

Éthique et réanimation

Ethics in the intensive care unit

SRLF 2015

© SRLF et Lavoisier SAS 2014

SO025

Limitations et arrêts des thérapeutiques en unité de surveillance continue: prévalence sur six mois et description

P Molmy¹, A Dewatine¹, N Van Grunderbeeck¹, G Delattre², C Houzet², J Mallat¹, L Tronchon¹, D Thevenin¹, O Nigeon²

1. Réanimation Polyvalente & USC, Centre Hospitalier de Lens, Lens
2. Service d'accueil des urgences & usc, Centre Hospitalier de Lens, Lens

Introduction : Les Unités de Surveillance Continue (USC) sont récentes et leur activité réelle est mal connue. La fréquence des Limitations et Arrêts des Thérapeutiques (LAT) pourrait y être importante mais n'a que peu été étudiée jusqu'alors. Nous avons étudié la prévalence des LAT en USC à partir de l'analyse de l'activité d'une période de 6 mois, les caractéristiques des patients et les modalités des LAT.

Patients et Méthodes : étude observationnelle, monocentrique et rétrospective sur une durée de 6 mois (1^{er} janvier au 30 juin 2012) dans une USC médicochirurgicale de 12 lits rattachée à un service de Réanimation. Étude du pourcentage de LAT, des caractéristiques des patients en LAT (âge, motifs d'admission, scores de gravité [IGS2 et SOFA], d'autonomie [indice de Knaus] et de comorbidités [score de Charlson]), des thérapeutiques utilisées chez ces patients, des modalités et des motifs des LAT, de la survie en USC, de la survie hospitalière et de la durée de séjour.

Résultats : Quatre-cent-cinq patients ont été hospitalisés en USC sur la période étudiée. Ils présentaient les caractéristiques suivantes: sex ratio H/F 2/1; âge moyen 61,8 ans ($\pm 17,8$). Les causes les plus fréquentes d'admission étaient la surveillance post-opératoire (33 %), les détresses respiratoires aiguës (23 %), les hémorragies digestives (12 %), les sepsis sévères (11 %). L'IGS2 moyen à l'admission était de 24,28 ($\pm 12,2$), l'IGS2 sans l'âge de 13,5 ($\pm 10,3$), le score SOFA de 2,4 ($\pm 2,1$), le score de Charlson de 4,5 ($\pm 2,8$), et l'indice de Knaus compris entre B et C. La durée moyenne d'hospitalisation en USC était de 5 jours ($\pm 4,1$), la durée totale d'hospitalisation de 19,9 jours. La mortalité en USC était de 7,5 %, la mortalité hospitalière de 15 %.

Soixante-neuf patients (17 %) étaient en limitations thérapeutiques lors de l'admission ou au cours de l'hospitalisation en USC (consignes de non-transfert en réanimation pour mesures thérapeutiques « invasives » : amines vasopressives, ventilation invasive, épuration extra-rénale). Soixante-huit pour cent de ces patients étaient des hommes. Les caractéristiques des patients en LAT étaient les suivantes: âge moyen 71,7

ans ($\pm 12,8$), score IGS2 moyen 34,7 ($\pm 10,6$), score IGS2 sans l'âge 20,7 ($\pm 9,8$), score SOFA moyen 4,08 ($\pm 2,3$), Score de Charlson moyen 6,76 ($\pm 2,4$), indice de Knaus entre C et D. La majorité des patients en LAT étaient hospitalisés en USC pour des motifs médicaux (55 patients, 79,7 %).

La principale mesure thérapeutique spécifique utilisée en USC chez ces patients était la Ventilation Non Invasive -VNI- (41 %). La mortalité en USC était de 30 %, et la mortalité hospitalière de 52 %. La durée de séjour moyenne des patients en LAT était de 7,3 jours ($\pm 5,1$) en USC, de 27 jours ($\pm 26,5$) à l'hôpital.

Les LAT étaient tracées dans le dossier dans 51 cas (74 %). Les principaux motifs de LAT étaient l'existence de plusieurs comorbidités majeures (41 cas, 59 %), la diminution d'autonomie ou l'état grabataire (26 cas, 38 %), l'âge avancé (21 cas, 30 %), l'insuffisance respiratoire chronique terminale (20 cas, 29 %) l'existence de cirrhose avancée sans projet de greffe (11 cas, 16 %). Le total excède 100 % car les causes de LAT étaient parfois associées.

L'explication des LAT aux familles était tracée dans le dossier dans 34 cas (49 %). On retrouvait la notion d'une concertation pluridisciplinaire dans 45 cas (65 %).

Les arrêts des thérapeutiques (soins de confort / soins palliatifs) ont été instaurés dans 13 cas (19 % des patients en LATA; 3,2 % du total des patients). Les modalités des arrêts thérapeutiques ont comporté: arrêt de la VNI chez 6 patients (50 %), sédation terminale (13 cas, 100 %).

Discussion : Les USC sont parfois détournées de leur rôle défini pour utiliser des mesures thérapeutiques non invasives, notamment la VNI, chez des patients récusés pour les mesures habituelles de réanimation en raison de leur âge et/ou de leurs antécédents importants. Le bénéfice apporté par l'hospitalisation en USC chez ces patients est incertain, la mortalité hospitalière restant très élevée.

Conclusion : Les patients en LAT, récusés pour la réanimation, constituent paradoxalement une part significative de l'activité de l'USC. Il s'agit fréquemment de patients âgés et/ou présentant des comorbidités importantes, avec une autonomie souvent réduite. La mortalité hospitalière des patients en LAT est importante. Les mesures d'arrêts thérapeutiques les plus fréquentes sont l'arrêt de la VNI et la sédation terminale. L'impact des LAT sur les soignants, étudié en réanimation, reste à déterminer en USC.

Le bénéfice des mesures thérapeutiques instaurées en USC chez les patients en LAT pourrait dépendre des pathologies et des degrés de gravité présentés, mais reste indéterminé.

Références

S Nava, C Sturani, S Hartl, et al. End-of-Life decision making in respiratory intermediate care units: a European survey. Eur Respir J 2007;30:156-64

J Vouloury, M Pinsard, R Robert (2008) Unités de surveillance continue. Réanimation 17:816-22

SRLF 2015 (✉)

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

SO026**Interlocuteur référent en réanimation : le point de vue des professionnels exerçant en réanimation**

JB Hardy¹, S Gelinotte¹, PL Declercq¹, C Quesnel¹, JP Eraldi¹, F Bougerol¹, N Meunier-Beillard², JP Quenot³, JP Rigaud¹

1. Réanimation polyvalente, Centre Hospitalier de Dieppe, Dieppe

2. UMR 7366 CNRS, Université de Bourgogne, Dijon

3. Réanimation médicale, CHU Dijon, Dijon

Introduction : Le principe de la personne de confiance est difficilement applicable en réanimation dans la mesure où, dans la plupart des situations, le patient n'a pas identifié cette personne préalablement à son admission. Pour l'équipe médico-soignante, l'identification d'un interlocuteur référent (IR) parmi les proches peut alors être problématique. Nous avons recherché, auprès des professionnels de réanimation, quelles seraient les caractéristiques attendues d'un proche pour que, selon leur point de vue, il puisse être l'IR du patient.

Matériels et Méthodes : Un questionnaire permettant d'évaluer 12 critères susceptibles d'être présentés par un proche du patient et pouvant intervenir dans l'identification ou la désignation d'un IR a été soumis à des professionnels exerçant au sein de deux services de réanimation. L'acquisition des données empiriques à l'origine des items du questionnaire a été permise par la réalisation préalable d'une étude qualitative menée auprès de 15 professionnels de réanimation (7 infirmières, 5 aides-soignantes et 3 médecins réanimateurs) d'un même service. Cette phase exploratoire a permis de déterminer, à travers une série d'observations in situ et d'entretiens semi-directifs, les éléments estimés importants pour les acteurs médico-soignants et intervenants dans le processus de désignation d'un IR. Les entretiens ont été menés jusqu'à « saturation » c'est-à-dire que ceux-ci ont été arrêtés lorsque les derniers entretiens n'apportaient aucune information nouvelle susceptible d'enrichir les données empiriques. La méthode dite du panel d'experts a ensuite été retenue pour la réduction du nombre d'items présents dans le questionnaire final². À l'issue des entretiens, les items ont été formulés de façon à être compréhensibles par le plus grand nombre. Chacun des critères devait être évalué en fonction de l'appréciation par le professionnel de son importance pour être un IR. Les réponses se déclinaient sur une échelle de 0 (critère sans importance) à 10 (critère hautement important).

Résultats : L'étude a duré un mois entre la remise des premiers questionnaires et le retour des derniers. Sur un total de 128 professionnels sollicités sur l'ensemble des 2 services, 99 personnes (9 médecins, 11 internes, 48 infirmier(e)s et cadres de santé, 20 aides-soignant(e)s, 6 élèves infirmier(e)s et aides-soignants, 5 secrétaires médicales) ont complété le questionnaire (taux de réponse : 77 %). L'effectif total des 2 services était de 144 professionnels au moment de l'étude (taux de sollicitation : 88 %). Les questionnaires non renseignés ont été le fait de professionnels en arrêt de travail ou en congés pendant la période de l'étude ou ayant omis de les retourner avant la date de fin de l'étude. Il est à noter qu'aucune des personnes sollicitées n'a manifesté le refus de répondre au questionnaire. Les critères apparaissant les plus importants pour l'identification d'un IR sont la connaissance des souhaits et des valeurs du patient, le lien affectif, la bonne compréhension de l'histoire clinique et le fait d'avoir été désigné personne de confiance par le patient avant l'admission en réanimation. Ces critères sont avancés de façon homogène quels que soient la fonction, l'expérience ou l'âge des professionnels. Le lien familial et la fréquence des visites auprès du patient apparaissent moins déterminants. Le fait de se désigner spontanément n'est pas considéré par les professionnels comme étant un élément important pour constituer un IR.

Discussion : Les professionnels de réanimation reconnaissent à l'IR des caractéristiques qui s'inscrivent dans le cadre défini de la personne

de confiance, c'est-à-dire celle qui connaît les valeurs du patient et est capable d'en être le porte-parole auprès de l'équipe médico-soignante. Mais il est intéressant de noter que du point de vue de ces mêmes professionnels, cet IR peut présenter des caractéristiques différentes de celle « d'être désigné préalablement ».

Conclusion : Ainsi, un proche non nécessairement désigné avant l'admission en réanimation mais lié affectivement au patient ou connaissant son histoire ou ses souhaits représenterait un interlocuteur adapté. Les professionnels pourraient alors échanger avec des proches différents de ceux qui (se) seraient « naturellement » désignés, à la condition qu'il n'y ait pas de notion d'opposition préalablement exprimée par le patient. Dans l'avenir, il sera intéressant d'étudier ces mêmes critères auprès des proches et des patients, ce qui pourrait permettre d'évaluer la validité des critères de notre questionnaire. Un autre intérêt de ce travail se situe dans l'application, avant la réalisation de l'étude elle-même, d'une méthodologie qualitative (identification des critères et élaboration du questionnaire) permettant, à l'aide d'un panel représentatif de professionnels, de ne pas omettre des questions importantes et pertinentes.

Références

1. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé <http://www.legifrance.gouv.fr>
2. Charharoui K, Bénony H. Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique. Paris : Dunod 2003;p.141-50.

SO027**Évaluation de l'impact d'un protocole de prévention des râles de fin de vie sur le recours à la sédation lors de l'extubation terminale en réanimation**

M Lefèvre¹, PY Egretreau², Z Alavi³, E Nowak⁴, G Praf⁵, JM Tonnelier⁶, E L'Her⁵, JM Boles⁵, A Renault⁶

1. Réanimation polyvalente, Centre Hospitalier des Pays de Morlaix, Morlaix

2. Réanimation, Centre Hospitalier des Pays de Morlaix, Morlaix

3. Centre d'investigation clinique, CHU de Brest, Brest

4. Centre d'investigation clinique, C.H.U. Brest, Brest

5. Réanimation médicale, CHRU de Brest, Brest

6. Réanimation médicale, CHU Brest, Brest

Introduction : L'extubation terminale est devenue une pratique fréquente d'arrêt des thérapeutiques invasives en réanimation. Les symptômes respiratoires survenant au décours d'une extubation terminale peuvent être très difficilement vécus par les soignants, donnant alors lieu à la mise en route d'une sédation. La nécessité de cette sédation est actuellement débattue [1,2].

À partir de janvier 2006, nous avons appliqué un protocole de prévention des râles agoniques dans notre service, avec l'aide de l'équipe mobile de soins palliatifs: une restriction hydrique et de la scopolamine transdermique étaient prescrits 72 heures avant le geste. L'objectif de cette étude rétrospective est d'évaluer l'impact du protocole de prévention des râles sur l'utilisation de la sédation après une extubation terminale.

Patients et Méthodes : Nous avons comparé le risque relatif de recours à la sédation chez les patients extubés sur trois périodes: avant le protocole (2005), pendant l'installation du protocole (2006) puis après l'installation du protocole (2007 à 2011). Nous avons comparé ce risque relatif en analyse univariée, puis multivariée incluant l'âge et l'existence d'une défaillance neurologique. L'hypothèse d'indépendance des variables a fait l'objet d'un test de χ^2 .

Résultats : De janvier 2005 à décembre 2011, 113 patients ont été sujets à une extubation terminale, dont 82 % avaient une défaillance neurologique sévère. Le risque relatif de recours à la sédation a diminué de manière significative entre 2006 (année de mise en place du protocole) et 2005 (RR=0,67) et est devenu plus faible encore après janvier 2007 (RR=0,48), en analyse univariée et multivariée.

Conclusion : Les deux priorités chez les patients en fin de vie en réanimation sont le confort et la communication avec les proches et les soignants. Notre protocole a permis de réduire significativement le recours à la sédation. Cela doit améliorer la capacité du patient à communiquer et à exprimer sa volonté lorsqu'il n'existe pas d'atteinte neurologique. L'impact de la prévention des râles agoniques sur la détresse morale des proches et des soignants reste cependant à évaluer.

Références

Billings, Crit Care Med 2012
Truog, Crit Care Med 2012

SO028

Méthodes de prise en compte des limitations et arrêts des thérapeutiques dans les études randomisées en réanimation portant sur la mortalité : revue systématique portant sur 131 essais contrôlés randomisés

S Kerever¹, V Smail-Faugeron², S Chevet³, M Resche-Rigon³

1. Département d'anesthésie réanimation, Hôpital Lariboisière, Paris

2. Department of dental materials urb2i, ea4462, Université Paris Descartes - Sorbonne Paris Cité, Montrouge

3. Service de biostatistiques et information médicale, Hôpital Saint-Louis, Paris

Introduction : Des études récentes montrent qu'environ 10 % des patients admis en réanimation décéderont suite à une décision de Limitation ou d'Arrêt des Thérapeutiques (LAT). S'il existe à ce jour des recommandations éthiques, médicales et législatives concernant les LAT, il n'existe pas à notre connaissance de règles méthodologiques quant à la manière de prendre en compte ces données dans les essais thérapeutiques randomisés en réanimation alors, que du fait de leur fréquence, elles surviennent aussi durant ces essais.

Matériels et Méthodes : L'objectif de cette revue systématique est, en se focalisant sur les essais contrôlés randomisés (ECR) se déroulant en réanimation publiés ces 10 dernières années, d'évaluer le nombre de publications concernées explicitement par les prises de décisions de LAT et de recenser les différentes méthodes d'analyse utilisées pour prendre en compte ces données. Les articles inclus dans cette étude étaient identifiés sur les bases PubMed, EMBASE et CINAHL, et considérés comme éligibles si leur critère principal ou au moins un de leur critères secondaires étudiait la mortalité.

Résultats : Durant cette revue systématique nous avons identifié en premier lieu 166 études susceptibles de correspondre à nos critères dont 35 études ont été exclues car elles ne présentaient pas les critères d'inclusion de notre revue systématique. Sur les 131 articles éligibles restant seuls 54 (41 %) fournissaient des informations claires quant à la manière dont ils prenaient en compte les patients concernés par des LAT. Trois approches de gestion des données induites par les LAT émergent de ce travail. La première considère les LAT comme un critère de non inclusion dans l'étude (82 %), la seconde assimile les patients concernés par les LAT à un décès classique (8 %) et enfin la dernière exclu à posteriori de l'analyse les patients concernés par des LAT (4 %).

Conclusion : Le premier constat concerne le peu d'information concernant les LAT dans les études en réanimations alors qu'un bon nombre d'études doivent y être confrontées compte tenu de leur fréquence au sein de la population des patients admis en réanimation. Lorsque la problématique des LAT est abordée les approches décrites posent potentiellement problème. Le fait de considérer les LAT comme un critère de non inclusion représente une fausse sécurité puisque cette mesure n'empêche a priori pas la survenue de LAT pendant l'étude et ne fait que reporter le problème. De plus, cette approche soulève le problème de la représentativité de la population étudiée. L'exclusion a posteriori des patients concernés par des prises de décisions de LAT remet clairement en cause le principe d'une analyse en intention de traiter et peut donc conduire à des biais. Enfin la dernière approche pose clairement le problème de la date de décès retenue : date de LAT ou date de décès effectif, et soulève des questionnements quant à la mésestimation de la mortalité en réanimation en cas d'utilisation de modèle de survie. Au vu des résultats de cette étude, il semble donc important que la prise en compte méthodologique des LAT soit mieux décrite et que des règles d'analyse consensuelles soient publiées.

Références

Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. JAMA 290:790-7

SO029

CAESAR : un nouvel instrument pour décrire l'expérience de la fin de vie en réanimation

N Kentish-Barnes¹, V Seegers², B Falissard², S Legriel³, A Cariou⁴, S Jaber⁵, S Chevet⁶, E Azoulay⁷

1. Réanimation médicale, Assistance Publique Hôpitaux de Paris, Hôpital Saint Louis, Paris

2. Umr 669, INSERM, Paris

3. Réanimation médico-chirurgicale, centre hospitalier de Versailles, Le Chesnay

4. Réanimation médicale, hôpital Cochin, Paris

5. DAR B, hôpital Saint Eloi, Montpellier

6. Sbm, Hôpital Saint-Louis, Paris, 7 réanimation médicale, hôpital Saint-Louis, Paris

Introduction : L'amélioration de la prise en charge de la mort en réanimation nécessite une évaluation précise des pratiques de fin de vie, qui ne peut pas passer par la seule évaluation de l'expérience du patient. L'évaluation de l'expérience des proches et des soignants (médecins, infirmiers) pourrait apporter des éléments de compréhension et d'information nécessaires à l'amélioration des pratiques de fin de vie, mais les outils disponibles sont peu adaptés au contexte de la réanimation. L'échelle CAESAR est un instrument de recueil de l'expérience de ces trois acteurs, que nous avons testé prospectivement.

Objectif : Établir les propriétés psychométriques de l'échelle CAESAR.

Matériels et Méthodes : Après un travail comprenant une revue de la littérature, une réflexion sur les recherches antérieures du groupe Famiréa, une série d'entretiens semi-directifs auprès de proches de patient en fin de vie et de proches endeuillés et plusieurs réunions d'un panel d'experts, l'instrument CAESAR a été créé puis testé dans une étude prospective multicentrique dans 41 services de réanimation en France. Tous les patients adultes décédant après un séjour supérieur à 48h ont été inclus dans l'étude. Pour chaque patient, le médecin et l'infirmier ont chacun complété le questionnaire CAESAR dans les 48h suivant son décès. Le proche du patient a complété le questionnaire CAESAR par téléphone 21 jours après le décès.

CAESAR est constitué de 3 sous-échelles (proche, médecin, infirmier). Après un travail de réduction du nombre initiale d'items, chaque échelle (patient, infirmier, médecin) comprend 15 questions cotées de 1 à 5 (1 indiquant une expérience traumatisante et 5 une expérience apaisante). Les propriétés psychométriques de chacune des 3 échelles ont été validées indépendamment les unes des autres pour établir leur validité interne. Le nombre de dimensions pertinentes dans chacune de ces échelles a été démontré à l'aide des graphiques des valeurs propres issus de l'analyse factorielle des scores CAESAR, utilisant une estimation par maximum de vraisemblance et une rotation orthogonale (pour faciliter l'interprétation des facteurs). Le point de cassures de la courbe combiné à la représentation graphique de simulations correspond au nombre raisonnable de dimension émanant de chacune des échelles. La fidélité de l'échelle a été mesurée par un coefficient alpha de Cronbach. Trois cohortes de validation ont été analysées en suivant le même processus. La distribution des scores calculés à partir de chacune de ces échelles a été décrite dans la cohorte CAESAR.

Résultats : 475 patients ont été inclus dans l'étude pour lesquels 430 proches (90.5 %), 452 médecins (95 %) et 432 infirmiers (91.5 %) ont complété l'instrument CAESAR.

Les échelles des proches, des infirmiers et des médecins ont toutes les trois une structure unidimensionnelle avec un coefficient alpha de Cronbach égal à 0.87 (95 %CI=0.85-0.90), 0.80 (95 %CI=0.76-0.83) et 0.82 (95 %CI=0.79-0.85) respectivement. Les résultats dans les cohortes de validation sont similaires. Plus le score est élevé, plus le vécu des acteurs est bon. Le score des proches a une distribution uni-modale asymétrique à droite avec un minimum de 20/75 et un maximum de 75/75, une médiane à 66 et une moyenne à 63 (± 9.3). Les échelles des médecins et des infirmiers ont des distributions plus proches d'une loi normale. Pour les scores CAESAR infirmiers, la médiane est à 59/75 (min=36, max=75) et la moyenne à 58.6 (± 10.4). Pour les scores CAESAR médecins, la médiane est à 64 (min=45, max=75) et la moyenne à 64.5 (± 5.0).

Conclusion : CAESAR est un instrument comprenant trois sous-échelles (proche, infirmier et médecin) qui a des propriétés psychométriques satisfaisantes reflétant une bonne validité interne. La distribution des scores montre globalement des scores un peu plus bas chez les infirmiers que chez les médecins et les proches et une variabilité plus forte chez les infirmiers et les proches que chez les médecins. Ces propriétés sont confirmées dans les 3 cohortes de validation. L'échelle CAESAR peut désormais être utilisée pour évaluer l'expérience des proches et des soignants de la fin de vie en réanimation.

SO030

Limitation ou arrêt des thérapeutiques en réanimation : l'interruption simultanée des techniques de suppléance vitale cardio-respiratoire est préférentiellement mise en œuvre chez les patients cérébrolésés

O Lesieur¹, M Leloup², N Girard³, MF Mamzer¹, Epilat study group
 1. Laboratoire d'éthique médicale, Université Paris Descartes, Paris
 2. Réanimation, centre hospitalier la Rochelle, La Rochelle
 3. Unité de recherche clinique, centre hospitalier la Rochelle, La Rochelle

Introduction : Autorisées en France par la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 (loi Léonetti), les mesures de limitation ou d'arrêt thérapeutique (LAT) en réanimation – abstention, non-majoration ou arrêt de traitement(s) jugé(s) disproportionné(s) – varient dans leur mode opératoire selon la pathologie et le pronostic des patients concernés. Huit ans après la promulgation de la loi Léonetti, notre groupe a examiné dans une étude observationnelle prospective les mesures de limitation mises en œuvre dans 43 unités de Réanimation (616 lits).

Patients et Méthodes : Sur une période de 60 à 90 jours consécutifs choisie au cours du premier semestre 2013, les investigateurs ont recueilli pour tout patient faisant l'objet d'une procédure de LAT les caractéristiques cliniques, les indices de gravité et de comorbidité, les modalités décisionnelles et opératoires de LAT, le devenir des patients jusqu'au décès ou la sortie de l'hôpital.

Résultats : Sur la période étudiée (5589 admissions), 777 patients (14 %, 68 ± 14 ans, sexe ratio M/F 1.8, SAPS II 60 ± 20 , SOFA 7 [4–11]) ont fait l'objet de mesures de LAT. Ces patients étaient hospitalisés en réanimation pour coma post-arrêt cardiaque (150), accident vasculaire cérébral (49), traumatisme crânien (24), détresse respiratoire (259), état de choc ou défaillance multiviscérale (215), ou autre cause (80). Dix patients (1,3 %) avaient rédigé des directives anticipées, dix (1,3 %) avaient désigné une personne de confiance. L'avis d'un consultant extérieur a été requis pour 356 des 777 procédures de LAT (45,8 %).

Les mesures de LAT mises en œuvre étaient des consignes d'abstention/non-majoration pour 344 patients, un arrêt de traitement(s) pour 433 patients. Dans 263 cas (tous décédés en réanimation), les suppléances vitales cardiorespiratoires en place – ventilation invasive, inotropes – ont été interrompues simultanément, avec (138 patients) ou sans extubation. Ce type de LAT a plus souvent été mis en œuvre chez les patients cérébrolésés (coma post-arrêt cardiaque, accident vasculaire cérébral ou traumatisme crânien) comparés aux patients admis pour un autre motif (117/223 soit 52,5 % versus 146/554 soit 26,4 %, $p < 0,0001$), ces derniers ayant plutôt fait l'objet d'une abstention/non-majoration ou d'un retrait progressif des traitements.

Sur 777 patients en LAT, 554 sont décédés en réanimation et 60 dans un autre service après transfert. Cent trente-trois (17 % des patients en LAT) sont sortis vivants de l'hôpital : 6 % (13/223) des patients cérébrolésés et 22 % (120/554) des patients admis pour un autre motif. Ces 133 patients (70 ± 14 ans, sexe ratio M/F 1.5, SAPS II 52 ± 18 , SOFA 4 [2–7]) avaient fait l'objet d'une abstention/non-majoration (126) ou d'un retrait progressif (7) des traitements.

Conclusion : Huit ans après la promulgation de la loi Léonetti, la prévalence des directives anticipées et de la personne de confiance reste faible. Parmi les modalités de LAT observées dans cette étude, l'interruption simultanée des techniques de suppléance vitale cardio-respiratoire s'adresse préférentiellement à des patients cérébrolésés. Des mesures de LAT telles que l'abstention/non-majoration ou le retrait progressif de traitement(s) jugé(s) disproportionné(s) sont compatibles avec la survie du patient à la sortie de l'hôpital. La performance prédictive des indices pronostiques disponibles pour chacune des pathologies en cause (neurologique vs non-neurologique) pourrait expliquer la différence de mode opératoire observée.