieures, une autonomie plus altérée et plus fréquemment un score de Mac Cabe à 2 ou 3 et un score de Knaus C ou D. Enfin, les patients du groupe "non admis LATA" avaient une mortalité bien plus importante que les autres groupes de patients.

Tableau 3 : Comparaisons des 4 groupes de patients non venus dans notre service

		Non-admis LATA	Pas assez grave	Faute de place	Acceptés non admis	p	
		N=85 (%)	N=147 (%)	N=44 (%)	N=46 (%)		
Appel par	senior	81 (95.3)	133 (90,5)	43 (97,7)	45 (97,8)	0.07	
	interne	2 (2,4)	14 (9,5)	1 (2,3)	1 (2,2)		
Modalité de consultation							
Appel téléphone		50 (58.8)	80 (54,4)	40 (90,9)	32 (69.6)	0.0006	
Dossier		3 (3.5)	7 (4,8)	0	1 (2.2)		
Consultation clinique		30 (35.3)	60 (40,8)	4 (9,1)	13 (28.3)		
Réanimateur Consultant		35 (42,2)	38 (25.9)	14 (31,8)	12 (26.9)	0.07	
Garde nuit, WE ou JF		48 (56.5)	110 (74.8)	34 (77,3)	35 (76.1)	0.02	
Service appelant							
SAMU		8 (9,4)	10 (6,8)	12 (27,3)	11 (23.9)		
CHD	Urgences	31 (36.5)	68 (46.3)	6 (13,6)	18 (39.1)		
	Médecine ou chir.	16 (19,3)	27 (18,4)	2 (4,5)	5 (10.9)		
Hors CHD	Urgences	20 (23.5)	30 (20,4)	17 (38,6)	7 (15.2)		
	Médecine ou chir.	10 (11.8)	12 (8,2)	7 (15,9)	5 (10.9)		
Nombre de places disponibles		3 ± 2	3 ± 2	0 ± 0	4 ± 2	0.0001	
Discussion entreprise avec							
Un médecin (quel qu'il soit)		74 (87.1)	112 (76.2)	31 (70.5)	32 (69.6)	0.06	
Médecin hospitalier en charge du patient		71 (83.5)	112 (76.2)	31 (70,50)	32 (69.6)		
<i>Médecin traitant et/ou spécialiste habituels</i>		25 (29.4)	6 (4,1)	0	3 (6.5)		
Le patient		8 (9.4)	25 (17.0)	0	4 (8.7)		
Un ou des proche(s)		18 (21.2)	7 (4,8)	0	3 (6.5)		
Age							
		75 ± 14	55 ± 20	64 ± 14	51 ± 28	0.0001	
<i>inconnu</i>		1	4	1			
Pathologie Chronique Antérieure							
		46 (54.1)	35 (23.8)	10 (22.7)	4 (8.7)	0.0001	
<i>inconnu</i>		13	18	11	10		
Autonomie altérée							
		40 (47.1)	14 (9.5)	7 (15.9)	6 (13.4)	0.0001	
<i>inconnu</i>		9	14	8	6		
Mac Cabe							
1		20 (23.5)	99 (67.4)	26 (74.3)	34 (85)	<0.0001	
2 + 3		51 (72,9)	34 (25,6)	9 (25.7)	6 (15)		
<i>inconnu</i>		13	14	9	6		
Knaus							
A+B		10 (13.7)	94 (69.6)	21 (58.3)	30 (73.2)	<0.0001	
C+D		63 (86.3)	41 (30.4)	15 (41.7)	11 (26.8)		
<i>inconnu</i>		10	12	8	5		
Type d'admission							
Chirurgie programmée + Urgente		2 (2,4)	2 (1,4)	1 (2,3)	6 (12.5)	<0.0001	
Médicale		81 (97,6)	145 (98,6)	43 (97,7)	42 (87.5)		
Motif de proposition							
Arrêt cardiaque		7 (8.43)	0	4 (9.1)	3 (6.3)	<0.0001	
Autre		0	11 (7.5)	0	1 (2.1)		
Défaillance cardiovasculaire		14 (16.9)	12 (8.2)	7 (15.9)	7 (14.6)		
Coma avec CGS < 6		18 (21.7)	0	0	6 (12.5)		
Coma avec CGS > 6		4 (4.8)	32 (21.8)	4 (9.1)	6 (12.5)		
Insuffisance respiratoire aiguë		17 (20.5)	24 (16.3)	14 (31.8)	4 (8.3)		
Désordre métabolique sévère		7 (8.4)	17 (11.6)	2 (4.6)	2 (4.2)		
Soins post opératoires		0	2 (1.4)	0	2 (4.2)		
Sepsis		16 (19.3)	12 (8.2)	7 (15.9)	3 (6.3)		
Tentative de suicide		0	18 (12.2)	4 (9.1)	2 (4.2)		
Traumatisme		0	19 (12.9)	2 (4.6)	12 (25)		
Etat Clinique au moment de la décision							
VM ou VNI		27 (32.5)	5 (3.5)	20 (46.5)	18 (40.9)		<0.0001
Drogues vaso-actives		15 (19.5)	3 (2)	7 (16.7)	5 (11.9)	<0.001	
<i>inconnu</i>		6	7	2			
Glasgow		9 ± 5	14 ± 2	11 ± 5	11 ± 5		
<i>inconnu</i>		2	6				
Mortalité							
		65 (78.3)	7 (4,70)	8 (18,2)	19 (39.6)	<0.001	
<i>inconnu</i>			2				

Description des patients admis dans le service

415 hommes (62,5 %) et 251 femmes (37,5 %) d'âge moyen 60 ± 18 ans ont été hospitalisés pour une admission de type médicale (74,3 %) ou chirurgicale (25,7 %). Le score IGS II moyen était de 44 ± 22 , le score SOFA à l'admission était de 5 ± 4 .

38,6 % avaient une pathologie chronique antérieure. Respectivement, 59,5 %, 32,1 %, 8,4 % des patients avaient un score de Mac Cabe à 0, 1 et 2 ; 48,7% et 51,3 % un score de Knaus (A ou B) et (C ou D) dans. Leur autonomie était altérée dans 19,2 % des cas.

La mortalité de ces patients en réanimation était de 21,6 % ; leur mortalité hospitalière de 26,0 %.

Comparaison des arrêts et limitations thérapeutiques chez les patients non admis et chez les patients admis en réanimation

Il y avait respectivement 63,5% et 49,4% d'hommes dans le groupe "LATA en réanimation" et dans le groupe "non admis LATA" ($p=0,03$). Les propositions d'admission pour les patients des deux groupes étaient de type médical dans 85,8 % et 97,7 % et concernaient une défaillance d'organe dans 95,3 % et 94,0 %.

Les 85 patients du groupe "non admis LATA" étaient plus âgés que les 148 patients du groupe "LATA en réanimation" (74 *versus* 70 ans ; $p=0,009$) et avaient une autonomie plus altérée (52,6 % *versus* 35,1 % ; $p<0,05$). Ils étaient plus souvent institutionnalisés (34,2 % *versus* 13,5 % ; $p<0,0001$) avec une atteinte plus fréquente des fonctions supérieures (21,8 % *versus* 10,1% ; $p=0,016$) et une plus grande fréquence de pathologies neurologiques chroniques (21,8 % *versus* 10,1 % ; $p=0,008$). Il n'y avait pas de variation significative entre les deux groupes en ce qui concernait la capacité à se déplacer, la présence d'une atteinte motrice chronique, d'un antécédent psychiatrique ou de pathologies chroniques antérieures.

Les scores de Mac Cabe 0, 1 et 2 étaient respectivement pour les groupes "non admis LATA" et "LATA en réanimation" de 27,1 % *versus* 45,3 %, 34,3 % *versus* 37,2 % et 38,6 % *versus* 17,6 % (p=0,0016). Les scores de Knaus A et B, C et D étaient respectivement pour les groupes "non admis LATA" et "LATA en réanimation" de 13,3 % *versus* 28,4 %, 86,7 % *versus* 71,6 % (p=0,018).

Les caractéristiques des LATA décidés en réanimation et en dehors de la réanimation sont présentées dans le tableau 4. Les LATA lors d'un refus d'admission étaient beaucoup plus fréquents en garde, un jour férié ou un week-end. Les LATA pour les patients du service étaient décidés plus fréquemment pendant la journée. Les refus par LATA s'accompagnaient d'un niveau de discussion avec un médecin extérieur au service de réanimation plus important que pour les LATA du service, décidés de manière collégiale dans 79,1 %. En revanche le niveau d'information des familles des patients refusés par LATA était très inférieur au niveau d'information des familles de patients pour lesquels des LATA ont été décidés en réanimation. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes pour le type de décision prise (limitation ou arrêt) et pour les traitements les plus souvent limités ou arrêtés (drogues vaso-actives et ventilation mécanique). Il n'y avait pas de différence concernant les arrêts impliquant la ventilation mécanique.

Les motifs d'admission différaient significativement entre les deux groupes : il y avait plus d'insuffisance respiratoire aiguë et d'arrêt cardiaque chez les patients du groupe "LATA en réanimation" et plus de coma avec score de Glasgow < 6 et de défaillances cardiovasculaire dans le groupe "non admis par LATA".

Il n'y avait pas de différence significative de mortalité entre les décisions de LATA suivant qu'elles étaient prises en dehors ou en réanimation.

Tableau 4 : Comparaison des arrêts et limitations thérapeutiques chez les patients non admis et chez les patients admis en réanimation

	LATA en réanimation N=148 (%)	refus par LATA N=85 (%)	P
Moment de la décision :			<0.0001
Jour ouvré	105 (71.0)	35 (42.2)	
Garde ou WE ou jour férié	43 (29.1)	48 (57.8)	
Discussion entreprise avec un médecin extérieur au service de réanimation	94 (63.5)	74 (89.2)	<0.0001
- dont médecin traitant et/ou spécialiste habituel	50 (33.8)	25 (30.1)	0.66
Information familles et/ou patient	116 (78.4)	22 (26.5)	<0,0001
Information familles	116 (78.4)	18 (21.7)	<0,0001
Information du patient	8 (33.3)	8 (9.6)	0.15
<i>Incapable d'exprimer une volonté</i>	124 (83.7)		
Les motifs d'admission			0.001
Arrêt cardiaque	23 (15.5)	7 (8.2)	
Autre	0	0	
Défaillance cardiovasculaire	6 (4.1)	15 (17.7)	
Coma avec CGS < 6	20 (13.5)	18 (21.2)	
Coma avec CGS > 6	4 (2.7)	5 (5.9)	
Insuffisance respiratoire aiguë	52 (35.1)	17 (20)	
Désordre métabolique sévère	5 (3.4)	7 (8.2)	
Soins post opératoires	1 (0.7)	0	
Sepsis	32 (21.6)	16 (18.8)	
Tentative de suicide	3 (2)	0	
Traumatisme	2 (1.4)	0	
Type de décision :			0.13
Arrêt thérapeutique	65 (43.9)	28 (33.7)	
Limitation thérapeutique	83 (56.1)	55 (66.3)	
Arrêts impliquant la ventilation mécanique	39 (26.4)	21 (24.7)	NS
Traitements arrêtés ou limités			
Drogues vaso actives	71 (48)	22 (25.9)	
Ventilation mécanique	61 (41.2)	57 (67.1)	
O2	1 (0.7)	2 (2.4)	
EER	5 (3.4)	4 (4.7)	
autres	10	0	
Motif principal de la décision de LATA			0,001
Age	1 (0.7)	1 (1.2)	
Autonomie pré-existante	24 (16.2)	26 (31.3)	
Avis des proches	2 (1.4)	1 (1.2)	
Avis du patient	1 (0.7)	2 (2.4)	
Pathologie chronique	22 (14.9)	15 (18.1)	
Qualité de vie future	4 (2.7)	8 (9.6)	
Pronostic vital à court terme	94 (63.5)	30 (36.1)	
Mortalité hospitalière	128 (86.5)	65 (76.5)	0.11
Durée moyenne de séjour	16.8±22.6	14.4±19.8	0.03

Description des arrêts et des limitations de thérapeutiques chez les patients non admis par LATA

Les 85 patients du groupe "non admis LATA" se répartissent en 28 arrêts de thérapeutiques (groupe "arrêts") et 57 limitations de thérapeutiques (groupe "limitations"). La mortalité des patients du groupe "arrêts" était plus importante que dans le groupe "limitations" (96,4 % *versus* 66,7 % ; $p=0,002$) et survenait plus rapidement (1,4 *versus* 6,0 jours ; $p < 0,05$). Au moment de la décision de LATA, 17 (60,7 %) patients du groupe "arrêts" et 5 (9,1 %) du groupe "limitations" étaient ventilés mécaniquement ($p < 0,0001$). Les traitements le plus souvent arrêtés ou limités étaient la ventilation mécanique (67,1 %), et les drogues vaso-actives (67,1 %). Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes "arrêts" et "limitations" en ce qui concernait l'information aux familles et aux médecins habituels des patients. Les motifs de proposition différaient d'un groupe à l'autre : il y avait plus d'arrêts cardiaques (21,4 % *versus* 1,8 %), de comas avec un score de Glasgow inférieur à 6 (39,3 % *versus* 12,3 %) dans le groupe "arrêts" ; il y avait plus d'insuffisances respiratoires aiguës (22,8 % *versus* 14,3 %) et de sepsis (80,3 % *versus* 10,7 %) dans le groupe "limitations". Les motifs qui ont conduit à la décision de LATA ne variaient pas d'un groupe à l'autre, avec une tendance néanmoins non significative par manque de puissance dans le groupe "arrêts" du motif "pronostic vital à court terme engagé", et dans le groupe "limitations" du motif "autonomie pré-existante".

Nous n'avons pas constaté de différence significative dans les niveaux d'information aux proches ou aux médecins habituels des patients refusés en réanimation et pour lesquels une mesure de LATA était décidée suivant que la mesure de LATA portait ou non sur la ventilation mécanique. Néanmoins, une tendance vers plus d'information était observée dans les cas des patients avec LATA impliquant la ventilation mécanique, cette tendance n'étant pas significative (manque de puissance).

Discussion

Synthèse des résultats

L'objectif principal de ce travail était d'étudier les conditions de refus de patients jugés « trop malades » pour une admission en réanimation. En les assimilant à des décisions de LATA, nous les avons comparé aux LATA entrepris chez les malades en réanimation.

Les principaux résultats de cette étude sont que les refus d'admission chez les patients jugés trop graves sont d'authentiques arrêts ou limitations de traitements actifs, puisqu'ils concernent des traitements vitaux tels que la ventilation mécanique et les drogues vasoactives. Ces LATA instaurés lors d'un refus d'admission surviennent chez des patients plus âgés, à l'état antérieur nettement plus altéré et présentant des pathologies aiguës plus graves. Ces décisions de refus par LATA sont plus souvent prises dans un contexte d'urgence qui limite la participation du patient ou des proches, ainsi que de l'équipe non médicale.

La décision de non admission

Au delà de la notion de justice distributive qui impose au réanimateur de ne pas utiliser pour un patient des ressources disproportionnées en regard du bénéfice réel qu'il peut en tirer, sachant que ces mêmes ressources seront peut-être indisponibles pour d'autres patients susceptibles d'en profiter, l'enjeu est plus pour le réanimateur d'avoir le souci de proposer des soins adaptés au malade. L'admission comme le refus d'admission sont des décisions qui doivent être argumentées en fonction du bénéfice attendu ou de l'absence de bénéfice attendu, pour le patient, à être hospitalisé en réanimation.

Fréquence des refus d'admission

34,7 % des patients proposés à notre service ont été refusés. Ce taux de refus est comparable aux données de la littérature. Il est similaire aux 33,7 % de l'étude de Metcalfe analysant 817 propositions d'admission [21]. L'étude de Joynt donne un taux de refus de 38 % concernant 624 patients pour 635 propositions d'admission [18], celle de Sprung 24 % de refus pour 382 patients, alors que 448 propositions d'admission avaient été enregistrées [17]. Dans l'étude de Garrouste-Orgeas, le taux de refus était de 46,4 %, concernait 145 patients et non les propositions d'admission, mais sans inclure les patients transférés et non admis faute de place [22]. Frisho-Lima et al. ont analysés 144 patients adressés en unités de soins intensifs [23]: 88 (57 %) n'avaient pas été admis, tous à cause d'un manque de place disponible.

Dans notre étude, les propositions d'admission ont été organisées suivant que le réanimateur jugeait une prise en charge en réanimation utile ou non. Certains patients admis ne s'étant finalement pas présentés dans le service, inclure ces patients dans un groupe "refus d'admission" aurait entraîné un biais de sélection. La répartition des patients non venus dans le service ne s'est donc pas envisagée en terme de "refus d'admission" mais plutôt en terme de "non-admission". Les autres études n'ont pas fait cette distinction et ne décrivent que rarement leurs causes de refus d'admission. Seul Sprung et al. ont communiqué plus précisément les raisons de non-admission, avec 8 patients (9 %) par manque de place, 29 (32 %) pour un état trop grave, 25 (27 %) pour un état pas assez grave, 4 (4 %) pour d'autres raisons et 20 (22 %) de transferts [17]. Dans notre étude, les causes de non-admission des 322 patients non-admis en réanimation ont été pour 44 (13,7 %) d'entre eux un manque de place, pour 85 (26,4 %) une décision de LATA, pour 147 (45,6 %) un manque de gravité et 46 (14,3 %) ont été admis de principe mais ne sont pas venus : 24 par nécessité d'une spécialité non disponible dans l'établissement et 5 par refus du patient ou de ses proches, 8 par amélioration de leur état avant l'admission, 6 parce qu'ils sont décédés avant l'admission, 3 pour d'autres raisons.

Facteurs associés au refus d'admission

L'étude de Garrouste-Orgeas [22] a identifié les facteurs indépendants associés à un refus d'admission en réanimation. Les patients non admis en réanimation étaient plus souvent aidés à domicile ou complètement dépendants, avaient plus de cancer avec métastases prouvées et le refus d'admission était plus fréquent pour des patients déjà hospitalisés lorsque une consultation clinique pouvait être réalisée par un médecin senior et quand le service de réanimation manquait de place. Dans une étude récente d'Azoulay, les facteurs associés aux décisions de non-admission étaient l'âge > à 65 ans, les grades C et D de l'échelle de Knaus, les diagnostics suivants à l'admission : choc, insuffisance respiratoire aiguë et coma, et l'existence des affections chroniques suivantes : insuffisance respiratoire ou cardiaque chronique, cancer métastasé sans espoir de rémission. En revanche dans cette même étude, les récurrences de leucémies avec défaillance multiviscérale ou insuffisance respiratoire aiguë et les comas végétatifs n'étaient pas associés à un refus d'admission [24]. Dans une étude récente en réanimation chirurgicale, les critères qui rentraient un compte dans la décision d'admission étaient l'âge du patient, le nombre de place disponible, le statut chirurgical du patient et le diagnostic ayant conduit à l'hospitalisation [17]. Ces données ont été confirmées dans une autre étude, sauf pour le nombre de place qui n'influçait pas la prise de décision [18]. Dans notre étude, le nombre de place disponible au moment de la proposition d'admission n'influçait pas la décision de refuser un malade, pour un état trop grave comme pas assez grave.

Mais ces études s'intéressaient aux facteurs associés à un refus d'admission global, sans distinguer les différentes populations de patients refusés pour admission. Or les patients refusés pour un état trop grave, pas assez grave, par manque de place ou en cas de transfert présentent des caractéristiques différentes (tableau 3) qui ne permettent pas l'identification de facteurs communs indépendants liés au refus d'admission.

Notre étude s'est attachée à identifier les facteurs associés à un refus d'admission pour les patients présentant un état clinique trop grave. Ces patients étaient significativement plus vieux, plus porteurs de pathologies chroniques antérieures, moins autonomes et présentaient plus de défaillances vitales au moment de la proposition d'admission.

Aide à la décision

Il existe peu d'outils pour aider le réanimateur dans son rôle " d'aiguilleur de soins ". Les différents scores de gravité utilisés pour affecter une probabilité de décès à un groupe donné de patients ne sont validés que pour les patients admis en réanimation. Ces scores (IGS2, APACHE2, APACHE3 ou MPM) ne peuvent donc être utilisés pour aider à argumenter un refus d'admission pour un état clinique jugé trop grave : ils manquent de sensibilité, ne sont pas indépendants des traitements entrepris dans les premières heures d'admission à l'hôpital, et ne peuvent être appliqués à l'échelon individuel pour décider ou non de la réanimation [25]. Ils estiment en effet une probabilité de décès dans un groupe donné sans pouvoir déterminer quels patients de ce groupe vont mourir et quels autres vont survivre. Une étude évaluant la pertinence du score APACHE II comme aide à la décision d'admission retrouvait pour une population de patients de réanimation, et après recueil des données disponibles avant admission, des discordances aussi bien dans les scores élevés que dans les scores plus bas [26]. Le seul score de prédiction de mortalité pouvant être utilisé avant admission, le score MPM (*mortality probability model*) [27], s'est révélé peu pertinent pour prédire le risque de décès en réanimation, y compris dans les situations à très haut risque de mortalité avec une sensibilité de 2 % inférieure à la juste prédiction de décès pressentie par les réanimateurs dans 24 % [28].

Des recommandations concernant l'aide à l'admission ont déjà été publiées par la Society of Critical Care Medicine [29-31], mais Azoulay et al. ont montré qu'elles étaient peu

suivies en France, spécialement en cas de manque de place et lorsque la décision d'admission était prise par téléphone [24]. Ces recommandations permettaient un classement des patients proposés par niveau de nécessité de soins intensifs. Les patients du niveau 1 nécessitaient la mise en route de traitements de suppléance vitale, ceux du niveau 4 n'étaient pas à priori destinés à être admis en réanimation et se partageaient entre les "pas assez graves" (*too well to benefit*) et les "trop graves" (*too sick to benefit*).

Devenir des différents groupes non-admis

Si le taux de mortalité hospitalière des patients du groupe "non-admis LATA" est significativement plus important que dans les autres groupes de patients non-admis, il n'en reste pas moins que ce groupe comporte 21,7 % de survivants. Dans deux autres études, le taux de survivants des patients refusés pour un état clinique trop grave était supérieur, avec 40 % [22] et 35 % [17] de survivants ; dans une autre il était inférieur avec 10 % de survivants [18]. Ce taux non négligeable de survivants dans le groupe des patients non-admis par LATA peut être expliqué par l'influence de l'analyse du réanimateur des antécédents et de la qualité de vie du patient. Ainsi ce n'est pas tant l'épisode aigu et sa relative gravité qui pousse au refus d'admission, mais plutôt un état chronique altéré auquel s'ajoute un épisode aigu chez un patient déjà malade depuis longtemps, et dont l'état de base ne justifie déjà plus de soins intensifs. Dans ce contexte, de même qu'une admission en réanimation n'implique pas la survie, un refus d'admission n'implique pas constamment le décès.

Une autre explication possible est que les médecins évaluent mal la gravité de ces malades. Ils jugent en effet souvent avec excès la gravité d'une situation clinique [28]. Il a aussi été montré que les médecins réanimateurs sous-estimaient généralement la qualité de vie des patients âgés porteurs de maladie chronique, donnant plus d'importance que le patient lui-même au retentissement de la douleur, de l'anxiété et de l'autonomie sur la qualité de la vie

[32]. En contre-partie, une étude récente [33] a montré que des patients avec une espérance de vie limitée préféraient la mort à la survie avec une autonomie limitée.

Dans le groupe "non-admis pas assez grave", la mortalité hospitalière des patients de notre étude était de 4,7 %. Ce chiffre est supérieur à la mortalité hospitalière moyenne. Bien que ces patients soient refusés pour un état clinique ne justifiant pas de soins intensifs, il n'en reste pas moins qu'ils ont été proposés pour admission en réanimation devant la présence, à priori, de signes de gravité. Cette surmortalité chez les patients refusés en réanimation car "pas assez grave" est confirmé dans d'autres études avec 7,5 % de décès chez Garrouste-Orgeas [22], et 24 % chez Sprung [17]. Ceci engage les réanimateurs à une réflexion sur les malades refusés et c'est un argument en faveur des unités intermédiaires telles que les unités de surveillance continue.

Refus d'admission pour les malades trop graves

Certains patients adressés en réanimation ne semblent pas devoir tous en bénéficier, autrement dit, les raisons qui président à une demande d'admission sont parfois totalement inadaptées. Il n'est en effet pas exceptionnel aujourd'hui que soient proposés pour admission des patients très âgés, déments, dépendants, hospitalisés dans des structures de long séjour, victimes d'une affection terminale, voire des patients en fin de vie au terme d'affections connues et traitées.

Patient en fin de vie : arrêt et limitation des thérapeutiques

Dans notre étude, ce type de proposition représentait 8,6 % de l'ensemble des propositions d'admission, ce qui est un taux légèrement inférieur à celui publié dans d'autres

études, où il était de 11,2 % [22], de 13,2 % [18], de 15,9 % [17]. Devant ce type de proposition d'admission, il n'existe pas à l'heure actuelle de recommandations précises. Mais c'est pour ce type de patients en fin de vie que sont mis en place en réanimation des mesures de LATA. Ces mesures sont bien connues des réanimateurs, font l'objet de recommandations [34] et leurs conditions d'application se précisent comme en atteste la proposition récente du Ministre de la Santé de leur donner un cadre légal [35]. Les LATA réalisés en réanimation constituaient donc naturellement un modèle transposable aux patients à l'extérieur de la réanimation, cherchant ainsi à combler un vide organisationnel préjudiciable à la qualité de prise en charge des patients.

LATA en réanimation : étude d'incidence

La première étude prospective française objectivant la réalité d'une pratique de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques ne retrouve en 1984 [36] qu'une incidence de 15 à 17 % de LATA avant décès. Treize ans plus tard, l'étude nationale LATAREA réalisée en 1997 et publiée dans le Lancet en 2001 [7] révélait que 53 % des décès survenant en réanimation étaient précédés d'une décision de LATA, soit 40 % de plus qu'en 1984. Pendant la même période, une progression similaire des pratiques de LATA était observée aux Etats-Unis, passant de 50 % en 1988 [12] à 90 % en 1997 [37] et de 44 % à 74 % au Canada pour la même période [6]. Dans notre étude, 73,4 % (110/144) des décès chez les patients admis dans le service étaient précédés de LATA, ce qui est un taux élevé par rapport à la moyenne nationale, mais semblable à celui recensé dans l'étude européenne ETHICUS publiée par Sprung et al. en 2003 [38]. Dans cette étude, 72,6 % des 4248 décès relevés dans 37 unités de soins intensifs de 17 pays européens étaient précédés de mesures de LATA.

Caractéristiques des LATA en réanimation

L'arrêt de la suppléance respiratoire est fréquemment pratiquée : les résultats de questionnaires de pratique menés dans les années 1990-1995 aux Etats-Unis mettaient en évidence que 82 à 89 % des réanimateurs interrogés utilisaient l'arrêt de la ventilation artificielle comme technique d'interruption des thérapeutiques actives [39, 40]. Une étude prospective multicentrique récente confirme que la ventilation artificielle est une procédure interrompue chez près de 20 % des patients ventilés dans les unités de réanimation canadiennes et américaines [41]. En France, la ventilation artificielle est plus rarement arrêtée, bien qu'il s'agisse d'une des procédures les plus fréquemment interrompues avec les substances vaso-actives [7], ce que nous avons retrouvé dans notre étude, avec 48,0 % de LATA concernant les drogues vaso-actives et 41,2 % impliquant la ventilation artificielle.

L'arrêt de ces techniques de suppléance vitale a un retentissement certain : dans notre étude, 86,5 % des patients du service pour lesquels une décision de LATA a été prise sont décédés. C'est aussi une justification pour que les décisions de LATA en réanimation soient prises en concertation avec l'ensemble de l'équipe soignante, afin d'assurer une collégialité à une décision lourde de conséquences pour le patient et sa famille.

Le refus d'admission est une mesure de LATA

Il apparaît dans notre étude que le groupe "non-admis LATA" se distingue des autres groupes de patients proposés et non admis en réanimation. Il s'apparente bien au groupe des patients pour lesquels une LATA a été conduite au sein du service. Dans ce groupe, les thérapeutiques limitées ou arrêtées concernaient la ventilation mécanique dans 67,1 %, les drogues vaso-actives dans 25,9 %, une technique d'épuration rénale dans 4,7 % et une oxygénothérapie dans 2,4 % avec une mortalité de 76,5 % comparable à celle observée en réanimation (86,5 %).

Par ailleurs, certaines caractéristiques habituelles des LATA sont retrouvées plus fréquemment dans ce groupe de patients : il s'agit de patients âgés, porteurs de pathologies chroniques, avec une autonomie limitée et présentant une ou plusieurs défaillances vitales au moment de la proposition. C'est aussi le seul qui prête à un besoin de collégialité et d'information des familles avec un niveau d'information supérieur aux trois autres groupes de patients non-admis.

Problématiques liées aux LATA par refus d'admission

Contexte d'urgence

La gravité des malades proposés pour admission et refusés par LATA impose une prise de décision dans l'urgence, alors que l'ensemble des données cliniques du patient n'a pas toujours pu être recueilli : les antécédents, l'histoire de la maladie, le degré d'autonomie du patient ne sont pas toujours connus au moment de la proposition d'admission. De plus, beaucoup d'admissions se font par téléphone. Dans notre étude, 58,8 % des refus d'admission par LATA ont été décidés par téléphone, y compris pour des patients du CHD. Nous avons déjà souligné que c'était un élément qui pouvait conduire au non respect des recommandations d'admission déjà existantes [24], et c'est un facteur évident de confusion et de perte d'information [42]. La gravité des situations cliniques rencontrées lors des refus par LATA est indiscutable (92,9 % de propositions pour défaillance vitale), comme en atteste la brièveté du délai entre le moment de la décision de refus par LATA et la survenue du décès qui était de 1,4 jours pour les décisions d'arrêts, ce qui ne laisse guère la possibilité de rattraper une situation clinique évolutive en cas de changement de décision.

Problème des proches et du patient

L'information des familles en réanimation est fondée sur des principes éthiques et déontologiques, et s'appuie sur les résultats de nombreuses études. Elle est un moyen de répondre aux attentes des familles [43], d'améliorer la communication entre les familles et les soignants [44], de faciliter, lorsqu'elle est nécessaire, la transition entre les soins curatifs et les soins palliatifs [45], d'éviter les traitements inutiles [46] et de diminuer les conflits entre familles et équipes soignantes [47, 48]. Les études de satisfaction des familles placent toujours l'information et la communication avec l'équipe soignante parmi les items qui ont le plus d'importance [39, 49, 50]. Une stratégie de communication (temps de disponibilité des équipes, équipe structurée et visible, rencontre systématique des familles, livret d'accueil) et d'information (salle d'information, entretiens réguliers, information pédagogique et adaptée, vérification de la compréhension) a fait l'objet récemment de recommandations de la SRLF [51].

Des recommandations plus précises ont été élaborées en ce qui concerne les patients en fin de vie [52-54]. Il est admis que les décisions portant sur des limitations ou des arrêts de thérapeutiques sont au mieux prises en concertation avec la famille. La participation aux discussions et au processus décisionnel doit être proposée, non imposée, en respectant la singularité de chaque situation familiale [49, 50]. Les recommandations de la SRLF sur le sujet sont précises : « Il existe désormais un consensus fort pour admettre que les proches interviennent de manière majeure lors du processus décisionnel... dans le cas d'une discussion de limitation ou d'arrêt de thérapeutique(s) active(s), les proches ne sont pas décisionnels, mais doivent être consultés. » [34].

Il y a donc une exigence de qualité en terme de communication et d'information des familles des patients admis. Il n'existe en revanche aucune recommandation en ce qui concerne l'information des familles de patients refusés par la réanimation. Or il apparaît que

les familles sont significativement moins informées en cas de LATA mis en place par les réanimateurs dans le cadre d'un refus d'admission que lorsque le patient est hospitalisé au sein du service de réanimation. Dans notre étude, pour 148 patients admis dans le service, des mesures de LATA ont été prises avec un niveau d'information des familles de 78,4 % (116/148). Ce niveau d'information aux familles n'était plus que de 26,5 % (22/85) en dehors de la réanimation. Bien que l'on puisse imaginer qu'une information a certainement été délivrée aux familles par les autres médecins en charge des patients, nous n'avons pas les moyens d'évaluer ce niveau d'information.

Collégialité

La collégialité s'impose en vue d'une action coordonnée entre membres d'une équipe sur la base d'une compréhension partagée du cas et d'une cohérence dans le projet thérapeutique. Elle implique une information non contradictoire à l'entourage du patient.

La collégialité a pour but premier de faire émerger une objectivité médicale et une rationalité morale indispensable à toute action commune dans une équipe soignante. Elle confronte les outils de la science médicale (scores de gravité, imagerie, etc.), les données personnelles du malade (stade de la maladie, évolution de la pathologie), les apports de l'expérience des membres de l'équipe. Quand le malade a donné par avance des indications sur ce qui serait pour lui insupportable, cette évaluation s'enrichit de l'apport indispensable des jugements personnels du patient. Quand il n'est pas en mesure de se faire entendre, l'échange d'information avec la famille et/ou l'avis d'une personne ayant la confiance du patient sont indispensables pour la juste balance des intérêts en cause. Du point de vue moral, la discussion collégiale instaure la transparence interne et externe des processus de décision. En consignait exactement les étapes et les résultats de cette procédure discursive, on garantit

également que les actes qui suivront seront effectivement en conformité avec les décisions prises [4]. La collégialité est une recommandation forte déjà établie en ce qui concerne les LATA pour les patients admis en réanimation.

Dans notre étude, l'importance de la collégialité dans la mise en œuvre des LATA s'apprécie différemment suivant leur application en réanimation ou en dehors de la réanimation. Ainsi pour les LATA dans le service, les situations cliniques conduisant aux LATA avaient pu être anticipées et discutées au sein de l'équipe médicale. Le moment de la prise de décision de LATA était plus fréquent pendant un jour ouvré, quand les avis des autres médecins du service et du reste de l'équipe soignante avaient pu être recueillis au cours de la réunion quotidienne du service. Les médecins extérieurs au service étaient alors informés ou consultés dans deux tiers des cas. En revanche, les situations de refus par LATA survenaient beaucoup plus fréquemment pendant une garde, un jour férié ou un week-end, rendant impossible la concertation avec le reste de l'équipe soignante du service. Dans cette situation, une discussion était entreprise avec un médecin extérieur au service dans 89,2 % des cas, afin d'assurer en concertation la décision lourde de conséquences pour le patient de ne pas l'admettre en réanimation.

Si une discussion avait pu être menée avec un médecin extérieur au service lors des décisions de refus par LATA, il n'en reste pas moins vrai que ce niveau de concertation n'approche en rien celui exigé au sein du service, puisque l'unanimité de l'ensemble du personnel soignant y est nécessaire pour l'application des mesures de LATA. De plus, les infirmières et les aides-soignantes ne participent pas à la décision dans les cas de refus par LATA, ce qui peut générer une insatisfaction pour celles d'entre elles qui sont au chevet du patient.

Solutions proposées

Il y a sans aucun doute un manque de préparation des malades dans les unités en amont des structures d'urgence et de réanimation, spécialement les unités en charge de malades porteurs d'affections chroniques ou de handicaps lourds. La réflexion éthique est rarement anticipée à un moment où tous les différents intervenants, et le patient en premier lieu, peuvent s'exprimer et élaborer ensemble une conduite à tenir en cas d'évolution défavorable. Il est sans aucun doute extrêmement difficile de parler de la mort ou de l'aggravation de la maladie de ses patients avec ceux-ci, et si les malades ne sont pas prêts à entendre un discours qui les confronte à leur propre mort, les médecins en charge de ces unités ne sont à l'heure actuelle ni encadrés ni formés pour accomplir cette tâche. L'anticipation de cette discussion à un moment où elle est encore possible représente sans doute le premier pas d'une "démarche palliative" à promouvoir au sein de toutes les unités de soins [53].

La réalisation de protocoles de service pour encadrer les LATA en réanimation devient de plus en plus nécessaire afin d'assurer une garantie de transparence et de cohérence interne aux patients et à leur famille. Cohérence interne au service de réanimation, mais aussi cohérence interne à l'hôpital : ces protocoles permettent la progression d'une réflexion d'équipe, qui nécessite du temps pour trouver une expression détachée de sentimentalité, éliminer l'arbitraire et trouver une cohérence dans une perspective plus universelle qu'individuelle [4, 55] ; la propagation et le partage de ces protocoles avec les autres services habitués à collaborer avec les unités de réanimation ne peut qu'améliorer la communication entre unités de soins. Il vaut mieux en effet, lorsqu'il s'agit de questions difficiles - et la fin de vie posera toujours des questions difficiles - commencer par s'accorder sur ce dont on parle [56] pour pouvoir bien en parler.

La formation des médecins en amont des services de réanimation aux pratiques de LATA et leur participation à la réflexion qui entourent ces pratiques sont souhaitables. L'harmonisation des pratiques de LATA est à envisager avec les unités d'urgence qui sont confrontées très régulièrement à la prise en charge de patients mourants [57]. Cette harmonisation des pratiques concerne le discours tenu aux patients et aux familles, mais aussi la réalisation effective de limitations ou d'arrêts de thérapeutiques de réanimation. Avoir la volonté d'instaurer des traitements de réanimation implique peut-être de savoir aussi les arrêter.

Limites de l'étude

La principale limite de cette étude est son caractère monocentrique. Il paraît en effet difficile de pouvoir généraliser l'analyse des pratiques d'un seul centre de réanimation réalisée sur un échantillon de population, à l'ensemble des autres services de réanimation. En effet, les pratiques de LATA varient d'un centre à l'autre en fonction de l'expérience des soignants, de leur approche culturelle et religieuse de la fin de vie [38]. Cette variabilité de pratique se retrouve dans les différentes études multicentriques réalisées qui suggèrent l'existence d'un certain nombre de facteurs influençant le déroulement et la qualité du processus de décision ou d'arrêt thérapeutique.

Cette étude est néanmoins la première à analyser de manière détaillée les pratiques de LATA dans le cadre d'un refus de soins. Les résultats de cette étude mériteraient d'être confortés par une étude multicentrique.

Conclusion

Ce travail étudie les caractéristiques des limitations et des arrêts de thérapeutiques réalisés lors d'un refus d'admission de patients jugés trop grave pour une prise en charge en réanimation et les comparent à ceux décidés pour des patients admis dans le service. Nous avons montré que ces refus d'admission en réanimation sont de véritables mesures de LATA : ils impliquent la limitation ou l'arrêt de thérapeutiques vitales telles que la ventilation mécanique et les drogues vaso-actives. Les patients décèdent dans la grande majorité des cas dans les suites de la décision.

Ces décisions concernaient certes des patients âgés, porteurs de pathologies chroniques et à l'autonomie limitée, mais il apparaît que les conditions de la décision sont plus éloignées des recommandations entourant les pratiques de LATA que lorsque ceux-ci sont réalisés au sein du service de réanimation : les familles des patients sont moins consultées et moins informées, la décision est moins collégiale et n'implique pas les soignants non médicaux.

On peut s'interroger sur l'amélioration possible des conditions de décision de LATA à l'extérieur des services de réanimation, et nos résultats doivent engager une réflexion sur la formation des médecins participant avec les réanimateurs à la mise en pratique des LATA, et sur les moyens à mettre en œuvre pour mieux faire participer les familles au processus décisionnel. Il semble aussi urgent d'attirer l'attention des services s'occupant de malades chroniques sur la nécessité d'amener une réflexion sur ce que veut le patient et sur ce qu'il ne veut pas, à un moment où il est encore capable de s'exprimer, de communiquer avec ses proches et d'élaborer un projet de fin de vie qui lui ressemble et qu'il aura choisi.

Bibliographie

1. O. Boissin PT. Les services funéraires : du monopole public au marché concurrentiel: Direction pour l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES); octobre 2002.
2. Carlet J, Thijs LG, Antonelli M, Cassell J, Cox P, Hill N, et al. Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. *Intensive Care Med* 2004;30(5):770-84.
3. Leboul D. Epuisement professionnel et souffrance des soignants. Paris: Elsevier; 2004.
4. Langlois A. Fins de vie en réanimation : aspects éthiques. In: Fin de vie en réanimation. Paris: Elsevier; 2004.
5. Esteban A, Gordo F, Solsona JF, Alia I, Caballero J, Bouza C, et al. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intensive Care Med* 2001;27(11):1744-9.
6. McLean RF, Tarshis J, Mazer CD, Szalai JP. Death in two Canadian intensive care units: institutional difference and changes over time. *Crit Care Med* 2000;28(1):100-3.
7. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. *Lancet* 2001;357(9249):9-14.
8. Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med* 1998;158(4):1163-7.
9. Vincent JL. European attitudes towards ethical problems in intensive care medicine: results of an ethical questionnaire. *Intensive Care Med* 1990;16(4):256-64.

10. Vincent JL. Information in the ICU: are we being honest with our patients? The results of a European questionnaire. *Intensive Care Med* 1998;24(12):1251-6.
11. Lemaire F. L'arrêt de la suppléance respiratoire est-elle une technique de limitation thérapeutique particulière? Paris; 2000.
12. Smedira NG, Evans BH, Grais LS, Cohen NH, Lo B, Cooke M, et al. Withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *N Engl J Med* 1990;322(5):309-15.
13. Hofmann JC, Wenger NS, Davis RB, Teno J, Connors AF, Jr., Desbiens N, et al. Patient preferences for communication with physicians about end-of-life decisions. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preference for Outcomes and Risks of Treatment. *Ann Intern Med* 1997;127(1):1-12.
14. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Arich C, Brivet F, Brun F, et al. Family participation in care to the critically ill: opinions of families and staff. *Intensive Care Med* 2003;29(9):1498-504.
15. Cook D, Rocker G, Heyland D. Dying in the ICU: strategies that may improve end-of-life care. *Can J Anaesth* 2004;51(3):266-72.
16. Azoulay E, Pochard F, Garrouste-Orgeas M, Moreau D, Montesino L, Adrie C, et al. Decisions to forgo life-sustaining therapy in ICU patients independently predict hospital death. *Intensive Care Med* 2003;29(11):1895-901.
17. Sprung CL, Geber D, Eidelman LA, Baras M, Pizov R, Nimrod A, et al. Evaluation of triage decisions for intensive care admission. *Crit Care Med* 1999;27(6):1073-9.
18. Joynt GM, Gomersall CD, Tan P, Lee A, Cheng CA, Wong EL. Prospective evaluation of patients refused admission to an intensive care unit: triage, futility and outcome. *Intensive Care Med* 2001;27(9):1459-65.
19. Buckley TA, Joynt GM. Limitation of life support in the critically ill: the Hong Kong perspective. *Ann Acad Med Singapore* 2001;30(3):281-6.

20. R. Robert MP. Le triage pour l'admission en réanimation est-il une limitation de soins? In: Fin de vie en réanimation. Paris: Elsevier; 2004. p. 232-242.
21. Metcalfe MA, Sloggett A, McPherson K. Mortality among appropriately referred patients refused admission to intensive-care units. *Lancet* 1997;350(9070):7-11.
22. Garrouste-Orgeas M, Montuclard L, Timsit JF, Misset B, Christias M, Carlet J. Triage patients to the ICU: a pilot study of factors influencing admission decisions and patient outcomes. *Intensive Care Med* 2003;29(5):774-81.
23. Frisho-Lima P, Gurman G, Schapira A, Porath A. Rationing critical care -- what happens to patients who are not admitted? *Theor Surg* 1994;9(4):208-11.
24. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Vinsonneau C, Garrouste M, Cohen Y, et al. Compliance with triage to intensive care recommendations. *Crit Care Med* 2001; 29(11): 2132-6
25. Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments. *Crit Care Med* 1997;25(5):887-91.
26. Franklin C, Rackow EC, Mamdani B, Burke G, Weil MH. Triage considerations in medical intensive care. *Arch Intern Med* 1990;150(7):1455-9.
27. Lemeshow S, Teres D, Klar J, Avrunin JS, Gehlbach SH, Rapoport J. Mortality Probability Models (MPM II) based on an international cohort of intensive care unit patients. *Jama* 1993;270(20):2478-86.
28. Rodriguez RM, Wang NE, Pearl RG. Prediction of poor outcome of intensive care unit patients admitted from the emergency department. *Crit Care Med* 1997;25(11):1801-6.
29. Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 1999;27(3):633-8.

30. Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatments in the critically ill. Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 1990;18(12):1435-9.
31. Recommendations for intensive care unit admission and discharge criteria. Task Force on Guidelines. Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 1988;16(8):807-8.
32. Uhlmann RF, Pearlman RA. Perceived quality of life and preferences for life-sustaining treatment in older adults. *Arch Intern Med* 1991;151(3):495-7.
33. Fried TR, Bradley EH, Towle VR, Allore H. Understanding the treatment preferences of seriously ill patients. *N Engl J Med* 2002;346(14):1061-6.
34. Limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte. Recommandations de la Société de réanimation de lague française. *Réanimation* 2002:422-9.
35. Node-Langlois F, Tabard G, Threard Y. Douste-Blazy : « Une loi pour que les malades incurables puissent choisir leur mort ». *Le Figaro* Août 2004.
36. Knaus WA, Rauss A, Alperovitch A, Le Gall JR, Loirat P, Patois E, et al. Do objective estimates of chances for survival influence decisions to withhold or withdraw treatment? The French Multicentric Group of ICU Research. *Med Decis Making* 1990;10(3):163-71.
37. Prendergast TJ, Luce JM. Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *Am J Respir Crit Care Med* 1997;155(1):15-20.
38. Sprung CL, Cohen SL, Sjokvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *Jama* 2003;290(6):790-7.
39. Asch DA, Hansen-Flaschen J, Lanken PN. Decisions to limit or continue life-sustaining treatment by critical care physicians in the United States: conflicts between physicians' practices and patients' wishes. *Am J Respir Crit Care Med* 1995 ; 151(2 Pt 1) : 288 - 92.

40. Keenan SP, Busche KD, Chen LM, McCarthy L, Inman KJ, Sibbald WJ. A retrospective review of a large cohort of patients undergoing the process of withholding or withdrawal of life support. *Crit Care Med* 1997;25(8):1324-31.
41. Cook D, Rucker G, Marshall J, Sjokvist P, Dodek P, Griffith L, et al. Withdrawal of mechanical ventilation in anticipation of death in the intensive care unit. *N Engl J Med* 2003;349(12):1123-32.
42. Bell A, Morse A. Le téléphone arabe. Supplément gratuit à l'almanach des PTT 1844.
43. Pochard F, Grassin M, Le Roux N, Herve C. Medical secrecy or disclosure in HIV transmission: a physician's ethical conflict. *Arch Intern Med* 1998;158(15):1716, 1719.
44. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Lemaire F, Mokhtari M, Le Gall JR, et al. Meeting the needs of intensive care unit patient families: a multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;163(1):135-9.
45. Way J, Back AL, Curtis JR. Withdrawing life support and resolution of conflict with families. *Bmj* 2002;325(7376):1342-5.
46. Lilly CM, De Meo DL, Sonna LA, Haley KJ, Massaro AF, Wallace RF, et al. An intensive communication intervention for the critically ill. *Am J Med* 2000;109(6):469-75.
47. Rivera S, Kim D, Garone S, Morgenstern L, Mohsenifar Z. Motivating factors in futile clinical interventions. *Chest* 2001;119(6):1944-7.
48. Breen CM, Abernethy AP, Abbott KH, Tulsky JA. Conflict associated with decisions to limit life-sustaining treatment in intensive care units. *J Gen Intern Med* 2001;16(5):283-9.
49. Heyland DK, Rucker GM, Dodek PM, Kutsogiannis DJ, Konopad E, Cook DJ, et al. Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study. *Crit Care Med* 2002;30(7):1413-8.

50. Heyland DK, Rocker GM, O'Callaghan CJ, Dodek PM, Cook DJ. Dying in the ICU: perspectives of family members. *Chest* 2003;124(1):392-7.
51. Azoulay E, Pochard F. Communication with family members of patients dying in the intensive care unit. *Curr Opin Crit Care* 2003;9(6):545-50.
52. Brody H, Campbell ML, Faber-Langendoen K, Ogle KS. Withdrawing intensive life-sustaining treatment -- recommendations for compassionate clinical management. *N Engl J Med* 1997;336(9):652-7.
53. Hennezel Md. Mission Fin de vie et accompagnement: <http://www.sante.gouv.fr>; octobre 2003.
54. Truog RD, Cist AF, Brackett SE, Burns JP, Curley MA, Danis M, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 2001;29(12):2332-48.
55. Grobuis S NF, Rameix S, Pourrat O, Kossman-Michon F, Ravaud Y, et al. Bases de réflexion pour la limitation et l'arrêt des traitements en réanimation chez l'adulte. *Réanimation et Urgences* 2000;9:11-25.
56. Ricot J. Fin de vie: repères éthiques et philosophiques. *Laënnec* 2004;52(n°1):7-25.
57. Roupie E. La mort aux urgences: enquête prospective préliminaire. Paris; 1999.

Vu, le Président de Jury,

Vu, le Directeur de thèse

Vu, le Doyen de la faculté

NOM : DUMONT

PRENOM : Romain

Titre de la thèse :

**LIMITATION ET ARRET DES TRAITEMENTS ACTIFS
LORS DES REFUS D'ADMISSION EN REANIMATION
ETUDE PROSPECTIVE SUR UN AN**

RESUME

La justification morale des limitations et des arrêts des thérapeutiques actives (LATA) est établie : il s'agit de traitements devenus inutiles et donc contraires à l'éthique médicale et au droit qui fonde l'acte médical sur la nécessité thérapeutique. Le refus d'admission en réanimation est une mesure de LATA, car il conduit à l'arrêt de thérapeutiques vitales pour le patient. Nous avons mené une étude prospective observationnelle pour caractériser les LATA par refus d'admission en les comparant aux LATA réalisés dans le service. Les recommandations qui entourent habituellement les LATA sont moins respectées en cas de refus par LATA, avec un niveau d'information des familles et de collégialité moindre. Il serait souhaitable de connaître au préalable les volontés du patient, d'améliorer la formation des médecins et de promouvoir la collégialité pour une meilleure objectivité des pratiques.

MOTS-CLES

Fin de vie
Réanimation
Admission
Refus d'admission
Limitation et arrêt des thérapeutiques