

Urgence

Emergencies

SRLF 2015

© SRLF et Lavoisier SAS 2014

SO079

Bundles 'H3' de la Surviving sepsis campaign 2012 aux urgences : adhésion, délais et facteurs associés

J Masse¹, O Nigeon¹, N Van Grunderbeek², P Gosselin³, A Delacroix¹, P Taufour¹, A Meybeck⁴, J Mallat², D Thevenin²

1. Service d'accueil des urgences & usc, Centre Hospitalier de Lens, Lens
2. Réanimation Polyvalente & USC, Centre Hospitalier de Lens, Lens
3. Service d'accueil des urgences & Samu 59, Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille, Lille
4. Réanimation et maladies infectieuses, Centre Hospitalier de Tourcoing, Tourcoing

Introduction : L'application des recommandations de la Surviving Sepsis Campaign 2012 aux urgences lors des premières heures suivant l'admission aux urgences est en enjeu majeur pour améliorer le pronostic des sepsis sévères et choc septiques. Avant et après la sensibilisation du personnel des urgences au diagnostic des syndromes septiques graves et au respect des « bundles » des 3 premières heures, nous avons étudié l'application et les délais de réalisation du dosage de lactate sanguin, de prélèvements d'hémocultures, d'antibiothérapie probabiliste et d'expansion volémique. Les facteurs associés à la survie et à l'application des bundles selon la filière de soins initiale étaient également étudiés.

Matériels et Méthodes : Étude monocentrique, avant et après sensibilisation et formation du personnel médical et paramédical aux recommandations de la Surviving Sepsis Campaign pour la 3^e heure (cours, fiches de synthèse, affiches).

Étude de l'application des 4 bundles en rétrospectif et prospectif, des délais d'application, de la survie à J28, des scores de gravité (IGS 2, SOFA, score RISSC); de l'impact de l'admission via un SMUR et du secteur initial d'orientation sur l'application des bundles.

Les délais (médians) sont exprimés en minutes. Analyse statistique par comparaison des variables nominales par test de Fisher exact et des variables continues par test de Mann-Whitney. Les résultats sont significatifs si $p < 0,05$ (NS : non significatif). Analyse multivariée des facteurs associés à la survie par régression logistique.

Résultats : Quatre-vingt-neuf patients étaient étudiés en prospectif, 65 en rétrospectif. Les caractéristiques des groupes rétrospectif et prospectif étaient respectivement : sex-ratio M/F 29/39 et 39/47 (NS) ; âge (années) 63,29 / 61,38 (NS) ; IGS2 44/40 ($p=0,019$) ; SOFA 4/3 ($p=0,005$) ; score RISSC 9/12,5 ($p=0,002$). Le taux d'antibiothérapie adéquate était inchangé (73,5 % vs 78 %; $p=0,66$).

Le délai de dosage de la lactatémie était de 40 min (17,00-80,25) après intervention, contre 56 min (25,0-106,5) en rétrospectif ($p=0,024$), le taux de réalisation à H3 de 72,1 % en rétrospectif et de 81,4 % après intervention (NS).

Le prélèvement d'hémocultures avant la 3^e heure était réalisé dans 67,4 % après intervention, 61,8 % dans la cohorte rétrospective (NS). Les délais de réalisation n'étaient pas modifiés par l'intervention : 62 min (25,75-164,75) après intervention, 48,5 min (1,00-153,75) en rétrospectif (NS).

L'antibiothérapie à H3 après l'admission était réalisée dans 29,3 % des cas en rétrospectif, et 52,3 % après intervention ($p=0,005$). L'antibiothérapie à H1 n'était pas modifiée (16,2 % vs 16,3 %, NS). Les délais n'étaient pas significativement modifiés.

Le taux d'expansion volémique à H3 était de 52,9 % en rétrospectif, 59,3 % en prospectif (NS), mais le délai de réalisation significativement plus court après intervention : 29 min (9,25-75,25) vs 47,5 min (20,25-104,75), avec $p=0,05$.

En analyse multivariée, seul un score IGS2 bas était associé à la survie.

L'admission via un SMUR était significativement associée à un taux supérieur d'ATB à H3 avant intervention ($p=0,032$).

Avant et après intervention, l'orientation initiale vers un déchoquage est significativement associée à une meilleure adhésion pour l'antibiothérapie à H3 par comparaison avec le secteur des urgences « légères » ($p=0,001$; $p=0,003$ respectivement); et à une meilleure adhésion globale ($p=0,004$; $p=0,026$).

Discussion : Après sensibilisation du personnel des urgences, on observe une amélioration notamment pour le taux d'antibiothérapie à H3, les délais de dosage de la lactatémie et le remplissage. Cependant l'adhésion à l'ensemble des quatre bundles reste faible. Le taux d'antibiothérapie à H1 n'est pas modifié. Il existe un impact du SMUR et du secteur d'orientation initial sur l'adhésion aux bundles et sur la précoïté de l'antibiothérapie. Le ratio personnel/patients pourrait en être la cause. La filière de soins a un impact sur la prise en charge des patients septiques et pourrait être optimisée.

Conclusion : L'application des recommandations thérapeutiques de la Surviving Sepsis Campaign est améliorée après des interventions simples, mais l'adhésion globale reste très perfectible. Des améliorations pronostiques pourraient être amenées par une optimisation du délai de diagnostic après l'admission grâce à un dépistage précoce; par une orientation initiale correcte des patients en sepsis sévère vers les secteurs adaptés, voire par l'intervention de personnel dédié.

Référence

Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock: 2012. Intensive Care Med. 2013;39:165-228.

SRLF 2015 (✉)

48 avenue Claude Vellefaux, F-75010 Paris
e-mail : www.srlf.org

SO080**Étude des facteurs pronostics et des facteurs de passage en mort encéphalique des patients ayant présenté un arrêt cardiaque récupéré**

M-L. Dumont, D Silva, L Laine

1. Réanimation, Centre Hospitalier Général de Saint-Denis, Saint-Denis

Introduction : Déterminer les caractéristiques des arrêts cardio-respiratoires admis dans notre service, au sein d'un hôpital ne disposant pas de coronarographie, ainsi que les facteurs influençant la survie et le passage en mort encéphalique.

Patients et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique dans le service réanimation polyvalente de l'hôpital Delafontaine (Saint-Denis), portant sur les arrêts cardio-respiratoires intra et extrahospitaliers récupérés.

Résultats : 184 patients ont été analysés sur une période allant de janvier 2009 à mai 2014. L'âge et l'IGS2 moyen étaient respectivement de 59,7 ans et 74,4. Les causes de décès étaient la mort encéphalique (13 %), une décision de limitation des thérapeutiques actives du fait d'une encéphalopathie post-anoxique sévère (27 %), les autres complications de l'arrêt cardio-respiratoire (36 %). Tous les patients survivants présentaient un CPC ≤ 2 .

Les facteurs influençant la survie étaient la prescription d'amines, la mise en hypothermie thérapeutique, la durée du low flow et le massage cardiaque externe par un témoin. Le tracé du scope au diagnostic, l'existence d'une cause cardiaque à l'arrêt cardio-respiratoire, la situation intra ou extra hospitalière de l'arrêt cardiorespiratoire, la durée du now flow n'influençaient pas la survie.

Les facteurs influençant le passage en mort encéphalique étaient l'âge, le tracé du scope au diagnostic, l'existence d'une cause cardiaque à l'arrêt cardio-respiratoire. Les facteurs n'influençant pas le passage en mort encéphalique étaient la durée de now flow, la durée du low flow, la situation intra ou extra hospitalière de l'arrêt cardiorespiratoire, la mise en hypothermie, le massage cardiaque externe par un témoin, et l'administration d'amines.

Discussion : Cette étude nous a permis au sein d'un hôpital n'ayant pas de coronarographie d'étudier les caractéristiques épidémiologiques et cliniques ainsi que la prise en charge et le pronostic des arrêts cardiaques récupérés hospitalisés dans notre service. La survie de nos patients est de 18 % et le passage en mort encéphalique est de 12 % avec 4,4. % de patient donnant leurs organes.

La présence d'un témoin débutant un massage cardiaque externe, la présence d'amine après ressuscitation, l'hypothermie thérapeutique et la durée de low flow entraînaient une meilleure survie dans notre étude. Un now flow court n'est pas ici un facteur de meilleure survie

mais dans notre étude 30 données de no flow probablement prolongés dans le groupe des patients décédés étaient inconnues et n'ont donc pas pu être analysées. C'est un biais important pour interpréter ce résultat.

Conclusion : La survie après arrêt cardio-respiratoire dans notre service est de 18 % influencée par la prescription d'amines, la mise en hypothermie thérapeutique, la durée du low flow et le massage cardiaque externe par un témoin.

SO081**Blessés de guerre français en Afghanistan : de la blessure à la réinsertion. Étude épidémiologique rétrospective d'une cohorte de 450 patients entre 2010 et 2012**C Hoffmann¹, E Falzone¹, R Haus-Cheymol², JB Pohl³, E Rabatel⁴, P Jault⁵, E Lapeyre⁶, F Pons⁷, S De Rudnicki⁸*1. Département d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Avenue Henri Barbusse, Clamart**2. Bureau expertise des risques sanitaires, sous-direction plans - capacités, Direction Centrale du Service de Santé des Armées, Vincennes, France**3. Bureau cohérence capacitaire opérationnelle, sous-direction plans - capacités, Direction Centrale du Service de Santé des Armées, Vincennes, France**4. Centre de formation opérationnelle santé, École du Val-de-Grâce, La Valbonne**5. Département d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Clamart**6. Service de médecine physique et réadaptation, Hôpital d'Instruction des Armées Percy, Clamart**7. Direction, École du Val-de-Grâce, Paris**8. Département d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital d'Instruction des armées Val-de-Grâce, Boulevard de Port-Royal, Paris.*

Introduction : L'objectif de l'étude était de décrire la prise en charge des militaires français blessés par armes à feu (AF), engins explosifs (EE) et/ou accidents de transport militaires (ATM) et leur devenir.

Patients et Méthodes : Analyse rétrospective, sur une période de 3 ans, des données provenant des recueils médicaux du Service de Santé des Armées (SSA).

Résultats : 450 patients ont été inclus entre 2010-2012. 61 % ont été blessés par EE, 28 % par AF et 11 % par ATM. L'ISS médian était de 3 [2 ; 10] (ISS > 15 pour 84 patients). Les régions anatomiques lésées étaient les membres (67 %), la région tête/cou (55 %) et le tronc (42 %). 191 patients (42 %) ont été rapatriés en France. La létalité

Tableau 1

	Massage par témoin	Tachycardie et fibrillation ventriculaire	Cause cardiaque	Hypothermie thérapeutique	Situation intra-hospitalière	Durée moyenne (min) no flow	Durée moyenne (min) low flow	Amines
Survie	25/33 75,8 %	7 /33 soit 21,2 %	19/33 57,7 %	29/33 87,9 %	14/33 42,4 %	4,52	9,85	20/33 61 %
Décès	81/151 53,6 %	15/151 soit 9,9 %	69/151 45,7 %	109/151 72,2 %	45/151 29,8 %	6,77	13,76	121/151 80 %
p	<0,05	0,08	0,47	<0,05	0,16	0,09	<0,05	<0,05

des blessures était de 11,3 % (51/450). Au rôle 3, 55 % (169/307) des patients ont été opérés et 18 % (54/307) transfusés. Les principales complications étaient les états de stress post-traumatiques (41 % ; 164/399), les douleurs chroniques (29 % ; 115/399) et les infections (12 % ; 48/399). A 2 ans, 95 % des blessés (380/399) étaient toujours militaires et 93 % (373/399) avaient repris une activité professionnelle.

Discussion : Le blessé de guerre des conflits modernes, tel l'Afghanistan, présente des traumatismes multiples et complexes, souvent graves, à l'origine de séquelles sévères nécessitant une prise en charge multidisciplinaire et intégrative. La prise en charge des états de stress post-traumatiques et des douleurs chroniques ainsi que l'accompagnement du militaire blessé et de sa famille doivent rester une priorité et s'inscrire dans la durée.

Conclusion : Le SSA apparaît aujourd'hui seul capable d'assurer cette mission et donc de répondre au besoin opérationnel des forces.

SO082

Angioedème bradykinique : facteurs associés à une admission en réanimation, une étude multicentrique

N Javaud¹, B Floccard², F Gontier³, F Lapostolle⁴, I Boccon-Gibod⁵, L Martin⁶, S Amarger⁷, M Boubaya⁸, P Asfar⁹, B Coppere¹⁰, Y Ollivier¹¹, L Bouillet⁵, F Adnet¹², O Fain¹³

1. Urgences Adultes, Hôpital Louis-Mourier - APHP, Colombes
2. Département anesthésie-réanimation, Hôpital Édouard Herriot, Lyon
3. Urgences, Hôpital Jean Verdier, Bondy
4. Samu-smur 93, C.H.U. Hôpital Avicenne, Bobigny
5. Médecine interne, C.H.U. Grenoble, La Tronche
6. Dermatologie, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, Angers
7. Dermatologie, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand
8. Unité de recherche clinique, Hôpital Avicenne, Bobigny
9. Réanimation, C.H.U. d'Angers, Angers
10. Médecine interne, C.H.U. d'Angers, Angers
11. Médecine interne, CHU de Caen, Caen, France, Caen
12. Samu-Smur 93, Hôpital Avicenne, Bobigny
13. Médecine interne, Hôpital Saint-Antoine, Paris

Introduction : Les angioedèmes bradykiniques sont caractérisés par des crises aiguës transitoires, localisés d'œdème des tissus cutanés ou sous-muqueux. Ils peuvent engager le pronostic vital quand ils touchent les voies aériennes supérieures. L'objectif de cette étude est de déterminer les caractéristiques des crises aiguës qui sont associées à une admission en réanimation et de décrire l'évolution de ces crises.

Patients et Méthodes : Étude rétrospective, multicentrique, observationnelle (entre Janvier 2002 et 2012) de tous les patients consécutifs ayant consultés dans un des 6 centres de l'étude pour crise aiguë d'angioedème bradykinique. Les patients avaient été hospitalisés au moins une fois pour une crise aiguë. Les crises nécessitant une admission en réanimation étaient comparées aux crises ne nécessitant d'admission en réanimation.

Résultats : Au total, 118 crises aiguës chez 31 patients ont été analysées (10 patients avec un angioedème héréditaire, 19 avec un angioedème secondaire aux inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et 2 avec un déficit acquis en C1 inhibiteur) parmi lesquelles 39 (33 %) ont abouti à une hospitalisation en réanimation. En analyse univariée, l'hospitalisation en réanimation était significativement plus fréquente dans les crises aiguës d'angioedème secondaire aux IEC (4.98) et dans les crises aiguës touchant les voies aériennes supérieures (20.6).

L'atteinte laryngée était présente dans 30 (77 %) des 39 crises aiguës conduisant en réanimation. Sept (23 %) des 30 crises aiguës laryngées ont nécessité une protection des voies aériennes supérieures (intubation orotrachéale (n=2), trachéotomie (n=3) ou intubation suivie de trachéotomie (n=2)). L'administration des traitements spécifiques (icatibant et concentré de C1 inhibiteur) et non spécifiques (corticoïdes, antihistaminiques et adrénaline) étaient significativement plus fréquemment utilisés en réanimation. L'évolution a été favorable dans 38 des 39 crises admises en réanimation (durée moyenne de séjour : 4 ± 5 jours). Un patient avec un angioedème héréditaire est décédé au 8ème jour d'une anoxie cérébrale secondaire à une asphyxie par œdème laryngé. En analyse multivariée, l'atteinte des voies aériennes supérieures, l'utilisation de corticoïdes et de concentré de C1 inhibiteur étaient associés à une admission en réanimation (Odds Ratio [95 % CI] = 8.4 [1.2-48.6], 6.9 [1.3-37.5], et 8.4 [1.2-48.5], respectivement).

Discussion : Les principaux facteurs indépendamment associés à une admission en réanimation lors d'une crise aiguë d'angioedème bradykinique étaient l'atteinte des voies aériennes supérieures et l'utilisation des corticoïdes. L'utilisation de concentré de C1 inhibiteur était associée à 8 fois plus de risque d'admission en réanimation probablement du fait qu'il s'agissait d'un marqueur de sévérité des crises. En effet, les crises hospitalisées en réanimation nécessitaient un accès veineux périphérique pour un traitement symptomatique. Il pouvait inclure un traitement hypnotique ou curare pour la protection des voies aériennes, un remplissage vasculaire pour un choc hypovolémique associé aux crises aiguës abdominales et un traitement antalgique pour la douleur. Le concentré de C1 inhibiteur semble plus logique compte tenu de sa voie d'administration intraveineuse. Il s'oppose à l'icatibant qui s'administre par voie sous-cutanée. Cependant, la différence d'utilisation ne semble pas justifiée compte tenu de l'efficacité des 2 traitements dans les études. L'utilisation des corticoïdes était associée à 7 fois plus de risque d'admission en réanimation. Son administration aux urgences à des patients présentant un angioedème est habituelle compte tenu de la fréquence élevée d'angioedème histaminique. Toutefois, les corticoïdes sont inefficaces dans les angioedèmes bradykiniques. Les crises aiguës des voies aériennes supérieures (laryngées et/ou la macroglossie) sont associées à 8 fois plus de risque d'admission en réanimation. Ce n'est pas un résultat inattendu puisque nous avons déjà montré que les œdèmes laryngés augmentaient la probabilité de venue aux urgences, impliquant une probabilité haute d'admission en réanimation et une morbidité.

Conclusion : Les facteurs le plus associés à une admission en réanimation des patients qui ont présenté une crise aiguë d'angioedème bradykinique sont une atteinte des voies aériennes supérieures. Les autres facteurs sont l'utilisation de corticoïdes, qui est un traitement inefficace, et de concentré de C1 inhibiteur, qui est un marqueur de sévérité. La présence d'un de ces facteurs devrait être un signal d'alarme indiquant que la crise peut être sévère.

SO083

Pratique de la ventilation pendant la réanimation cardio-pulmonaire : résultats d'une enquête d'opinion internationale

JC Richard¹, R Cordioli², L Suppan³, A Lyazidi⁴, F Templier⁵, A Khoury⁶, S Delisle⁷, L Brochard⁸, D Savary⁹

1. Pôle SAU - SAMU 74 Réanimation Change Annecy, Centre Hospitalier Annecy Genevois, Metz-Tessy
2. Soins Intensifs, Hôpitaux Universitaires de Genève HUG, Genève, Suisse
3. Cardio mobile, Hôpitaux Universitaires de Genève HUG, Genève, Suisse

4. Service des soins intensifs, Hôpitaux Universitaires de Genève HUG, Genève, Suisse
5. Samu et urgences, Centre Hospitalier Universitaire d'Angers, Angers
6. Samu et service des urgences, Centre Hospitalier Régional Universitaire de Besançon, Besançon
7. Service de soins intensifs, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Montréal, Canada
8. Interdepartmental division of critical care-university of Toronto, Hôpital St. Michael and Keenan research center, Toronto, Canada
9. Pôle SAU - SAMU 74 - Réanimation, CHANGE, Annecy

Introduction : Les recommandations concernant la pratique de la ventilation au cours de la réanimation cardio pulmonaire ont évolué mais restent peu précises. Nous faisons l'hypothèse que la pratique de la ventilation durant la réanimation cardio pulmonaire à travers le monde est très variable.

Matériels et Méthodes : L'objectif de cette étude était de recueillir l'avis de professionnels impliqués dans la RCP sur la façon dont ils gèrent la ventilation au cours de la réanimation cardio pulmonaire lors de la prise en charge d'arrêts cardiaques extra hospitaliers.

Nous avons pratiqué une enquête d'opinion en utilisant un registre électronique en ligne de décembre 2013 à mars 2014. Le lien internet a été diffusé et relayé très largement par les sociétés savantes internationales (ESICM, ERC, IPACCMS) et nationales (France, Brésil, Japon, Belgique, Suisse).

Résultats : Nous avons reçu des réponses de 54 pays. Parmi les 1328 questionnaires ouverts, 555 ont été complétés (42 %) et finalement retenus dans l'analyse, 7 réponses doubles ont été retirées. 88 % des répondeurs étaient médecins appartenant à un hôpital Universitaire pour 51 %. 96 % des interrogés déclaraient suivre les recommandations internationales. 30 % déclaraient faire toujours ou le plus souvent des compressions thoraciques exclusives sans ventilation additionnelle. Pendant l'intubation, 48 % interrompaient les CT si elles étaient manuelles et 44 % seulement si les compressions thoraciques provenaient d'une planche à masser mécanique. Pour la ventilation, le classique masque réservoir était utilisé dans 97 % des cas, le ventilateur dans 79 % des cas et le Boussignac CPR Tube dans 6 % des cas. Alors que le patient est intubé, 18 % déclaraient stopper les compressions thoraciques durant les insufflations. La fréquence respiratoire était de 8 à 10 cpm pour 45 % des interrogés, mais une fréquence supérieure à 16 cpm était utilisée pour 8 % d'entre eux. En cas d'utilisation d'un ventilateur, le mode VAC était le plus souvent déclaré avec un niveau de PEP inférieur à 5 pour (54 %) et un trigger réglé off dans (58 %). 49 % déclaraient régler la FIO2 % en fonction de la SpO2 pour un range de 94-06 %. Le monitoring de l'EtCO2 était déclaré utilisé par 78 %. 38 % des interrogés déclaraient avoir et utiliser une machine à masser automatique et quand elle est utilisée 26 % déclaraient observer des problèmes respiratoires associés imposant un retour à la ventilation manuel au masque réservoir dans 62 % des cas.

Conclusion : Les pratiques de la ventilation pendant la réanimation cardio pulmonaire sont très hétérogènes et diffèrent substantiellement des recommandations actuelles dans un pourcentage important de cas. Revoir ces recommandations ventilatoires à la lumière des connaissances actuelles et de la pratique croissante des machines automatiques nous semble nécessaire.

SO084

Retentissement psychologique et connaissance des notions relatives à la fin de vie en médecine d'urgence pré hospitalière chez les médecins du SMUR – résultats de l'enquête nationale de 2013

R Jouffroy¹, B Vivien², A Guyard¹, L Lamhaut¹, P Philippe¹, P Carli²
 1. Réanimation adulte, Hôpital Necker - Enfants Malades, Paris
 2. Réanimation adulte - Samu, Hôpital Necker - Enfants Malades, Paris

Introduction : Depuis 2005, la question de la fin de vie bénéficie d'un cadre législatif grâce à la loi Léonetti. La formation des médecins a dû s'adapter à cette évolution. Néanmoins, le retentissement psychologique et la connaissance des notions relatives à la fin de vie en médecine d'urgence pré hospitalière n'ont pas fait l'objet d'une évaluation. L'objectif de cette enquête nationale est d'évaluer le retentissement psychologique et la connaissance des notions relatives à la fin de vie en médecine d'urgence pré hospitalière (MUPH) chez les médecins de SMUR.

Patients et Méthodes : Un questionnaire anonyme de 26 questions à choix multiples a été envoyé par voie électronique au cours de l'année civile 2013 aux médecins exerçant au SMUR. Ces questions évaluaient le retentissement psychologique des situations de fin de vie rencontrées en MUPH ainsi que la connaissance des notions relatives à la fin de vie et leur applicabilité à la MUPH.

Résultats : 323 questionnaires ont été analysés. L'âge moyen des sujets est de 40 ans avec 58 % d'hommes. 52 % des sujets ont été exposés plusieurs fois par an à une situation de fin de vie nécessitant des soins de confort et 55 % à une situation de mort violente. Ces situations ont entraîné un sentiment de découragement transitoire et/ou de morosité dans 19 % des cas durant quelques minutes dans 35 % des cas et source d'angoisse dans 8 % des cas pour les soins de confort. Un sentiment de découragement transitoire et/ou de morosité dans 25 % des cas durant quelques heures dans 43 % des cas et source d'angoisse et/ou troubles du sommeil dans 14 % des cas pour la mort violente. 95 % des sujets ont déclaré avoir eu besoin de parler de ces situations dont 87 % immédiatement au décours de l'intervention avec des personnels du SAMU/SMUR dans 70 %. 91 % ont pu le faire dont 70 % avec d'autres personnels du SAMU/SMUR.

Par ailleurs, ces situations ont été à l'origine d'une modification de la perception de la fin de vie dans 79 % des cas.

Les notions de directives anticipées et de personne de confiance sont connues par 90 % des médecins. 92 % de ces médecins estiment que la notion de directives anticipées est à prendre en compte dans le cadre de la MUPH et 96 % estiment que la personne de confiance doit être sollicitée si elle est présente. Par ailleurs, 29 % des médecins estiment qu'une décision de limitation de soins dans le contexte de la MUPH doit se limiter à des critères médico-scientifiques.

Conclusion : L'exposition aux situations de fin de vie nécessitant des soins de confort ou de mort violente est fréquente chez les médecins du SMUR avec un retentissement psychologique et professionnel marqué. Les notions de directives anticipées et de personne de confiance sont très bien connues et devraient probablement être plus utilisées dans le cadre de la MUPH.

Références

1. Loi Léonetti du 22 avril 2005.
2. J.O. du 05/02/2004