

Évaluation en réanimation (2)

Evaluation in intensive care

© SRLF et Springer-Verlag France 2011

SP143

Évaluation des refus d'hospitalisation en réanimation médicale

J.L. Baudel, A. Galbois, H. Ait-Oufella, D. Margetis, M. Alves, G. Offenstadt, E. Maury, B. Guidet
Service de réanimation médicale, CHU Saint-Antoine, Paris, France

Introduction : Peu de travaux dans la littérature ont évalué les causes de refus d'hospitalisation en réanimation médicale. Ainsi, nous avons effectué une étude à ce sujet dans notre service.

Patients et méthodes : De mars 2010 à août 2011, un médecin senior a recueilli quotidiennement les refus. Ils ont été classés de la manière suivante : terrain/moribond (TM), aucune défaillance (AD), défaut du plateau technique (PT), manque de place (NP), autre (A) (manque de personnel paramédical, burn-out médical et paramédical, refus d'hospitalisation). Pour les TM et AD, l'admission en réanimation et/ou le décès ont été évalués dans les 48 heures (h48) de la décision du refus initial.

Résultats : Durant les dix huit mois de l'étude, 1 831 patients ont été admis dans le service, 761 ont été refusés. Leurs caractéristiques sont présentés dans le Tableau 1 ci-dessous :

	TM	AD	PT	NP	A
	133 (17,5 %)	335 (44 %)	54 (7 %)	230 (30%)	9 (1,5 %)
Admis	8	43			
Décès	58	20			

Cinquante-six pour cent des TM étaient vivants à h48. 13 % des AD ont été admis en réanimation à h48 du fait de leur aggravation dans 65 % des cas ou d'une évaluation initiale inadéquate dans 35 % des cas. Durant l'étude, le nombre total des NP était équivalent à celui de deux mois d'admission dans notre service. Les NP étaient quatre fois plus important durant les mois de décembre et janvier.

Conclusion : Dans notre travail, près d'un tiers des refus était consécutifs à un manque de place, en particulier durant les mois d'hiver, témoignant d'une inadéquation entre la demande et l'offre des soins en réanimation. L'évaluation initiale du réanimateur peut être prise en défaut aussi bien pour les patients jugés trop grave que pour ceux ne présentant aucune défaillance.

SP144

Y a-t-il des critères de non admission en réanimation ?

F. Daly, S. Abdellatif, A. Trifi, R. Nasri, K. Mahjoub, N. Mahjoubi, S. Ben Lakhal
Service de réanimation médicale, CHU La-Rabta, Tunis, Tunisie

Introduction : Les réanimateurs sont dans leur pratique quotidienne confrontés à la nécessité de sélectionner les patients à admettre. Le but de notre étude est d'analyser les facteurs et les mécanismes qui concourent à la prise de décision de non-admission en réanimation.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective, observationnelle, monocentrique, menée au service de réanimation médicale du CHU La-Rabta de Tunis du 1 janvier 2010 au 31 décembre 2010. Elle est fondée sur l'analyse, des propositions de transfert non satisfaites. Ces données sont consignées à l'aide d'un questionnaire standardisé, développé et validé par l'équipe médicale.

Résultats : 1 000 patients sont proposés, âgés de $52,7 \pm 19,7$ ans avec un sex-ratio de 1,58. 34,9 % des patients proposés ont un état de santé normal (score A de Knauss) et 43,3 % des patients ne présentent pas de maladies sous jacentes affectant le pronostic vital (score 0 de Mac Cabe). Par ailleurs, 54,2 % des patients ont une autonomie complète (score de Katz et al. = 6). 68,8 % sont refusés, l'absence de place disponible est le motif principal de refus dans 46,07 %. Parmi les autres facteurs de non admission retrouvés, on cite l'absence d'évaluation au chevet du patient par le réanimateur sollicité ($p = 0,00004$), l'âge ($p = 0,005$), la qualité non sénior de l'appelant ($p = 0,000001$), l'état de santé antérieur altéré ($p = 0,0005$ selon la classification de Knaus et $p = 0,0006$ selon la classification de Mac Cabe), une dépendance plus importante ($p = 0,002$), la présence de certaines comorbidités telles une pathologie tumorale ($p = 0,001$).

Discussion : Le taux de refus par manque de place dans notre étude paraît fort élevé au regard de la littérature (6,5 % dans l'étude de Garrouste-Orgeas et al. [1]). Cette incidence est probablement liée au manque considérable des lits de réanimation. En effet, on ne dispose que de 10 lits de réanimation médicale pour un hôpital multidisciplinaire de 960 lits.

Conclusion : Une politique d'admission large semble devoir être privilégiée en augmentant la capacité d'accueil des services de réanimation en association à une politique d'optimisation des flux intra-hospitaliers des patients.

Référence

1. Garrouste-Orgeas M, Montuclard L, Timsit JF, et al (2005) Predictors of intensive care unit refusal in French intensive care units: a multiple-center study. Crit Care Med 33:750-5

SP145**Enquête sur le ressenti de l'équipe médicale et paramédicale dans un service de réanimation : analyse croisée linguistique et médicale**

G. Lozachmeur¹, G. Prat², A. Renault³, N. Bizien², S. Guinard², J.M. Tonnelier², J.M. Boles³

¹*Équipe d'accueil EA 4249, HCTI, faculté des lettres et sciences humaines, université de Bretagne occidentale, Brest, France*

²*Service de réanimation médicale, CHU de la Cavale-Blanche, Brest, France*

³*Service de réanimation médicale et Jeune Équipe (JE) 2535, EPS, CHU de la Cavale-Blanche et université de Bretagne occidentale, Brest, France*

Introduction : Une enquête anonyme a été menée en février–mars 2011 auprès de l'ensemble des membres de l'équipe médicale et paramédicale du service de réanimation médicale du CHRU de Brest. L'analyse des réponses, menée d'un double point de vue linguistique et médical, avait pour but de mieux appréhender le ressenti du personnel à la suite d'un renouvellement important de l'équipe et préluant à une discussion avec la direction du CHRU à propos de la mise aux normes des effectifs paramédicaux du service.

Matériels et méthodes : Un questionnaire anonyme, élaboré par deux médecins du service, comportait 11 questions sur : l'expérience et l'ancienneté en réanimation ; la charge de travail et son évolution sur 5 ans, et ses répercussions sur la vie professionnelle et personnelle ; l'analyse des « points positifs et négatifs » du fonctionnement du service ; l'avis sur les remédiations possibles. Le questionnaire a été mis à disposition des 78 membres de l'équipe : 6 médecins, 36 IDE, 32 AS, 3 ASH, 1 cadre infirmier pour 15 lits de réanimation et 6 lits d'USC. En réanimation, 1 IDE a en charge, actuellement, 4 lits (rappel : décret du 5 avril 2002 : 2 IDE pour 5 patients). Les réponses ont été soumises à une analyse croisée médicale et linguistique : sémantique lexicale et analyse pragmatique du discours.

Résultats : 56 personnes ont répondu : 5 médecins, 32 IDE, 16 AS, 3 ASH, soit 71,8 % de tous les personnels. Ancienneté des répondants : 10 des 32 IDE (31,25 %), 1 des 16 AS, 2 des 3 ASH et 2 des 5 médecins (40 %) ont moins de 18 mois d'ancienneté dans le service, soit 26,8 % des répondants. Le temps moyen de « doublure » des 10 IDE ayant moins de 18 mois d'ancienneté avant la prise de poste était de 4,7 jours (extrêmes : 2–7). L'analyse linguistique a permis de dégager 3 centres d'intérêt majeurs : 1) la prise en charge énonciative par le locuteur laisse apparaître à la fois une recherche de distance et des marques de subjectivité exprimées par différentes formes linguistiques ; 2) les techniques argumentatives choisies avec des modalisations accentuées dans le discours ; 3) les réseaux lexicaux qui oscillent très nettement entre le pôle technique professionnel et le pôle des émotions. Mais une analyse affinée met en évidence des points positifs fonctionnant comme des éléments d'évaluation de la situation par l'individu et axés sur les thématiques de l'éthique, de la solidarité et du sens de l'équipe. Cependant, l'utilisation du terme « mort » est évacuée alors même que le service a enregistré 133 décès sur 618 patients en 2010 (21,5 %). L'analyse du fonctionnement du service objective des différences d'appréciation notables au niveau des points positifs et négatifs développés : les plus anciens acceptent mal la fuite des compétences vers d'autres services, l'instabilité de l'équipe et la charge de formation répétée du personnel récent. Les nouveaux arrivés (< 18 mois) déplorent l'insuffisance du temps de « doublure » de formation qui génère en eux angoisse et stress. Tous insistent sur la charge de travail liée à l'insuffisance des effectifs et qui s'est accentuée depuis 5 ans, beaucoup insistant également sur la fatigue psychologique. Parmi les

10 « jeunes » IDE (< 18 mois dans le service), 5 ont décidé de rester (mais 1 part pour raison familiale), 4 ont décidé de rester seulement si la situation s'améliore et 1 a décidé de quitter le service ; parmi les 22 IDE « anciennes » (> 2 ans dans le service), 11 souhaitent rester (dont 1 en demande de poste), 3 ont décidé de rester seulement si la situation s'améliore, 3 ont décidé de quitter le service, 3 ne savent pas et 2 partent pour des raisons autres. Les 12 IDE ayant plus de 10 ans d'ancienneté craignent d'être obligées de quitter le service, une limite de 10 ans de fonction dans un même service ayant été récemment fixée par la direction du CHRU.

Conclusion : Ces résultats montrent le malaise de la majorité des membres de l'équipe, exprimé de façon différente selon le grade et l'ancienneté, débouchant sur une véritable souffrance pour un nombre significatif de professionnels. L'analyse linguistique rend à la personne sa place dans l'institution en prenant en compte sa parole. Elle souligne l'impact des mots en tant qu'expressions de la souffrance au travail tout en témoignant d'un attachement non contradictoire au service pour la grande majorité. À la suite de cette initiative de l'équipe et en raison d'un conflit avec la direction du CHRU portant sur la mise aux normes des effectifs infirmiers, une enquête officielle a été réalisée par le service de santé au travail du CHRU, dont les résultats ont été présentés récemment au CHSCT.

SP146**Influence d'une formation ciblée concernant les limitations et/ou arrêts des thérapeutiques actives sur le vécu du personnel paramédical en réanimation : étude prospective monocentrique**

N. de Sa, I. Alves, M. Benrezkallah, F. Dewavrin

Service de réanimation polyvalente,

centre hospitalier de Valenciennes, Valenciennes, France

Introduction : Les limitations et/ou arrêts des thérapeutiques actives (LATA) sont une pratique de plus en plus courante en réanimation (50 % des décès en réanimation en France sont précédés d'une LATA), mais peuvent être source de burnout au sein de l'équipe soignante. L'objectif était de déterminer l'impact sur le personnel paramédical d'une formation ciblée sur les LATA en termes de vécu.

Patients et méthodes : Pour cela nous avons réalisé une étude prospective observationnelle monocentrique (réanimation du centre hospitalier de Valenciennes) à travers deux auto-questionnaires destinés aux infirmiers et aides-soignants encadrant la formation spécifique. On observait l'évolution du score Maslach Burnout Inventory (MBI) qui comporte trois éléments : l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel, ainsi que d'autres éléments déclaratifs. Nous avons réalisé une analyse descriptive puis comparative entre les deux questionnaires.

Résultats : La majorité des répondants étaient des infirmiers (67,4 %), des femmes (85,9 %). L'âge moyen était de 28,4 ans ± 7,76 ans (26 ans) avec une ancienneté moyenne de 45,7 mois ± 63,99 mois (21,6 mois). La formation a été suivie par 37 personnes, soit 31,4 % du personnel. L'épuisement professionnel diminue au cours de l'étude, passant d'un niveau de burnout modéré (19,1 ± 9,66 [19,0]) à bas (15,0 ± 8,78 [14,0]) avec un p à 0,050. Les deux autres composantes du MBI retrouvaient un score de burnout modéré aux deux temps de l'étude sans différence significative. Le score de satisfaction déclaratif concernant la procédure (de 3,5 ± 1,59 [3,0] à 4,3 ± 1,22 [4,0]) et la participation (de 2,3 ± 1,38 [2,0] à 3,0 ± 1,54 [3,0]) augmentait de manière significative (p respectivement à 0,020 et 0,038), tout en restant bas et donc signifiant une insatisfaction.

Conclusion : Notre étude ne retrouve donc qu'un intérêt limité à la réalisation d'une formation ciblée sur les LATA sur l'évolution du vécu du personnel paramédical de cette situation. Ces résultats peuvent être expliqués par la conception de l'étude, l'absence d'éléments recommandés (document formalisé de transmission) et l'existence d'une procédure mal adaptée à la participation des agents (réunion d'équipe), éléments pouvant être modifiés afin d'améliorer le vécu du personnel comme le suggère la littérature.

Bibliographie

1. Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, et al (2009) Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflictus study. *Am J Respir Crit Care Med* 180:853–60
2. (2010) *Réanimation* 19:679–98

SP147

Communication entre médecins traitants et réanimateurs : enquête d'évaluation d'une stratégie d'amélioration

Q. Gobert¹, N. Poussard¹, G. Pradel¹, A.L. Merel¹, L. Delapierre¹, K. Debbat¹, L. Arene¹, P. Garcia¹, S. Lemgueres¹, P. Courant¹, J. Mancini², M. Gainnier³

¹Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier de La Durance, Avignon, France

²Santé publique et information médicale, CHU de Marseille, hôpital de La Timone, Marseille, France

³Service de réanimation médicocirurgicale, CHU de Marseille, hôpital de La Timone, Marseille, France

Introduction : Une stratégie d'optimisation de l'information des médecins traitants, dont les patients sont admis en réanimation, a été mise en place. Cette stratégie s'appuie sur l'envoi systématique d'un compte rendu d'hospitalisation, à la sortie du patient. La présente étude a pour but d'évaluer l'impact de cette stratégie, par le recueil du nombre de comptes rendus d'hospitalisation reçus, et le degré de satisfaction des médecins traitants.

Patients et méthodes : Un questionnaire a été créé en ligne, et mis à disposition des médecins traitants, qui ont été invités, par mail, à le remplir, si un de leurs patients avait été hospitalisé en réanimation dans l'année écoulée. Les médecins étaient interrogés sur les informations reçues à l'admission de leur patient en réanimation, au cours de l'hospitalisation et à la sortie du service ; notamment par l'envoi d'un compte rendu d'hospitalisation. La qualité de la communication, et la satisfaction des médecins, étaient évaluées par échelle de 1 à 10.

Résultats : 192 médecins généralistes ont été contactés, 37 questionnaires ont été complétés, soit un taux de réponses de 19,2 %. Parmi ces répondants, 88,9 % ont reçu un compte rendu d'hospitalisation, après la sortie de leur patient. Cependant, plus de la moitié des médecins traitants n'avaient pas été informés de l'admission de leur patient en réanimation, et 74,3 % d'entre eux n'ont eu aucune information au cours de l'hospitalisation. La note médiane concernant la qualité de communication était de 3,5 [2–6] ; et la note médiane de satisfaction était de 4 [2–6,25]. Quatre facteurs d'insatisfaction des médecins traitants ont été mis en évidence : l'absence d'information par le réanimateur de l'admission du patient, l'absence de contact entre le service et le médecin traitant, durant l'hospitalisation, l'absence de courrier d'information au cours du séjour, et enfin le délai de réception du courrier final, jugé trop tardif.

Discussion : Malgré un taux de réception de comptes rendus supérieur à ce qui a été décrit dans la littérature, le taux de satisfaction retrouvé,

est plus faible que dans d'autres études sur le même sujet. Parmi les facteurs influençant la satisfaction dans notre étude, l'absence de contact, à l'admission ou au cours de l'hospitalisation ; et l'absence de collégialité dans les prises de décisions, ont également été retrouvés dans d'autres travaux.

Conclusion : L'importance du compte rendu d'hospitalisation adressé au médecin traitant, à la sortie d'un patient, avait été soulignée dans la littérature. Cependant, une stratégie de communication centrée sur ce compte rendu final, ne suffit pas à remplacer la nécessaire communication entre médecins traitants et réanimateurs, au cours de l'hospitalisation, et lors des prises de décisions.

Bibliographie

1. de Laitre V, Lefrant JY, Jaber S, et al (2006) General practitioners' and intensivists' relationships: intensivists' point of view from eight French southern regional areas. *Ann Fr Anesth Reanim* 25:493–500
2. Etesse B, Jaber S, Mura T, et al (2010) How the relationships between general practitioners and intensivists can be improved: the general practitioners' point of view. *Crit Care* 14:R112

SP148

Le mode d'admission en réanimation a-t-il un impact sur la qualité de l'information apportée aux familles des patients en réanimation ?

D. Reuter¹, A. Bourmaud², N. Kentish¹, M. Chaize¹, V. Lemiale¹, F. Pochard³, E. Azoulay¹

¹Service de réanimation médicale, CHU Saint-Louis, Paris, France

²Département santé publique, institut de cancérologie de la Loire, Saint-Priest-en-Jarez, France

³Maison des adolescents, CHU Cochin-Saint-Vincent-de-Paul, site Cochin, Paris, France

Introduction : Avoir un proche en réanimation est une source de stress, d'anxiété et de dépression. La compréhension de l'information apportée est souvent altérée. Les soignants de réanimation ont la capacité d'améliorer la qualité de l'information et de réduire le désarroi des familles (livret d'accueil, temps d'information, stratégie de communication, temps de visite, etc.). Nous avons voulu évaluer l'information apportée en amont de la réanimation en comparant les patients admis à partir des urgences ou du Samu et ceux admis des services médicaux ou chirurgicaux de l'hôpital.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude sur la base de données FAMIREA, groupe multicentrique évaluant l'information apportée aux familles des patients hospitalisés en réanimation. Les caractéristiques concernant les services de réanimation, les patients et 1 818 proches ont été recueillies prospectivement. L'anxiété a été évaluée par le score Hospital Anxiety and Depression Scale, la satisfaction par le score Critical Care Family Needs Inventory et la compréhension de la famille entre j3 et j5 de l'admission en réanimation. Une analyse multivariée a permis d'identifier les facteurs indépendamment associés à l'anxiété, la satisfaction et à la compréhension des familles. Aussi une comparaison du mode d'admission des patients en réanimation a été réalisée en opposant les urgences aux autres services hospitaliers notamment le service d'onco-hématologie.

Résultats : La médiane d'âge des patients était de 59 ans [39–73], un SAPS 2 à 40 [28–53] et une durée médiane d'hospitalisation de 11 jours [6–20]. 1 818 proches ont été interrogés. Le taux de non-répondants était de 140/1 818 pour l'HADS, 75/1 818 pour le CCFNI et 952/1 818 pour la compréhension. 754 proches de patients hospitalisés

à partir du service d'accueil des urgences et 1 064 en provenance d'un autre service ont été comparés. Aucune différence significative n'est rapportée entre les deux groupes, ni sur les caractéristiques des patients, des familles ou des services de réanimation. La médiane d'âge des proches est de 47 ans [35–60] (épouse : 30 % ; enfants : 32 % ; parents : 19 %) sans différence entre les deux groupes. L'analyse multivariée montre que les facteurs associés au score HADS sont : l'âge du patient (OR : -0,05 par année), le décès en réanimation (OR : 2,49), le statut de conjoint (OR : 3,9) et une distance importante entre le domicile et la réanimation (OR : 0,002 par km). Elle ne permet pas de mettre en évidence de différence concernant le mode d'admission (SAU ou autre) en réanimation. Les facteurs statistiquement associés à la satisfaction sont une mauvaise compréhension (OR : -1,32), l'âge du proche (OR : -0,05 par année), le statut de conjoint (OR : -1,76) et l'absence d'interprète (OR : 1,68). Le type d'admission n'est pas un facteur influençant la satisfaction. La compréhension est significativement améliorée lorsque l'admission est liée à une insuffisance rénale aiguë (OR : 2,6 ; IC 95 % : [1,5–4,6]) et diminuée quand elle est liée à un choc (OR : 0,53 ; IC 95 % : [0,36–0,77]). Elle n'est pas liée au mode d'admission.

Conclusion : L'origine des patients n'influence pas la qualité de l'information apportée aux familles en réanimation. Cela implique d'une part que cette information de pré-réanimation devrait être améliorée dans les structures d'amont, et renforce d'autre part la responsabilité que nous avons en réanimation à améliorer la qualité de l'information apportée aux familles.

SP149

Sommes-nous prêts pour le prélèvement d'organe chez les patients décédés après limitations thérapeutiques (Maastricht III) ? Résultats d'une enquête de la commission d'éthique de la SRLF

J.P. Graftieaux

SRLF, Commission d'éthique, Poitiers, France

Introduction : Le décret en Conseil d'État de 2005 autorisant les prélèvements sur donneurs décédés après arrêt cardiaque (DDAC) n'exclut pas la possibilité de prélèvements d'organes (PO) chez des patients décédés après limitations thérapeutiques correspondant à la classification III de Maastricht (POMIII). Ce type de prélèvement non mis en place jusque là par l'agence de biomédecine pose un certain nombre de problèmes éthiques

But de l'étude : Évaluer la perception éthique des réanimateurs vis-à-vis du POMIII.

Patients et méthodes : Un questionnaire élaboré par la CE comportant 3 questions qualifiant la population interrogée et 13 questions éthiques a été proposé aux membres de la SRLF par le biais de la « push-list ».

Résultats : 590 réponses dont 426 provenant de réanimateurs et 132 d'IDE ont été analysées. 68 % des répondants ont plus de 5 ans d'expérience en réanimation. 41 % des répondants ne connaissent pas la classification de Maastricht. Le POMIII pose des problèmes éthiques à 44 % des répondants. En comparaison avec le PO sur donneur en mort encéphalique et avec le DDAC Maastricht I ou II, le POMIII pose plus de problèmes éthiques ou des problèmes éthiques différents pour 55 et 51 % respectivement. Pour 41 % seulement, la POMIII est en conformité avec la loi Leonetti. 67 % des répondants pensent que cette procédure ne devrait pas concerner uniquement des patients cérébrolésés. Au cours de la procédure d'arrêt de la ventilation, 36 % seraient favorables à l'utilisation de curares et 47 % à la mise en place

d'une CEC sous-diaphragmatique à condition qu'une loi l'autorise. Parmi 5 mesures proposées pour améliorer le nombre de greffons, le POMIII vient en position 3 ou 4, après l'amélioration de l'information du PO sur donneur en mort encéphalique et du développement du DDAC. La très grande majorité des répondants (79 %) pensent que cette procédure devrait faire l'objet d'un débat public et/ou législatif. Au final, 71 % des répondants sont favorables au développement de cette procédure.

Conclusion : À la lueur de cette enquête, la nature du questionnaire éthique concernerait moins le principe du prélèvement PO M III que sa réalisation. La large majorité des avis favorables à la mise en œuvre du POMIII contraste avec le fait que cette option est classée après d'autres mesures pour augmenter le nombre de greffons en vue de greffe.

SP150

Prélèvements d'organes chez des patients en Maastricht III : de l'enquête aux résultats

J.P. Graftieaux

SRLF, Commission d'éthique, Reims, France

Introduction : Certains résultats du questionnaire proposé par la CE aux membres de la SRLF afin d'évaluer leur perception éthique vis-à-vis du Prélèvement d'Organes chez des patients décédés après limitations thérapeutiques, dit Maastricht III (POMIII) non mis en place jusque là par l'agence de biomédecine sont de nature à poser question.

But de l'étude : Analyser en quoi les réponses apportées transportent avec elles leur propre questionnement éthique.

Patients et méthodes : À partir des 590 réponses reçues aux 13 questions posées, les réponses à deux questions suggérant un questionnement éthique particulier ont été confrontées à l'esprit de la loi et aux règles de l'éthique communément admises.

Résultats : Réponse 1 : 67 % des répondants pensent que cette procédure ne devrait pas concerner uniquement des patients cérébrolésés. Ainsi chez des patients non cérébrolésés, trois questions sont soulevées : Le consentement est-il libre ? Ne s'agit-il pas ici d'une demande déguisée d'euthanasie du patient, instrumentalisant le médecin aveuglé par une efficacité utilitariste (s'agit-il d'un laisser mourir ?). Est-il mis fin à une obstination déraisonnable ou à un handicap ? (éthique du ressentiment). Réponse 2 : Au cours de la procédure d'arrêt de la ventilation, 36 % seraient favorables à l'utilisation de curares et 47 % à la mise en place d'une CEC sous-diaphragmatique à condition qu'une loi l'autorise. Cette réponse suggère de la part des répondants des accommodations : 1) avec les recommandations de la pratique de la sédation lors de décision d'arrêt thérapeutique : « pas d'injection létale mais recours à des produits en assumant le double effet » ; 2) avec la règle du donneur mort pouvant suggérer qu'on ne fait pas ici la part entre un mourant et un mort. Cette perception du MIII semble assimilée à celle du MII ; 3) avec le fondement de l'obligation morale en subsumant la question du fait sous celle du droit (oubli de la singularité du patient). En faisant de la contrainte en lieu de la liberté le principe de l'obligation éthique (ce que je dois faire).

Conclusion : Les réponses obtenues semblent sous-tendues par l'efficacité utilitariste et soulignent les limites d'interprétation de réponses à un questionnaire. Il n'est pas possible de savoir si les réponses de chacun intègrent et assument une réflexion éthique « élaborée ». Une présentation plus formalisée des questions éthiques soulevées pourrait modifier les réponses obtenues.

SP151**Donneurs décédés après arrêt cardiaque : quel abord des familles à la question du don en préhospitalier ?**

A. Burnod¹, F. Roussin², F. Fieux², C. Cornaglia¹, D. Abarrategui¹, A. Ricard-Hibon¹, J. Mantz¹, L. Jacob²

¹Service d'anesthésie-réanimation, Smur, AP-HP, hôpital Beaujon, Clichy, France

²Service d'anesthésie-réanimation chirurgicale, hôpital Saint-Louis, Paris, France

Introduction : Le don d'organes à partir de donneurs décédés après arrêt cardiaque (DDAAC) a débuté en France en 2007, grâce à la collaboration entre les Samu/Smur et les centres de prélèvements autorisés. Avant le démarrage de cette activité, un texte de recommandations, destiné aux urgentistes pré hospitaliers, suggérait de n'informer les familles sur la question du don d'organes qu'une fois arrivées en milieu hospitalier [1]. En pratique, à quel moment la question du don d'organe est-elle abordée ?

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective de 2007 au 30 septembre 2011, à partir du recueil des données d'un centre hospitalier receveur vers lequel sont transférés par SMUR les DDAAC.

Résultats : 153 personnes décédées des suites d'arrêt cardiaque ont été transférées en vue d'un don d'organes. Les proches des victimes étaient présents dans 55 % des cas ($n = 85$). Ceux ci ont reçu une information sur la possibilité d'un don d'organes par les équipes pré hospitalières dans 49 % des cas ($n = 42$). L'analyse faite par année montre qu'il y a eu une proportion croissante de cas où l'information

sur le don d'organes a été abordée dès la phase pré hospitalière pour atteindre 78 % en 2009.

Conclusion : L'abord des proches à la question du don d'organes dès la phase préhospitalière s'est généralisé de manière spontanée. Il permet une communication loyale sur la conduite entreprise et évite des transferts inutiles lorsque le refus de don est témoigné. La diffusion en 2011 des nouvelles recommandations [2] pour aider les équipes Smur dans cette tâche difficile est à évaluer.

Tableau 1 Evolution annuelle de la fréquence de l'abord du don d'organe en pré-hospitalier

	2007	2008	2009	2010	2011	Total
DDAAC transférés	40	31	28	25	29	153
Situations où les proches sont présents	31	15	14	10	15	85
Abord du don en pré hospitalier	11	8	11	5	7	42
Abord du don en pré hospitalier (%)	25	53	78	50	46	49

Références

1. Réunion de travail SFMU/Samu-de-France. 14.12.2006
2. Recommandations sur l'information et l'abord des proches des donneurs potentiels d'organes et de tissus décédés après arrêt cardiaque (DDAC), dans l'optique d'un prélèvement. Agence Biomédecine, Sfar, SRLF, SFMU, SUdF. Ann Fr Med Urg 2011