

## Éthique – LATA

### Ethics – withdrawing and withholding of treatments

© SRLF et Springer-Verlag France 2012

#### SPF074

##### Limites de la procédure de désignation de la personne de confiance chez les patients admis en réanimation

M. Adda, A. Lautrette, A. Ait Hssain, N. Mrozek, P.M. Bertrand, M. Rol, S. Cosserant, B. Souweine  
*Service de réanimation polyvalente, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand, France*

**Introduction :** Lors de toute hospitalisation, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance (PC) dans les conditions prévues par la loi du 4 mars 2002. Cette PC sera consultée au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté ou de recevoir une information. En réanimation, la consultation de la PC est importante dans deux situations : lors d'une procédure de limitation ou d'arrêt des traitements (loi du 22 avril 2005) et lors du recueil d'un consentement à la participation d'un protocole de recherche (loi du 4 mars 2002). Si le patient n'est pas en mesure de désigner une PC, il est recommandé que l'équipe soignante en coopération avec les proches désigne une personne référente (PR) qui n'a pas de statut législatif mais qui permet une implication de la famille dans la prise en charge du patient (Recommandations SRLF 2009 sur les « Limitations et arrêt des traitements en réanimation »). Néanmoins, il est possible que la PR attribuée par l'équipe soignante soit différente de la PC que le patient aurait choisie. Nous avons évalué cette hypothèse.

**Patients et méthodes :** Étude rétrospective de janvier 2008 à décembre 2011 dans une unité de réanimation médicale de dix lits. Dans l'unité, il existe une procédure de désignation de la PC ou de la PR qui s'applique à chaque admission. Un formulaire sur les caractéristiques de la PC ou de la PR accompagne la fiche de désignation. Des données médicales des patients sont également recueillies. L'objectif de cette étude est de déterminer le taux de concordance entre le choix de la PR et celui de la PC quand le patient a retrouvé un état neurologique satisfaisant. Les résultats sont exprimés en médiane [IQR].

**Résultats :** Sur les 1 385 patients admis en réanimation, sept incapables majeurs et deux mineurs ne relèvent pas de la procédure de désignation d'une PC, 693 ont eu une procédure complète et 683 n'ont pas eu de procédure (la raison principale est l'oubli). Les caractéristiques de la population de patients ayant eu la procédure ( $n = 693$ ) sont les suivantes : sex-ratio (M/F) = 375/318, âge = 64 [53–77], SAPSII = 44 [32–58], SOFA = 6 [3–9]. Dans cette population, 467 (67 %) ont une PC désignée, dans 176 cas avant l'admission en réanimation et dans 291 cas à l'admission. Sur les 226 patients qui n'ont pas désigné de PC, 21 ont refusé et 205 étaient inaptes à désigner une PC à l'admission en réanimation. Quand un entourage était présent, 191 PR ont pu être attribuées chez les patients inaptes. La procédure d'attribution d'une PR s'appliquait donc à 28 % (191/693) des admissions en réanimation. Parmi les 205 patients inaptes, 21 ont retrouvé un état neurologique qui a permis de réaliser la procédure de désignation de la

PC en cours d'hospitalisation. Seuls trois patients ont confirmé la PR en PC, quatre ont refusé la désignation d'une PC, deux ont donné une PC alors qu'aucun entourage n'était connu et 12 ont désigné une PC différente de la PR. Ainsi, le taux de concordance entre la PR attribuée par l'équipe soignante à l'admission et la PC désignée par le patient à son réveil est de 16 % (3/19).

**Conclusion :** Seuls deux tiers des patients ont une PC désignée à leur admission en réanimation. Le choix de la PR attribuée par l'équipe soignante n'est confirmé par le patient a posteriori que dans 16 % des cas. La procédure de désignation des PC et PR est inadaptée au service de réanimation.

#### SPF075

##### Éthique et fin de vie en réanimation : évaluation d'un enseignement aux étudiants en médecine

P. Perez<sup>1</sup>, P.E. Bollaert<sup>2</sup>, A. Gerard<sup>1</sup>, B. Levy<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>*Service de réanimation médicale, CHU de Nancy, hôpital Brabois-Adultes, Vandœuvre-lès-Nancy, France*  
<sup>2</sup>*Service de réanimation médicale, CHU de Nancy, hôpital Central, Nancy, France*

**Introduction :** Environ 10 % des Français décèdent dans un service de réanimation ou de soins intensifs. La confrontation quasi quotidienne à la mort est une des spécificités du métier de réanimateur. Dans la moitié des cas, le décès en réanimation fait suite à des mesures d'abstention thérapeutique.

**Objectifs :** Évaluation des connaissances sur la fin de vie en réanimation des étudiants en stage de réanimation.

**Population et méthode :** Étudiants en stage de réanimation médicale sur le CHU de Nancy. Questionnaire individuel donné avant et après le stage en réanimation.

**Résultats :** Trente-neuf étudiants ont participé à l'étude. Les étudiants ont progressé sur la connaissance des lois françaises (Kouchner, Leonetti) et des définitions (limitation des thérapeutiques actives, arrêt des thérapeutiques actives). Avant le stage, seulement 28,2 % des étudiants étaient capables d'expliquer les lois Leonetti et Kouchner ; après le stage, ils sont 72 %. Quatre-vingt-huit pour cent des étudiants étaient capables de définir une limitation des thérapeutiques actives. Il n'y a pas d'amélioration notable des connaissances sur les attentes des proches du patient en fin de vie en réanimation.

**Discussion :** Interrogation sur la manière d'enseigner l'éthique (approche normative ou réflexive). Interrogation sur les capacités de perfectionner et d'enseigner les aptitudes relationnelles humaines dans l'exercice médical.

**Conclusion :** Notre travail montre qu'il est possible de transmettre aux étudiants des connaissances dans le champ du relationnel et de l'éthique. La fin de vie à l'hôpital et a fortiori en réanimation est un sujet de société, les enjeux humains et médicaux sont importants. Connaître les bonnes pratiques de fin de vie fait partie intégrante des objectifs de la formation des étudiants dans un stage de réanimation médicale.

#### Bibliographie

1. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, et al (2001) Withholding and withdrawal of life support in intensive care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. *Lancet* 357:9–14
2. Stevens L, Cook D, Guyatt G, et al (2002) Education, ethics, and end-of-life decisions in the intensive care unit. *Crit Care Med* 30:290–6

#### SPF076

### Connaissances et formation des étudiants de deuxième cycle des études médicales (DCEM) en stage en réanimation sur les situations de fin de vie et de limitations thérapeutiques (LAT).

#### Résultats d'une enquête nationale 2011

R. Jouffroy<sup>1</sup>, L. Lamhaut<sup>1</sup>, J. Mantz<sup>2</sup>, C. Paugam-Burtz<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Département d'anesthésie et réanimation,

CHU Necker-Enfants-malades, Paris, France

<sup>2</sup>Anesthésie-réanimation, AP-HP, hôpital Beaujon, Clichy, France

<sup>3</sup>Département d'anesthésie et réanimation, CHU Beaujon, Clichy, France

**Introduction :** La prise en charge des situations de fin de vie est encadrée par la loi Leonetti de 2005 [1]. L'objectif de cette étude était d'évaluer les connaissances des DCEM en stage de réanimation sur ce cadre législatif, la formation reçue et la formation souhaitée par rapport à ces situations [2].

**Patients et méthodes :** Après information de la conférence des doyens, un questionnaire anonyme de 36 questions à choix simple ou multiple a été distribué, via les chefs de service de réanimation, de « la main à la main » ou par e-mail aux DCEM au terme de leur stage durant l'année 2011. Les questions exploraient les connaissances et la formation des DCEM par rapport aux situations de fin de vie et de LAT. Les résultats sont exprimés en pourcentage ou moyenne  $\pm$  ET.

**Résultats :** Trois cent quarante-huit étudiants (âge  $23 \pm 1$  ans, 55 % de filles, 35 % DCEM4, 30 % DCEM3, 30 % DCEM2 et 5 % DCEM1) ont rempli le questionnaire. Quarante-vingt-cinq pour cent des étudiants connaissaient la notion de LAT, 77 % la notion de directives anticipées et 77 % estiment qu'elle doit être utilisée en réanimation. Quarante-vingt-dix-neuf pour cent des DCEM connaissent la notion de personne de confiance et 95 % estiment qu'elle doit être utilisée en réanimation ; 43 % estiment que personne de confiance et personne référente sont synonymes. Cinquante pour cent ont assisté à une réunion de LAT au cours de leur stage, ce qui leur a permis une meilleure compréhension dans 95 % des cas et un meilleur vécu dans 84 % des cas. Les deux principales raisons invoquées pour ne pas assister à une réunion de LAT sont la non-participation aux LAT des étudiants (44 %) et l'absence de réunion de LAT dans le service (24 %). Trente-deux pour cent des DCEM ont pris part à une LAT permettant une meilleure compréhension dans 91 % des cas et un meilleur vécu dans 91 % des cas. Les deux principales raisons invoquées pour ne pas avoir pris part sont la non-participation aux LAT des étudiants dans 38 % des cas et l'absence de réunion de LAT dans le service dans 15 % des cas. La LAT a été mal vécue par 11 % des étudiants, le fait d'y assister et d'y prendre part en aurait permis respectivement un meilleur vécu dans 67 % et 86 % des cas. Quarante-sept et 52 % des DCEM avaient reçu

un enseignement théorique sur les situations de fin de vie lors de leurs études et en réanimation alors que 61 % auraient souhaité être préparés à ce type de situation, 92 % estimant nécessaire une formation et/ou une information au cours du DCEM. Les deux formes les plus appropriées sont les séminaires de discussion (50 %) et les enseignements de type apprentissage par problème (36 %).

**Conclusion :** Les notions relatives à la fin de vie sont bien connues des DCEM à l'issue de leur stage en réanimation. Les DCEM estiment que les notions de directives anticipées et de personne de confiance doivent être utilisées en réanimation. Une plus grande implication des DCEM en permettrait probablement une meilleure compréhension et un meilleur vécu. Le désir de formation est élevé essentiellement sous forme de séminaire de discussion et d'apprentissage par problème.

#### Références

1. Loi Leonetti n°2005-370 du 22 avril 2005
2. Arrêté du 29 janvier 2004 publié au JO 30 du 5 février 2004

#### SPF077

### Épidémiologie des décisions de limitation et arrêt thérapeutique pour les malades admis en réanimation en France

P.M. Bertrand<sup>1</sup>, J.F. Timsit<sup>2</sup>, E. Azoulay<sup>3</sup>, S. Ruckly<sup>4</sup>,

M. Garrouste-Orgeas<sup>5</sup>, M. Darmon<sup>6</sup>, B. Mourvillier<sup>7</sup>, C. Adrie<sup>8</sup>,

L. Soufir<sup>9</sup>, D. Goldgran-Toledano<sup>10</sup>, A. Lautrette<sup>1</sup>, B. Souweine<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Service de réanimation polyvalente, CHU Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand, France

<sup>2</sup>Service de réanimation médicale, CHU de Grenoble, hôpital Couple-Enfant, La Tronche, France

<sup>3</sup>Service de réanimation médicale, CHU Saint-Louis, Paris, France

<sup>4</sup>U823 institut Albert-Bonniot, team 11, université Grenoble-I, Grenoble, France

<sup>5</sup>Service de réanimation polyvalente, groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph, Paris, France

<sup>6</sup>Service de réanimation médicocirurgicale, CHU de Saint-Étienne, France

<sup>7</sup>Service de réanimation médicale et infectieuse, CHU Bichat-Claude-Bernard, Paris, France

<sup>8</sup>Laboratoire de physiologie et d'explorations fonctionnelles, CHU Cochin-Saint-Vincent-de-Paul, site Cochin, Paris, France

<sup>9</sup>Département d'anesthésie et réanimation,

groupe hospitalier Paris-Saint-Joseph, Paris, France

<sup>10</sup>Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier de Gonesse, Gonesse, France

**Introduction :** Les décisions de limitation et d'arrêt thérapeutique (LAT) sont fréquentes en réanimation et obéissent depuis la loi du 22 avril 2005 à une démarche réglementée. Cependant, les décisions de LAT comportent en pratique différentes nuances. Ainsi, la notion de limitation des traitements regroupe deux aspects : 1) l'anticipation d'une défaillance potentielle qui ne serait pas à traiter ; 2) la limitation effective d'un traitement. Le but de l'étude est de décrire en réanimation la fréquence des décisions de LAT, la répartition de leur niveau et leur évolution en cours du séjour hospitalier.

**Matériels et méthodes :** *Définition :* Intention de limitation thérapeutique (ILT) : décision de ne pas débiter une thérapeutique qui pourrait à terme être nécessaire au patient. Limitation thérapeutique (LT) : décision de ne pas débiter une thérapeutique nécessaire au patient. Arrêt thérapeutique (AT) : décision d'arrêter une thérapeutique en cours et nécessaire au patient. *Protocole :* Étude multicentrique à partir de la base OutcomeRea® sur 13 services de réanimation en France sur une

période de sept ans (2005–2012). Les décisions d'ILT, de LT et d'AT sont recueillies quotidiennement chez tous les patients. Les scores de gravité, les comorbidités préexistantes à l'admission, le diagnostic principal, les données démographiques en réanimation sont analysés en fonction des différents statuts : sans LAT (SL), ILT, LT, AT.

**Résultats :** Dix mille quatre-vingts patients ont été inclus. Le groupe SL représente 8 739 patients (86,7 %). Parmi les 1 341 patients restants, 335 (3,32 %) ont eu au moins une journée avec une ILT, 522 (5,18 %) ont eu au moins une journée avec une LT et 484 (4,80 %) ont eu au moins une journée avec une AT. Le délai médian entre l'admission et les décisions de LAT était de 1 [1–4] jour pour une ILT ; 3 [1–9] jours pour une LT et 5 [2–13] jours pour une AT. Les patients en ILT, LT et AT étaient significativement plus âgés que les patients sans LAT (75 [64 ; 82] ; 73 [62 ; 80] ; 71 [60 ; 80] vs 61 [47 ; 74] ;  $p < 0,01$ ). Les patients en ILT, LT et AT étaient plus souvent dénutris (8,1 ; 6,3 ; 4,1 vs 2 % ;  $p < 0,01$ ), avaient plus de comorbidités (maladie neurodégénérative, cardiopathie chronique, maladie chronique respiratoire, immunodépression), des scores de gravité à l'admission plus sévères que les patients sans LAT. Au cours de l'hospitalisation en réanimation, il y a eu une modification du niveau de LAT chez 999 patients et deux modifications chez 477. Lors de la première modification, 282 patients SL sont passés en ILT, LT ou AT et 90 patients en ILT, LT ou AT sont passés SL. Parmi les 248 patients réadmis en réanimation, 239 étaient SL, sept en ILT, un en LT et un en AT. Trois des sept patients en ILT sont passés SL en cours d'hospitalisation. La mortalité en réanimation et à l'hôpital en fonction du pire niveau de LAT au cours du séjour était de 10,5 et 15 % chez les patients SL, de 26,9 et 41,8 % chez les patients en ILT, de 72,6 et 81,4 % chez les patients en LT et de 93,6 et 96,3 % chez les patients en AT.

**Conclusion :** Les décisions de LAT concernent en France 15 % des patients de réanimation et sont prises précocement au cours du séjour. La mortalité hospitalière des patients en LAT est de 77 %. Le niveau de LAT évolue chez un nombre non négligeable de patients reflétant probablement l'évolution de l'état du patient et la prise en compte de son état de santé antérieur.

## SPF078

### Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte : analyse des procédures en cours au sein des services de réanimation du Collège interrégional de réanimation du Nord-Est sous forme d'EPP

M. Feissel<sup>1</sup>, I. Mangin-Beurrier<sup>1</sup>, E. Tomassini<sup>2</sup>, P. Perez<sup>3</sup>, P.E. Bollaert<sup>4</sup>, F. Ganster<sup>5</sup>, C. Mezher<sup>6</sup>, A. Noirot<sup>7</sup>, E. Belle<sup>8</sup>, J.-P. Quenot<sup>9</sup>

<sup>1</sup>Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier de Belfort-Montbéliard, site de Belfort, Belfort, France

<sup>2</sup>Service de réanimation polyvalente, CHR de Metz, Thionville, Metz, France

<sup>3</sup>Service de réanimation médicale, CHU de Nancy, hôpital Brabois-Adultes, Vandœuvre-lès-Nancy, France

<sup>4</sup>Service de réanimation médicale, CHU de Nancy, hôpital Central, Nancy, France

<sup>5</sup>Service de réanimation médicale, hôpital Émile-Muller, Mulhouse, France

<sup>6</sup>Service de réanimation polyvalente, centre hospitalier de Belfort-Montbéliard, site de Montbéliard, France

<sup>7</sup>Service de réanimation polyvalente, CHI de la Haute-Saône, Vesoul, France

<sup>8</sup>Service de réanimation médicale, CHU, hôpital Jean-Minjoz, Besançon, France

<sup>9</sup>Service de réanimation médicale, CHU de Dijon, complexe du Bocage, Dijon, France

**Introduction :** La réflexion éthique prend une place de plus en plus importante dans notre pratique quotidienne, notamment pour les patients les plus graves où un questionnement sur le sens de notre prise en charge peut se poser. Ces situations nous imposent une réflexion qui peut aboutir à des décisions de limitation ou d'arrêt thérapeutique. L'objectif de ce travail est d'analyser les procédures en cours dans les services de réanimation du Collège interrégional de réanimation du Nord-Est (CIRNE).

**Matériels et méthodes :** L'outil retenu et accepté par l'ensemble des services de réanimation du CIRNE (Nancy, Metz, Strasbourg, Colmar, Mulhouse, Belfort, Montbéliard, Besançon, Vesoul, Dijon) est l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) « clé en main » proposée par la SRLF et intitulée : limitation et arrêt des thérapeutiques en réanimation. Les critères d'évaluation s'intéressent à quatre objectifs principaux qui sont déclinés en 16 critères. *Objectifs :* Organisationnel, identification des patients relevant de LAT, analyse de l'application de ces décisions et évaluation de la prise en charge des LAT. Cette EPP est menée au niveau interrégional par un coordonnateur dont les missions sont de : 1) diffuser l'ensemble des documents nécessaires à la réalisation de la démarche ; 2) faire réaliser l'audit sur 15 dossiers et en assurer la centralisation ; 3) analyser les résultats par service, afin de proposer le cas échéant des mesures d'amélioration selon les spécificités de chaque unité ; 4) analyser l'impact de cette étude sur les pratiques des unités ; 5) assurer un suivi par un audit clinique ciblé prospectif afin d'analyser les effets des mesures d'amélioration proposées. Pour des raisons de temps nécessaire à la réalisation en continu des EPP, ce travail est consacré uniquement à la première phase : appropriation par les équipes du thème, de la méthode, synthèse des résultats et proposition d'action d'amélioration.

**Résultats :** Sur les 11 services sollicités, neuf ont réalisé l'analyse dans les délais (deux en cours de réponse). Les critères dont les résultats ne dépassent pas le seuil de 70 % correspondent aux critères devant faire l'objet de mesure d'amélioration. *Résultats globaux :* Six critères sont non satisfaisants (NS) : recherche de l'existence de directives anticipées (18 %), information en termes clairs et appropriés fournie au patient conscient (26 %), absence de consultant médical extérieur (27 %), absence de questionnement sur le niveau d'autonomie et de la « qualité de vie » (60 %), absence de collégialité dans la discussion (65 %). *Résultats individuels :* Hétérogènes. Onze critères NS pour un service à 0 critère NS pour un service (10 critères NS : 1 service ; 9 NS : 1 ; 6 NS : 1 ; 5 NS : 2 ; 4 NS : 1 ; 1 NS : 1). Les critères NS observés et classés par ordre décroissant sont : absence de consultant médical extérieur, absence de recherche de directives anticipées, absence de collégialité dans la discussion médicale et paramédicale, absence de questionnement sur le niveau d'autonomie et de la « qualité de vie », absence d'évaluation de douleurs physiques et morales, absence de thérapeutiques palliatives de confort physique ou moral. *Analyse de l'impact de l'étude :* À la question : y a-t-il eu des modifications dans les prises de décisions des LAT suite à ce travail ? Huit services répondent non ; un seul oui. À la question : êtes-vous d'accord pour une réévaluation de vos pratiques par une nouvelle EPP prospective dans les six mois : sept répondent oui.

**Discussion :** La proposition de participer à ce travail régional axé sur le thème de la limitation et arrêt thérapeutique en réanimation a suscité pour l'ensemble des services sollicités un vif intérêt et un engagement déterminé. Cependant, l'absence de modification des pratiques témoigne du caractère encore « confidentiel » de la démarche dans de nombreux services. La plupart des services (sept sur neuf) avouent attendre les résultats de ce travail avant d'engager une modification de leurs pratiques, qu'ils jugent non abouties mais cohérentes par rapport à leurs possibilités.

**Conclusion :** À l'heure où un débat national va s'engager sur la place de l'euthanasie et du suicide assisté, il est plus que temps de mettre en

œuvre les préconisations d'une loi reconnue pour être adaptée à la plupart des cas même difficiles de « fin de vie ». Ce travail d'EPP inter-régional a pour but de contribuer à la réalisation de cette exigence.

## SPF079

### Connaissances et perceptions concernant l'application de la procédure collégiale lors de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement.

#### Enquête multicentrique Optido

T. Pham<sup>1</sup>, I. Coquet<sup>2</sup>, C. Quesnel<sup>3</sup>, J.-P. Fulgencio<sup>3</sup>, M. Chastrusse<sup>4</sup>, M. Fischler<sup>4</sup>, E. Ferrand<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Réanimation médicale, CHU Henri-Mondor, Créteil, France

<sup>2</sup>Équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs (EMASP), hôpital Foch, Suresnes, France

<sup>3</sup>Département d'anesthésie et réanimation, CHU Tenon, Paris, France

<sup>4</sup>Département d'anesthésie, hôpital Foch, Suresnes, France

<sup>5</sup>Département d'anesthésie et équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs (EMASP), hôpital Foch, Suresnes, France

**Introduction :** Les décisions de limitation ou d'arrêt des traitements (LAT) permettent d'éviter des situations d'obstination déraisonnable. Elles sont fréquentes en réanimation, mais sont également susceptibles d'être prises dans d'autres services (service d'accueil des urgences [SAU], unité de soins intensifs [USI]). Ces décisions sont encadrées par la loi Leonetti [1] depuis 2005 qui autorise en particulier le médecin à prendre une décision LAT pour un patient inapte à consentir, à condition de respecter une procédure de réflexion collégiale. Nous avons souhaité évaluer la connaissance de cette procédure collégiale parmi les médecins seniors concernés, sept ans après la promulgation de la loi.

**Patients et méthodes :** Nous avons réalisé une étude observationnelle multicentrique basée sur un questionnaire (QS) anonyme auprès des médecins hospitaliers seniors potentiellement en charge de patients en LAT. Les items du QS concernaient la connaissance, le ressenti et la pratique des procédures LAT. Les comparaisons de proportions entre les groupes ont été réalisées au moyen de tests du Chi<sup>2</sup>, avec un *p* inférieur à 0,05 considéré comme significatif.

**Résultats :** Nous avons adressé 3 200 QS dans 800 services (entre trois et dix QS par service) en anesthésie, réanimation, SAU, USI cardio, neuro, pneumo ou néphro ; 890 médecins seniors ont répondu (participation de 27,9 %), dont 55 % réanimateurs (Réa) incluant réa médicaux et anesthésistes-réa. Les critères de la procédure collégiale estiment être connus par 45 % des répondants, mais seuls 25 % savent la décrire ; 28 % estiment la décision LAT comme source de conflit (30 % réa et 24 % des non-réa, *p* = 0,048). L'évaluation des connaissances, de la réalité des pratiques et des perceptions de la procédure est précisée dans le Tableau 1.

**Conclusion :** Notre enquête auprès des praticiens des spécialités potentiellement concernées confirme un défaut de connaissances concernant le cadre légal du processus de décision LAT. L'impact de cette méconnaissance semble atténué dans la pratique, en particulier en réanimation, hormis concernant l'approche du consultant extérieur qui semble poser un problème spécifique. L'établissement de procédures, mais aussi l'évaluation réelle des pratiques et une réflexion institutionnelle doivent conduire à mettre en adéquation les textes et les pratiques.

#### Bibliographie

1. Journal officiel 23 avril 2005. Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie [consulté le 20 février 2012]

**Tableau 1.** Connaissance et respect de la procédure collégiale

	Total (n = 893)	Réa (n = 494)	Non-réa (n = 396)	<i>p</i>
<b>Connaissances théoriques</b>				
Connaissance estimée de la procédure	398 (45 %)	292 (59 %)	105 (27 %)	< 0,001
Connaissance réelle de la procédure	130 (25 %)	107 (22 %)	23 (6 %)	< 0,001
<b>Application du cadre légal dans la pratique</b>				
Réponses justes concernant les principaux critères de procédure				
• Consultation de l'infirmière	504 (56 %)	318 (64 %)	185 (47 %)	< 0,001
• Consultation des proches	423 (47 %)	290 (59 %)	133 (34 %)	< 0,001
• Place de la personne de confiance	509 (57 %)	313 (63 %)	195 (49 %)	< 0,001
• Avis du consultant extérieur	378 (42 %)	253 (51 %)	123 (31 %)	< 0,001
• Traçabilité du processus	584 (65 %)	371 (75 %)	211 (53 %)	< 0,001
Respect strict de la procédure	254 (28 %)	162 (33 %)	92 (23 %)	< 0,001
Respect de la procédure à l'exception du consultant extérieur	610 (68 %)	376 (76 %)	233 (59 %)	< 0,001

## SPF080

### Perception des perspectives d'évolution et d'optimisation du don d'organe : enquête multicentrique Optido

T. Pham<sup>1</sup>, I. Coquet<sup>2</sup>, C. Quesnel<sup>3</sup>, J.-P. Fulgencio<sup>3</sup>, M. Chastrusse<sup>4</sup>, M. Fischler<sup>4</sup>, E. Ferrand<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Réanimation médicale, CHU Henri-Mondor, Créteil, France

<sup>2</sup>Équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs (EMASP), hôpital Foch, Suresnes, France

<sup>3</sup>Département d'anesthésie et réanimation, CHU Tenon, Paris, France

<sup>4</sup>Département d'anesthésie, hôpital Foch, Suresnes, France

<sup>5</sup>Département d'anesthésie et équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs (EMASP), hôpital Foch, Suresnes, France

**Introduction :** La récente révision des lois de bioéthique n'a pas modifié la procédure d'identification des donneurs potentiels. Il existe cependant une pénurie d'organes persistante, impliquée dans le décès de plus de 200 patients en attente de greffe en 2011. Nous avons souhaité évaluer les connaissances et les perceptions des perspectives d'optimisation du don d'organe auprès des médecins potentiellement impliqués dans la prise en charge de patients donneurs.

**Patients et méthodes :** Nous avons mené une enquête multicentrique par questionnaire (QS) anonyme auprès des médecins hospitaliers seniors potentiellement en charge de patients en EME. Cette analyse s'est particulièrement portée sur les questions concernant la connaissance et la perception des possibles optimisations et évolutions du cadre légal. Les comparaisons de proportions entre les groupes ont été réalisées au moyen de tests du Chi<sup>2</sup>, avec un *p* inférieur à 0,05 considéré comme significatif.

**Résultats :** Nous avons adressé 3 200 QS dans 800 services (entre trois et dix QS par service) en anesthésie, réanimation, SAU, USI cardio, neuro, pneumo ou néphro ; 890 médecins seniors ont répondu (participation de 27,9 %), dont 55 % réanimateurs (Réa) incluant réa médicaux et anesthésistes-réa. La loi Leonetti est maîtrisée par 15 % de répondants (22 % des réa et 6 % des non-réa, *p* < 0,001). La classification de Maastricht est connue par 10 % des répondants ; 42 % estiment que la procédure Maastricht III (M III) est en phase avec le

processus de décision d'arrêt de traitements (LAT) prévu par la loi (dont 58 % parmi les réa connaissant la loi), 68 % qu'elle respecte le délai nécessaire à l'intégration par la famille de la fin de vie et 45 % que la question du conflit d'intérêt ne se pose pas dans le cadre d'un protocole strict ; 82 % seraient favorables à une évaluation du M III dans le cadre d'un protocole garantissant le respect des critères légaux et l'adhésion des proches à la décision LAT. Enfin, 62 % seraient favorables à la mise en place d'une déclaration facilitée de sa position vis-à-vis du don d'organe (par exemple sur sa carte vitale) (Tableau 1).

**Conclusion :** Notre enquête montre que toutes les perspectives d'optimisation du don d'organes envisagées n'emportent pas la même adhésion : 1) le prélèvement sur donneur vivant n'est pas estimé porteur d'un fort potentiel de développement au vu des risques encourus ; 2) le prélèvement à cœur arrêté bien que séduisant sur le plan théorique est limité par la brièveté du délai laissé aux proches du donneur pour comprendre ses enjeux ; 3) la procédure M III souffre du défaut de connaissances et de diffusion, en premier lieu de la loi Leonetti, mais aussi du concept de M III. Ces résultats doivent inciter l'Agence de la biomédecine à étendre la politique de formation aux enjeux du PMO parmi l'ensemble de la communauté médicale. Ils doivent aussi renforcer les sociétés savantes à mieux diffuser la loi Leonetti avant d'envisager l'application du M III, même dans le cadre d'un protocole rigoureux.

**Tableau 1.** Connaissances et perceptions des médecins des différentes procédures existantes de prélèvement d'organes

	Total (n = 893)	Réa (n = 494)	Non-réa (n = 396)	p
<b>Prélèvement sur donneur vivant</b>				
Favorables sous conditions légales strictes	79 %	78 %	80 %	0,78
Connaissance de risques vitaux pour le donneur	84 %	89 %	79 %	< 0,001
Favorables à son développement	23 %	19 %	28 %	< 0,001
<b>Classification de Maastricht</b>				
Connaissance de la classification	10 %	14 %	4 %	< 0,001
<b>Prélèvement à cœur arrêté (Maastricht I et II)</b>				
Favorables sous conditions légales strictes	78 %	76 %	79 %	0,36
Délai d'approche court de la famille considéré comme une limite majeure	66 %	68 %	64 %	0,19
Favorables à son développement	62 %	57 %	68 %	< 0,001
<b>Prélèvement après décision LAT (Maastricht III)</b>				
En accord avec la loi et les bonnes pratiques	27 %	28 %	26 %	0,50
Favorables à une évaluation	82 %	75 %	91 %	< 0,001