

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2017

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

NOM : PEIFFER Prénoms : Sarah Florence Marie
Date et Lieu de naissance : 10 mai 1988 aux Lilas

Présentée et soutenue publiquement le : vendredi 20 janvier 2017

Opinion et implication des médecins traitants lors de l'admission en réanimation de leurs patients gériatriques

Président de thèse : Professeur RAYNAUD-SIMON Agathe
Directeur de thèse : Docteur VALLET Hélène

DES de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Je remercie Madame le Professeur Agathe Raynaud-Simon d'avoir accepté la présidence de ce jury,

Je remercie le Dr Hélène Vallet, de m'avoir encadrée, de m'avoir guidée et aidée tout au long de ce travail,

Je remercie le Pr Michel Wolff, d'avoir accepté d'être membre de ce jury,

Je remercie vivement le Pr Jean-François Gautier, d'avoir accepté d'être membre de ce jury,

Je remercie le Pr Jacques Boddart pour sa relecture attentive et ses remarques avisées,

Je remercie ma Maman, pour m'avoir ouvert le chemin, du « lympho-œdème » jusqu'à ce jour, m'avoir montré que la médecine est belle, difficile et exigeante,

Je te remercie Clément, pour ton soutien au quotidien, ton phlegme à toute épreuve, tes conseils toujours pertinents, et ta relecture finale,

Je remercie chaleureusement le Dr Jean Laganier, pour son aide et son soutien infaillible dans la gestion des ultimes rebondissements de cette soutenance,

Je remercie tous mes confrères, collègues, membres de ma famille et amis pour le chemin parcouru pendant ces dix années : Vladimir, Margot, Céline, Raphaël, Romain, Magali, Adèle, David, Lucas, Lara, Chloé, Charlotte, Pauline, Élise Ca., Étienne, Mariana, Julie, Sophie, Anne-Claire, Denis, Idriss, Claire, Samuel, Marie, Élise Co. ...

Enfin, je remercie les patients, qui tous les jours m'ont appris un peu plus, un peu différemment.

ABREVIATIONS

ADL : Activities of Daily Living

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BPCO : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

DMS : Durée Moyenne de Séjour

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HTA : Hypertension Artérielle

IADL : Instrumental Activities of Daily Living

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IRC : Insuffisance Rénale Chronique

LAT : Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SRLF : Société de Réanimation de Langue Française

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UGA : Unité de Gériatrie Aiguë

Table des matières

INTRODUCTION.....	5
1. Données démographiques.....	5
2. Vieillessement, comorbidités et fragilité.....	5
3. Facteurs pronostiques du patient âgé en réanimation.....	6
4. Critères d'admission des patients âgés en réanimation.....	6
5. L'opinion du patient âgé concernant son admission en réanimation.....	7
MATERIEL ET METHODES.....	9
1. Sélection des patients.....	9
2. Modalités de recueil des données et élaboration du questionnaire.....	9
3. Objectif principal et objectifs secondaires.....	10
4. Analyse statistique.....	11
RESULTATS.....	12
1. Caractéristiques des patients.....	12
2. Caractéristiques des médecins traitants.....	14
3. Objectif principal : sollicitation des médecins traitants dans le transfert en réanimation des patients.....	14
4. Objectifs secondaires.....	15
a. Désir d'implication des médecins traitants dans le transfert en réanimation de leurs patients.....	15
b. Niveau de connaissance et de recueil des directives anticipées par les médecins traitants.....	15
c. Evaluation du pronostic par les médecins traitants.....	16
d. Décision de limitation des soins.....	17
DISCUSSION.....	18
1. Résumé des principaux résultats.....	18
2. Discussion des résultats au vu des données de la littérature.....	18
3. Limites et forces de l'étude.....	22
a. Les limites de l'étude.....	22
b. Les forces de l'étude.....	23
4. Perspectives.....	23
CONCLUSION.....	25
ANNEXE – Questionnaire soumis aux médecins traitants.....	26
BIBLIOGRAPHIE.....	29

INTRODUCTION

1. Données démographiques

D'après le rapport de la dernière Assemblée mondiale sur le Vieillissement, la population âgée de plus de 60 ans a triplé au cours des 50 dernières années et triplera encore à l'horizon 2050 [1]. Le groupe d'âge qui progresse le plus rapidement est celui des personnes de 80 ans et plus, avec une augmentation de près de 4% par an.

En France en 2016, l'INSEE recense 16,5 millions de personnes de plus de 60 ans, soit 24,9 % de la population [2]. En 2050, 16% de la population aura plus de 75 ans contre 9% actuellement [3]. Cette augmentation de l'espérance de vie, liée à l'amélioration des conditions de vie et du système sanitaire, est une espérance de vie sans incapacité majeure [4]. Les services de réanimation médicale et chirurgicale sont concernés par cette évolution démographique. La proportion des patients de plus de 80 ans admis dans ces services varie de 9 à 18% selon les pays et les études [5]–[8]. Les données françaises les plus récentes estiment à 15% la proportion des plus de 80 ans admis en réanimation [9]. De plus, leur proportion augmente au cours du temps : au Danemark par exemple, elle est passée de 12 à 14% entre 2005 et 2011 [7].

2. Vieillesse, comorbidités et fragilité.

La définition de la personne âgée n'est pas univoque. Pour l'OMS toute personne de plus de 60 ans est considérée comme âgée. Il existe une classification en fonction de l'âge : les young-old (65-74 ans), les old-old (75-84 ans), et les oldest-old (> 85ans). En France, dans les services de gériatrie, la moyenne d'âge avoisine les 85 ans [10]. Mais plus que l'âge civil, le vieillissement se traduit par une altération des réserves fonctionnelles propres à chaque organe et à chaque individu. Cet état est associé à une augmentation du nombre de comorbidités avec l'âge. En effet, 90% des personnes de plus de 75 ans présentent au moins une comorbidité contre 50% après 50 ans [11]. Ainsi, le vieillissement s'accompagne d'un état de fragilité, concept apparu dans les années 70, et qui peut se définir comme « une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress dont l'expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux » [12].

3. Facteurs pronostiques du patient âgé en réanimation

La mortalité du patient âgé en réanimation, notamment après 80 ans, est élevée. En fonction des études, elle varie de 29 à 38% au sein de la réanimation [13], [14], de 28 à 41% dans le mois qui suit le passage en réanimation [15], [16] et de 46 à 69% un an après le séjour en réanimation [14], [15]. Même si l'âge en lui-même est associé à une augmentation du risque de mortalité [15], le nombre de comorbidités, l'autonomie fonctionnelle préalable et le niveau de fragilité des patients représentent un poids important dans la prédiction de la mortalité précoce et à long terme [6], [17], [18]. Ainsi, alors que l'âge de plus de 75 à 80 ans multiplie par 1.5 à 2.8 le risque de mortalité à 28 jours et par 1.2 à 2.7 le risque dans l'année qui suit le passage en réanimation [7], [15], le nombre de comorbidités augmente le risque de mortalité d'un facteur 1,2 en intra-hospitalier [19] et de 1,5 à 2 ans [18]. De plus, Le Maguet et al. ont montré que les patients ayant un score de fragilité élevé avaient un taux de mortalité trois fois plus élevé en intra-hospitalier et deux fois plus élevé à six mois [17]. D'autres facteurs comme l'intensité thérapeutique moindre ou la décision de limitation thérapeutique ont été rapportés comme étant plus fréquents dans la population âgée en réanimation et peuvent expliquer en partie leur surmortalité [5], [15], [19]. Cependant ces éléments restent controversés, une étude plus récente montrant qu'à niveau d'intensité thérapeutique identique, la mortalité reste significativement plus élevée chez les patients les plus âgés[20]. Enfin deux éléments sont intéressants à noter : premièrement une étude rapporte que les patients les plus âgés sont ceux qui bénéficient le plus de leur séjour en réanimation avec un delta de mortalité plus important entre les patients admis et refusés par la réanimation [16] ; deuxièmement l'effet de l'âge sur la mortalité associée à un séjour en réanimation tend à s'estomper avec le temps [7].

4. Critères d'admission des patients âgés en réanimation

Admettre un patient âgé en réanimation demande de répondre au mieux et dans l'urgence à un certain nombre de questions complexes : le patient est-il suffisamment grave ? A-t-il suffisamment de réserve fonctionnelle pour que des soins invasifs lui soient bénéfiques tant en termes de survie que de qualité de vie ? Quel est son souhait (ou celui de son entourage) en termes d'intensité thérapeutique ? Il n'existe à l'heure actuelle aucun consensus sur les critères d'admission d'un patient âgé en réanimation. L'équipe de Garrouste-Orgeas et al. et le groupe ICE-CUBREA ont proposé des critères

d'admission en réanimation, inspirés des critères de l'« American College of Critical Care Medicine » [21] et adaptés aux patients de plus de 80 ans [22]. Ces critères étaient uniquement des critères diagnostiques (par exemple : état de choc septique, tamponnade) et des critères de paramètres objectifs comme la pression artérielle systolique < 80mmHg ou la fréquence respiratoire > 35/min. Sur plus de 2500 patients de plus de 80 ans inclus dans l'étude, c'est-à-dire présentant au moins un de ces critères d'admission, seuls 25% étaient présentés au réanimateur par l'urgentiste, le patient étant considéré comme « pas suffisamment grave » ou « trop malade ». Le réanimateur quant à lui n'avait accepté que 50% des patients qui lui avaient été proposés. Au final, seuls 12.5% des patients de plus de 80 ans présentant à l'admission aux urgences, au moins un critère d'admission en réanimation, étaient finalement hospitalisés en réanimation [22]. Parmi les facteurs associés à l'éligibilité des patients en réanimation du point de vue des urgentistes, étaient retrouvés le jeune âge, la bonne autonomie fonctionnelle, l'absence de cancer, l'absence de prise de psychotrope et l'apparence « normale » (en comparaison à « émaciée ») [23]. Cette même étude a mis en évidence une grande variabilité entre les centres avec un taux d'admission des patients âgés allant de 6 à 39% qui n'était expliquée ni par les caractéristiques des patients ni par les caractéristiques des centres hospitaliers, suggérant une part de suggestivité dans le choix des médecins urgentistes et réanimateurs [23].

5. L'opinion du patient âgé concernant son admission en réanimation

Parmi tous les critères à prendre en compte avant d'admettre un patient âgé en réanimation, il faut noter l'importance de l'avis du patient. Même si l'opinion du patient n'est pas toujours facile à recueillir dans un contexte très aigu, toutes les recommandations internationales préconisent de le prendre en compte avant une prise en charge invasive [21], [24], [25]. Plusieurs études ont montré une inadéquation entre la volonté du médecin ou des proches et la volonté du patient lui-même [26], [27]. De plus, de nombreuses décisions médicales sont prises sans avoir consulté le patient âgé au préalable [28], [29]. Sur la cohorte ICE-CUBREA, il a été montré que l'opinion du patient âgé n'était recherchée par les urgentistes que dans 12.7% des cas [30]. La démence et la dépendance fonctionnelle étaient des facteurs associés au non-recueil de cette opinion, possiblement en raison de difficultés de communication. En effet, les patients ne sont pas toujours en mesure de s'exprimer, notamment en phase critique. Pour cette raison, il existe en France depuis 2005 une loi [31]

permettant au patient d'exprimer ses souhaits quant aux décisions d'une limitation ou d'un arrêt de traitement en fin de vie, dans les situations d'incapacité à faire connaître sa volonté [32]. Ces souhaits sont regroupés sous le terme de directives anticipées. En France, malgré l'entrée en vigueur de la loi depuis dix ans, il est rare que les personnes âgées aient exprimé des directives anticipées [33]. Quand elles existent, elles sont souvent méconnues du médecin urgentiste et du réanimateur et ne sont donc pas appliquées [14], [15].

Le médecin traitant joue un rôle clef dans la prise en charge du patient âgé. En effet, il suit souvent le patient depuis longtemps et détient de nombreuses informations telles que les antécédents ou l'autonomie fonctionnelle préalable. De plus, il est le référent médical qui est le plus à même de connaître les directives anticipées de ses patients.

L'objectif de ce travail était d'évaluer le niveau d'implication des médecins traitants dans la décision de passage en réanimation de leur patient en émettant l'hypothèse qu'ils étaient rarement sollicités.

MATERIEL ET METHODES

1. Sélection des patients

Tous les patients hospitalisés en gériatrie aiguë à la Pitié Salpêtrière après un passage en réanimation médicale et/ou chirurgicale entre novembre 2014 et mai 2015 ont été sélectionnés. Au sein de ces patients seuls ceux ayant plus de 75 ans et ayant un médecin traitant ont été inclus.

2. Modalités de recueil des données et élaboration du questionnaire

Pour chaque patient, les données concernant les caractéristiques démographiques, les comorbidités évaluées par le score CIRS [34] et l'autonomie antérieure évaluée par les scores « Activity of Daily Living » (ADL) [35] et « Instrumental Activity of Daily Living » (IADL) [36] ont été recueillies. Le diagnostic principal d'admission en réanimation et le devenir du patient (décès intra-hospitalier, transfert en soins de suite et rééducation, retour à domicile) ont également été renseignés.

A partir de ces données, des vignettes ont été réalisées à destination des médecins traitants pour chacun des patients (Annexe). L'utilisation de vignette est une méthodologie assez classique pour recueillir une opinion par rapport à une situation clinique. Les vignettes ont été mises au point en s'inspirant de la méthodologie décrite dans les études de Nuckton [37] ou de Borel [38]. Ces deux études s'intéressaient plus particulièrement à l'influence de l'âge sur l'admission en réanimation et les vignettes réalisées étaient fictives, afin de pouvoir mettre en évidence des paramètres influençant la décision du réanimateur. Dans notre étude, les vignettes contenaient les informations disponibles au moment de l'admission du patient en réanimation avec une synthèse de l'histoire clinique et diagnostique de chaque patient expliquant le motif d'admission en réanimation, et les informations connues du médecin traitant avec un résumé en une phrase des principaux antécédents et de l'autonomie du patient.

Un questionnaire a ensuite été élaboré à l'intention des médecins traitants afin de connaître leur implication dans le transfert en réanimation de leur patient. Ce questionnaire, disponible en Annexe, était composé de trois parties. La première partie s'intéressait à l'implication du médecin traitant dans le transfert en réanimation de son patient. Il était demandé au médecin traitant si, selon lui, la situation justifiait un transfert en réanimation à partir des données cliniques synthétisées dans la vignette et de

sa connaissance du patient, quels étaient ses motifs en cas de refus de transfert, et si le sujet de la réanimation et des directives anticipées avait été abordé antérieurement avec son patient. La deuxième partie s'intéressait aux données démographiques des médecins (âge, sexe, lieu et nombre d'années d'exercice), à leur éventuelle formation en gériatrie et aux caractéristiques de leur patientèle. La troisième partie concluait le questionnaire sur le point de vue du médecin traitant sur la prise en charge en réanimation du patient âgé de manière plus générale et sur leur participation dans la rédaction des directives anticipées.

Des réponses à choix multiples étaient proposées pour chaque question. Afin d'enrichir l'analyse, des questions ouvertes permettaient, si le médecin le souhaitait, de détailler son opinion. Toutes les réponses devaient obligatoirement être complétées pour valider le questionnaire. Cependant, concernant les questions avec possibilité de détailler son opinion, la partie détaillée était optionnelle afin d'optimiser le taux de questionnaires complets.

Le questionnaire a été élaboré puis relu par un médecin et un tiers extérieur afin de s'assurer de la compréhensibilité des questions.

Chaque médecin traitant était contacté individuellement par téléphone entre juillet 2015 et décembre 2015. Le motif de l'appel et l'objectif du travail étaient brièvement expliqués. Le médecin choisissait ensuite la façon dont il souhaitait répondre au questionnaire : soit par téléphone directement ou ultérieurement, soit sur Internet avec mise à disposition du questionnaire en ligne grâce à l'application Google Form ®, soit par fax, soit par courrier.

3. Objectif principal et objectifs secondaires

L'objectif principal était d'évaluer le taux de médecins traitants sollicités dans le transfert de leur patient en réanimation.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer :

- 1- le désir d'implication des médecins traitants dans le transfert en réanimation de leurs patients
- 2- le niveau de connaissance et de recueil de directives anticipées par les médecins traitants

4. Analyse statistique

Les données concernant les patients et les résultats du questionnaire ont été saisis anonymement à l'aide du logiciel Microsoft Excel version 14.0.0. Les calculs statistiques ont été réalisés sur le logiciel R, version 3.2.3. Les variables continues ont été exprimées en moyenne \pm déviation standard [IC 95%] ou médiane. Les variables catégorielles ont été exprimées en nombres et pourcentages. La comparaison entre les groupes a été réalisée avec le test du chi-2. Le seuil de significativité a été fixé avec un p inférieur à 0.05.

RESULTATS

1. Caractéristiques des patients

Trente-cinq patients hospitalisés en gériatrie aiguë après un passage en réanimation ont été sélectionnés, 4 patients ont été exclus, en raison de l'absence de médecin traitant et 6 patients ont été exclus car le médecin traitant n'a pu être contacté. Finalement, 25 patients ont été inclus dans l'étude (Figure 1).

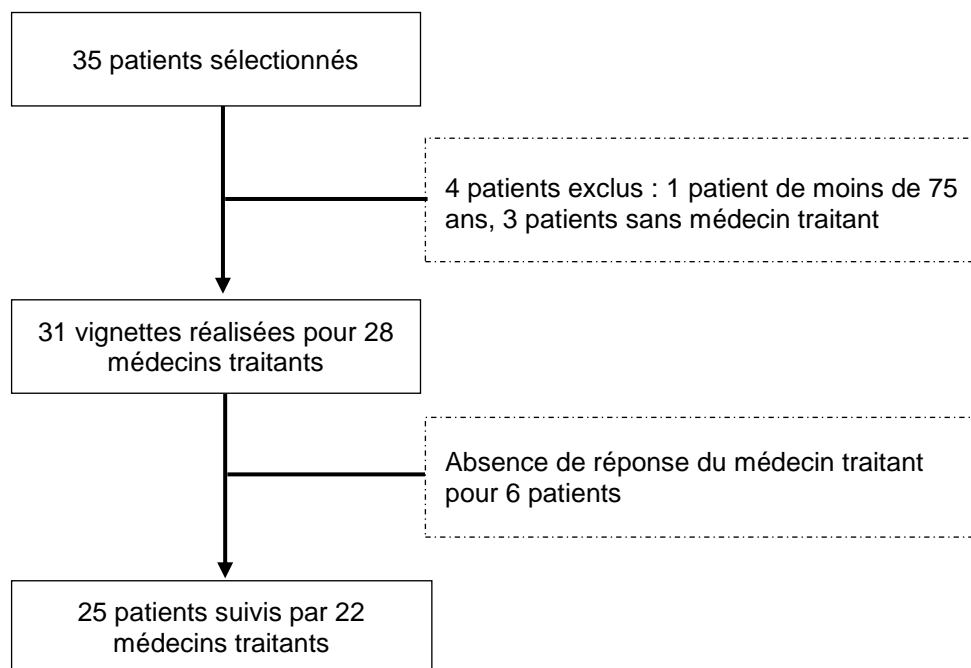


Figure 1 : diagramme de sélection des patients et de participation des médecins

Les principales caractéristiques démographiques, les comorbidités et les diagnostics principaux en réanimation ont été rapportés dans le Tableau 1. Les données sont rapportées pour les 25 patients inclus dans l'étude et pour lesquels le médecin traitant a répondu. L'âge moyen des patients inclus était de 84 ± 5 ans et la majorité était des hommes (52%). Les principales comorbidités étaient l'insuffisance rénale chronique (68%), l'hypertension artérielle (64%), la fibrillation atriale (48%) et les cancers (36%). Le score de CIRS médian était de 12 [9-13]. Concernant l'autonomie pré-hospitalière, tous les patients vivaient à domicile, le score ADL médian était de 6 [5.5-6] et le score IADL médian était de 4 [2.5-4]. Les diagnostics principaux d'entrée en réanimation étaient majoritairement l'insuffisance respiratoire aiguë (40%) et l'état de choc (36%).

Tableau 1 : Caractéristiques des patients inclus

	n=25 (100%)
Age	84 ± 5.3
Sexe masculin	13 (52%)
Comorbidités	
CIRS-52	12 [9-13]
Hypertension artérielle	16 (64%)
Cardiopathie ischémique	3 (12%)
Insuffisance cardiaque	1 (4%)
AOMI ou athérome carotidien	2 (8%)
Fibrillation atriale	12 (48%)
AVC	5 (20%)
Epilepsie	2 (8%)
Diabète de type II	3 (12%)
Insuffisance rénale chronique	17 (68%)
IRC sévère (clairance < 30ml/min)	1 (4%)
Insuffisance respiratoire chronique/BPCO	8 (32%)
Cancer	9 (36%)
Troubles cognitifs (MMSE < 24/30)	5 (20%) – NR : n=12(48%)
Maladie de Parkinson	0 (0%)
Autonomie avant l'hospitalisation	
Score ADL	6 [5.5-6]
Score IADL	4 [2.5-4]
Vit à domicile	25 (100%)
Aides institutionnelles à domicile	6 (24%)
Diagnostic principal en réanimation	
Etat de choc	9(36%)
* septique	2
* hémorragique	3
* hypovolémique	2
* cardiogénique	2
Insuffisance respiratoire aigue	10 (40%)
Coma	4 (16%)
Arrêt cardio-respiratoire	2 (8%)
DMS réanimation (jours)	5 [3-10]
DMS UGA (jours)	15 [7-25]
Décision de LAT après ou au cours du séjour	
en réanimation	6
en UGA	1
Devenir des patients	
Décès intra-hospitalier	4 (16%)
Retour à domicile	9 (36%)
SSR	9 (36%)
Autre	3 (12%)

Les résultats sont exprimés en nombre de patients et en pourcentage par rapport à l'effectif total. L'écart-type est estimé à 5%. NR : Non Renseignées. AVC : Accident vasculaire cérébral, BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive, HTA : Hypertension artérielle, CIRS : Cumulative Illness Rating Scale, SSR : Soins de Suite et de Réadaptation, IRC : Insuffisance Rénale Chronique, AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs, ADL : Activities of Daily Living, IADL : Instrumental Activities of Daily Living, DMS : Durée Moyenne de Séjour, UGA : Unité de Gériatrie Aiguë. Les 1^{er} et 3^{ème} quartiles sont précisés pour ADL, IADL, DMS et CIRS.

2. Caractéristiques des médecins traitants

Vingt-huit médecins traitants ont été contactés et 22 (79%) d'entre eux ont répondu au questionnaire (Figure 1). Trois médecins traitants avaient chacun deux patients inclus dans l'étude (Figure 1).

L'âge médian des médecins était de 58.5 ans [54-60], la majorité était des hommes (n=17 ; 77%) et la durée médiane d'exercice était de 30 ans [25-30]. Trois d'entre eux étaient détenteurs de la capacité de gériatrie et 16 (73%) avaient des activités autres que celles de leur cabinet : visite à domicile, en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), activité d'enseignement et gardes au SAMU ou aux urgences pour 3 (13%) d'entre eux. Pour la majorité des médecins traitants (59%), les patients de 75 ans et plus représentaient 10 à 30% de leur patientèle.

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins ayant répondu au questionnaire

	n=22 (%)
Age	58.5 [54-60]
Nombre d'années d'exercice	30 [25-30]
Proportion de patients d'au moins 75 ans dans la patientèle	
* <10%	3 (14%)
* 10-30%	13 (59%)
* 30-50%	5 (23%)
* ne sait pas	1 (4%)
Médecins détenteurs de la capacité en gériatrie	3 (14%)
Activités hors cabinet	16 (73%)
* Visites à domicile	8
* Visites en EHPAD	8
* Gardes aux SAMU ou aux urgences	3
* Activité d'enseignement	4
* Autre	6

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente. Les résultats sont exprimés en nombre de médecins et en pourcentage par rapport à l'effectif total (n=22)

3. Objectif principal : sollicitation des médecins traitants dans le transfert en réanimation des patients

Aucun des 22 médecins traitants n'a été sollicité pour le transfert en réanimation des 25 patients inclus. D'une manière globale, seuls 5 médecins traitants (23%) déclarent avoir déjà été sollicités sur le statut réanimatoire d'un de leur patient au cours de leur carrière (tableau 3).

Dans l'analyse des commentaires libres, 5 médecins traitants (23%) relèvent des contraintes techniques (contexte d'urgence, créneaux horaires...), 7 (32%) font confiance aux services d'urgence ou de réanimation quant à l'indication du transfert, 4 (18%) regrettent de ne pas être informés car ils pourraient connaître des directives anticipées en faveur ou défaveur de l'admission. Un médecin ajoute qu'il pourrait informer la famille.

4. Objectifs secondaires

a. Désir d'implication des médecins traitants dans le transfert en réanimation de leurs patients

Les médecins traitants interrogés auraient souhaité être sollicités avant le transfert en réanimation de leur patient dans 40% des cas (n=10). Pour 4 de ces patients, soit 40% des cas, cela aurait été possible, car l'admission a eu lieu sur un créneau ouvrable.

D'une manière générale, 86% (n=19) des médecins interrogés déclarent souhaiter être plus impliqués et sollicités dans la décision de transfert en réanimation de leurs patients (tableau 3).

b. Niveau de connaissance et de recueil des directives anticipées par les médecins traitants

Le sujet de la réanimation avait déjà été abordé par le médecin traitant pour 7 patients (28%) et les directives anticipées étaient connues pour 3 (43%) de ces patients. Trois médecins pensaient qu'il n'aurait pas fallu transférer leur patient en réanimation en raison de la connaissance d'un refus de soins invasifs exprimé par le patient.

Tous les médecins traitants interrogés estiment que l'âge à lui seul ne doit pas limiter l'accès du patient en réanimation. 91% d'entre eux pensent que le médecin traitant doit aborder, de manière anticipée, le sujet du transfert en réanimation et de l'intensité de soin avec son patient et 86% déclarent l'avoir déjà fait au moins une fois. En revanche pour la majorité des médecins traitants (68%), moins de 10% de leur patients de 75 ans et plus ont émis des directives anticipées (tableau 3).

Tableau 3 : Détails des réponses fermées concernant l'avis des médecins traitants (n = 22) sur la réanimation de leurs patients

	n=22 (%)
Vous a-t-on déjà sollicité pour un de vos patients lors d'une concertation sur le statut réanimatoire ?	
Oui	5 (23)
* pour un patient hospitalisé en réanimation	3
* pour un patient hospitalisé en médecine	1
* pour un patient aux urgences	2
Non jamais	17 (77)
Souhaiteriez-vous être plus sollicité dans la prise de décision de transfert en réanimation de vos patients ?	Oui : 19 (86) Non : 3(14)
Pensez-vous qu'il puisse être éthique de prendre en charge un patient de plus de 75 ans en réanimation ?	Oui : 22 (100) Non : 0 (0)
Aviez-vous déjà abordé le sujet de la réanimation avec votre patient ?	Oui : 7 (28) Non : 15 (72)
Aviez-vous connaissance de directives anticipées émises par votre patient ?	Oui : 3 (14) Non : 19 (86)
Avez-vous déjà abordé le sujet de la réanimation avec vos patients âgés de plus de 75 ans ?	Oui : 19 (86) Non : 3 (14)
Selon vous, quel est le pourcentage de vos patients âgés de plus de 75 ans, ayant émis des directives anticipées	
* <10%	15 (68)
* 10-30%	0 (0)
* 30-50%	2 (9)
* >50%	1 (5)
* ne sait pas	4 (18)
Pensez-vous que le médecin généraliste doit aborder le sujet du transfert en réanimation avec ses patients ?	Oui : 20 (91) Non : 2 (9)

Les résultats sont exprimés en nombre de médecins et en pourcentage par rapport à l'effectif total (n=22)¹.

c. Evaluation du pronostic par les médecins traitants

L'évaluation du pronostic par les médecins traitants a été évaluée à l'aide d'une comparaison univariée avec un test du Chi-2. Nous avons comparé le pourcentage de patients décédés quand le médecin traitant était d'accord avec l'admission de son patient en réanimation et quand il ne l'était pas. Il y avait respectivement 9% et 66% de mortalité au sein de chaque sous-groupe ce qui était significativement différent ($p = 0.01$).

¹ Il n'y a pas de données manquantes car les réponses étaient obligatoires, comme précisée dans la méthodologie

d. Décision de limitation des soins

Après le passage en réanimation, une décision de limitation des soins et de non-admission future en réanimation était retrouvée dans le dossier de sept patients (28%). La majorité (86%) d'entre elles était prise en réanimation

DISCUSSION

1. Résumé des principaux résultats

Notre étude s'est intéressée à l'implication des médecins traitants dans l'admission en réanimation de leurs patients âgés. Nous avons pu montrer qu'aucun médecin n'avait été sollicité avant le transfert. Pourtant la majorité des médecins traitants (86%) souhaiterait être plus impliquée dans ce processus. Leur évaluation du pronostic de leur patient semblait juste avec un taux de mortalité statistiquement différent entre les patients qu'ils estimaient admissibles ou inadmissibles en réanimation. Trois médecins étaient en désaccord avec l'admission en réanimation du fait d'un refus de soins intensifs exprimé auparavant par le patient dans le cadre de directives anticipées. De façon générale, le taux de connaissance des directives anticipées de leur patient reste faible (14%), ainsi que le pourcentage de patients de plus de 75 ans en ayant rédigé, estimé à moins de 10% pour plus des deux-tiers (68%) des médecins traitants.

2. Discussion des résultats au vu des données de la littérature

Les médecins traitants de notre étude sont rarement impliqués dans la prise en charge de leurs patients en réanimation, avec seulement 23% des médecins qui ont au moins une fois été contactés pour un de leurs patients en réanimation. Ces résultats concordent avec les autres études menées sur l'implication des médecins traitants par les réanimateurs dans la prise en charge des patients en fin de vie et dans la prise de décision de limitation des soins. Peters et al. estimaient en 1994 que le délai moyen d'information était de 4,3 jours, l'entourage du patient informant le plus souvent le médecin généraliste avant le service de réanimation [39], ce que retrouvait l'étude menée par Ferrand et al. en 2006 dans les cas où le médecin traitant était informé après le décès du patient [40]. D'après l'étude de De Laitre et al. menée en 2006, les médecins traitants n'étaient jamais prévenus par les réanimateurs dans 44% des cas, alors que plus d'un tiers des médecins traitants avaient pris spontanément des nouvelles de leur patient hospitalisé en réanimation durant leur séjour [41]. Enfin, dans l'étude plus récente de Le Meur et al., interrogeant 32 médecins généralistes de l'Essonne en 2014 sur leur implication dans les décisions de limitations de soins de leur patients en réanimation, 44% d'entre eux avaient été contactés à l'admission ou dans les jours suivants, mais il n'était pas

précisé dans quel délai. Plus de la moitié des médecins n'avait donc pas été contactée et seulement 19% avaient été finalement impliqués dans le processus de décision [42].

Dans notre étude comme dans la littérature, les médecins traitants semblent pourtant demandeurs d'une participation à la prise en charge de leur patient [40], [42]–[44]. Ainsi, Etesse et al. se sont intéressés en 2010 aux relations des médecins traitants avec les réanimateurs et concluent après avoir recueilli plus de 1500 questionnaires, que leur souhait principal était d'être informés de l'admission du patient et d'être associés aux décisions thérapeutiques [43]. Avant la promulgation de la loi Léonetti, Ferrand et al. avaient interrogé 161 médecins de l'Essonne et du Val-de-Marne en décembre 2003 parmi lesquels 71% estimaient que leur participation était indispensable à la prise de décision de limitations de soins alors que seuls 33% avaient été sollicités à ce sujet [40]. Le Meur et al. trouvaient que 82% des médecins traitants s'estimaient compétents et 78% disponibles pour participer à la prise de décision de fin de vie de leur patient [42]. De même sur une étude menée en 2013 auprès de 79 médecins du Nord-Pas-de-Calais et du Nord, 92% souhaitaient être sollicités et 80% se sentaient capables de participer aux décisions alors que seulement 14% avaient été impliqués [45].

A quoi tient donc cet écart entre le désir et la pratique ? Il y a plusieurs éléments à considérer.

Tout d'abord, une contrainte pratique liée à l'admission en réanimation elle-même, souvent dans un contexte d'urgence, à des horaires peu accessibles, comme le soulignent près d'un quart des médecins interrogés dans notre étude. Néanmoins, quatre des dix médecins qui souhaitaient être prévenus auraient pu l'être. Nous n'avons pas retrouvé cette problématique dans la littérature car dans les différentes études sur la participation du médecin généraliste, le patient est déjà admis en réanimation.

Ensuite, l'intervention d'un tiers extérieur dans la prise de décisions n'est pas toujours souhaitée. Dans l'étude de 2001 menée par Ferrand et al., les décisions de limitations de soins étaient prises dans 12% des cas par un médecin réanimateur seul [46], et dans l'étude RESSENTI qu'il a publiée en 2003, seuls 42% des réanimateurs étaient en faveur de l'intervention d'un tiers extérieur [44]. Selon Pochard et al. en 2001, seuls 29% des réanimateurs interrogés étaient favorables à des consultations éthiques avec un tiers extérieur, avec pour 80% d'entre eux le manque de temps et de compétences du consultant, comme principaux obstacles à cette consultation [47].

Enfin, c'est souvent vers la famille que les réanimateurs se tournent quand le patient ne peut exprimer sa volonté [48]. La famille reste cependant peu prévenue et peu impliquée dans la décision de transfert en réanimation. Ainsi, dans l'étude ICE-CUB [30], [49], alors que la famille était présente pour 41% des patients son opinion n'a été recueillie que dans 10% des cas avec un refus d'admission dans 1,5% des cas. D'autre part, le désir des familles d'être impliquées dans les soins ou les décisions concernant leur proche est constaté [48], [50]. Du point de vue des patients âgés, Puchalski et al. ont montré que 78% d'entre eux, en cas d'impossibilité de s'exprimer, préféreraient qu'un des membres de leur famille ou les médecins prennent la décision de ne pas les réanimer plutôt que l'on se réfère à leurs directives anticipées [51].

Cela étant, dans l'étude SUPPORT, il avait été mis en évidence que l'opinion de la personne de confiance différait de l'opinion du patient dans 26% des cas au sujet de la réanimation cardiaque et dans 35% des cas au sujet de la poursuite de soins curatifs et non palliatifs [52]. Tsevat et al. mettaient également en évidence dans l'étude HELP une corrélation très modeste entre l'opinion des patients et de leurs personnes de confiance, avec une tendance dans 20% des cas à la sous-estimation par les personnes de confiance de la qualité de vie et de la volonté de subir des soins agressifs par les patients [53]. Près de dix ans après, l'étude européenne ETHICATT confirmait que l'opinion sur la valeur de la vie était propre à chaque individu en mettant en avant que les soignants priorisaient la qualité de vie – qu'ils sous-estimaient souvent chez leur patient – par rapport à la valeur de la vie elle-même [54]. L'opinion de l'entourage reste donc à interpréter avec précaution. D'une part, les personnes de confiance semblaient projeter leur propre désir et non la volonté du patient [52]. D'autre part, leurs décisions pouvaient être influencées par le contexte aigu et grave. L'équipe FAMIREA de Saint-Louis avait ainsi mis en évidence une symptomatologie anxieuse ou dépressive chez respectivement 73% et 35% des membres de la famille d'un patient hospitalisé en réanimation sans pour autant pouvoir juger de l'impact que ces symptômes pouvaient avoir sur leur opinion [55].

Pour autant, la loi Léonetti de 2005 et l'article R.4127-37 du code de la santé publique, devenu depuis août 2016, l'article R.4127-37-2, indiquent que la décision de limitation de soins doit succéder à « une procédure collégiale » et être prise « sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant » [56]. Du point de vue des réanimateurs, l'intervenant extérieur le plus légitime pour cette procédure collégiale semble être le médecin généraliste (57%), suivi par un réanimateur extérieur

(54%) et un comité d'éthique (42%) [47]. Les dernières recommandations de la SRLF en 2010 rappellent d'ailleurs le rôle du médecin traitant comme potentiel consultant [57]. Les médecins généralistes semblent donc plus à même de participer à ces décisions, de leur point de vue comme de celui des réanimateurs. Ils peuvent guider les familles qui ne sont pas toujours à même d'exprimer de façon juste les désirs de leur proche et connaissent parfois les directives anticipées de leur patient.

Dans une étude menée aux Etats-Unis sur les directives anticipées, l'effet du « Patient Self-Determination Act » (PSDA) et de l'étude SUPPORT a été étudié [58]. Le PSDA consistait en un entretien d'information sur les directives anticipées et le recueil de celles-ci si le patient en avait rédigées. Dans l'étude SUPPORT, une infirmière spécialisée donnait des informations plus détaillées sur les différentes situations à anticiper et les pronostics inhérents à chacune. Environ 20% des patients avaient rédigé des directives anticipées avant l'intervention et 24% après, et l'information est consignée dans le dossier médical dans seulement 6% des cas avant et dans 35 à 77% des cas respectivement après l'intervention PSDA ou PSDA + SUPPORT. Néanmoins, seulement un quart des médecins traitants en était informé [58]. L'équipe de Ferrand et al. a réalisé en 2001 une étude portant sur plus de 7000 patients dans 113 réanimations françaises montrant que les directives anticipées étaient connues pour seulement 8% des patients pour lesquels une limitation ou un arrêt des soins a été décidé [46]. Dans notre étude, moins d'un tiers des médecins connaissait les directives anticipées de leurs patients.

Il existe à cela plusieurs explications. Tout d'abord, les patients n'ont pas toujours été informés de l'existence et de l'implication des directives anticipées [33]. De leur côté, les médecins signalent un manque de communication et de formation à ce sujet [59]. Malgré l'adoption de la loi Léonetti depuis maintenant plus de dix ans, la connaissance et la rédaction des directives anticipées ne sont pas encore très répandues, avec seulement 10% des patients qui connaissent leur existence [33] et environ 2,5% qui en ont rédigé [60].

Ensuite, les patients ont des difficultés à les rédiger [33], soit parce qu'ils ne se sentent pas concernés, soit parce que le dispositif anticipé les inquiète ou qu'ils ne le trouvent pas adapté, soit enfin qu'ils estiment ne pas avoir les compétences médicales pour le faire [61]. Enfin, les médecins traitants ne sont pas toujours informés de leur rédaction par les patients : dans l'étude SUPPORT, selon la cohorte et le type d'intervention (massage cardiaque, ventilation mécanique...), entre 12% et

25% des patients avaient informé leur médecin de leurs décisions [62], [63] et 58% à 80% ne voulaient pas discuter avec un médecin à propos respectivement du massage cardiaque et de la ventilation mécanique, qu'ils y soient favorables ou non [63]. Si la connaissance des directives anticipées semble être une aide à la prise de décision quand il s'agit de limiter les soins [54], [58], elle ne semble pas toujours être le support adéquat [33], [64]. L'information n'est pas toujours disponible dans l'urgence, le médecin traitant n'est pas toujours informé, la famille peut être absente, la situation qui se présente n'avait pas été anticipée... Quelle que soit la situation, en France, les directives anticipées ne sont pas strictement opposables et la décision finale revient au médecin et à l'équipe soignante en charge du patient [48]. Les projets de soins avec prescriptions anticipées paraissent ainsi de plus en plus adaptés aux patients qui ne souhaitent pas de soins invasifs, permettant d'éviter des hospitalisations inutiles, de réduire l'anxiété de l'entourage mais surtout de respecter la volonté des patients [64]–[66]. La récente loi Claeys-Léonetti, adoptée en février 2016 et dont les décrets sont parus en août, va dans ce sens : il est permis aux patients d'exprimer plus librement et plus personnellement leur approche de la fin de vie, un registre est créé pour conserver les directives anticipées et cela est mis en lien avec le projet de favoriser la fin de vie au domicile pour les patients qui le souhaitent.

3. Limites et forces de l'étude

a. Les limites de l'étude

Notre étude présente plusieurs limites. Tout d'abord, elle concerne un échantillon de faible effectif. De plus, en sélectionnant les patients admis en gériatrie aiguë, les patients non admis ou décédés en réanimation n'ont pas été pris en compte, ce qui explique probablement le taux de mortalité plus bas que dans la littérature (16%). D'autre part, si la méthodologie par questionnaire en médecine générale est couramment retrouvée dans la littérature, mon questionnaire n'a pas été validé formellement. Il est possible que les médecins interrogés par téléphone aient eu une meilleure compréhension du questionnaire car leurs réponses sont commentées plus longuement. Néanmoins, les médecins ayant répondu par internet ont ajouté des précisions à un plus grand nombre de leurs réponses. Enfin, dans l'analyse, l'opinion des médecins traitants a été recueillie après les avoir informés que le patient a été admis en réanimation, ce qui introduit un biais dans la réflexion et dans la réponse donnée,

notamment concernant la question de l'admission en réanimation. Un médecin a néanmoins répondu ne pas souhaiter un transfert en réanimation alors que son patient avait survécu.

b. Les forces de l'étude

Aucune autre étude n'a été réalisée à notre connaissance sur l'implication des médecins traitants lors du transfert de leurs patients en réanimation. Nous avons mené une approche personnalisée pour chaque médecin par rapport à son patient et non développé une vignette théorique, ce qui a permis de réaliser une analyse de « vraie vie ». Le questionnaire comprenait plusieurs questions ouvertes permettant aux médecins de détailler leur opinion et d'éviter d'orienter leurs réponses. Le taux de participation était relativement élevé (79%). Ainsi, malgré le faible échantillonnage, nous avons pu mettre en évidence les difficultés d'information lors du transfert en réanimation. Dans ces questions ouvertes, les médecins exprimaient clairement avoir conscience du fait de ne pas toujours pouvoir être informés lors du transfert en lui-même et le désir d'être informés même si cela était ultérieur au transfert ; ces questions n'étaient pourtant pas explicites. Notre étude a également confirmé le désir d'implication des médecins traitants [40] et leur rôle potentiellement prépondérant dans la prise en charge de leur patient en réanimation, à toutes les étapes, de l'admission au décès éventuel.

4. Perspectives

Les premières recommandations sur la fin de vie de la SRLF qui datent de 2002, puis la loi Léonetti en 2005, ont permis d'encadrer les procédures de la fin de vie. Cela est finalement assez récent, pour changer radicalement les pratiques et les conceptions des interlocuteurs d'autant qu'il semble y avoir eu un manque de communication à ce sujet [33], [59]. Les réanimateurs décident finalement souvent seuls sans que la loi semble avoir concrètement changé les pratiques avec un taux de consultation de l'équipe paramédicale similaire autour de 55% et d'un consultant médecin autour de 30% [42], [45], [46].

Il serait intéressant de mener une étude de façon prospective, en contactant les médecins traitants lors de la décision d'admission pour étudier la faisabilité de cette proposition, l'impact de la réponse des médecins traitants sur la prise en charge du patient et effectuer une véritable analyse de leur évaluation pronostique.

Enfin, ne pas admettre un patient en réanimation peut être considéré comme une décision de limitation des soins [49]. Il apparaît important en effet, d'une part de ne pas entraîner de perte de chance pour un patient âgé qui aurait bénéficié d'un séjour en réanimation, d'autre part de ne pas admettre un patient par excès (par non-respect ou non-connaissance des directives anticipées). Dans mon étude, si la majorité (72%) des patients a bénéficié de l'admission en soins intensifs, sept (28%) décisions de LAT incluant une non-réadmission en réanimation ont néanmoins été prises, après ou au cours du séjour en réanimation. Il serait intéressant de savoir si cette décision a pu être respectée par la suite. A cette fin, le dossier médical partagé et la mise en place de projet de soins anticipé pourraient permettre de limiter la perte d'information, notamment sur les décisions de limitation de soins et les directives anticipées, tout en améliorant la participation du médecin traitant dans la coordination des soins [66]. Cela apparaît d'autant plus nécessaire dans le contexte de la nouvelle loi Claeys-Leonetti qui introduit la possibilité de « sédation profonde et continue [...] jusqu'au décès ».

CONCLUSION

Les médecins traitants ne sont pas suffisamment impliqués dans la décision d'admission de leurs patients âgés en réanimation alors qu'ils le souhaitent et qu'ils pourraient apporter des informations essentielles à la prise en charge. Le nombre de personnes âgées est en augmentation et la problématique de leur admission en réanimation va donc être de plus en plus fréquente. La mise en place d'un projet de soins anticipé et coordonné avec le médecin traitant, à partir des directives anticipées personnelles, pourrait améliorer la prise en charge de ces patients.

ANNEXE – Questionnaire soumis aux médecins traitants

Ma thèse s'intéresse à la vision des médecins traitants sur l'admission des patients âgés (de plus de 75 ans) en réanimation. Cela a déjà été étudié chez les réanimateurs et les urgentistes, mais pas chez les médecins traitants, pourtant acteurs de soins primaires.

Le questionnaire comporte deux parties : une première partie concerne l'un de vos patients admis en Réanimation puis en Gériatrie Aiguë entre novembre 2014 et mai 2015 à la Pitié Salpêtrière ; une seconde partie plus globale sur votre vision de l'admission des patients âgés en réanimation.

Ce questionnaire ne prend que quelques minutes et vous pouvez revenir sur les "pages" précédentes. Seules les questions avec un astérisque rouge sont obligatoires.

Situation clinique de votre patient(e)

M. Z, 83 ans, avec antécédent de cancer de prostate considéré en rémission depuis 1997, troubles du rythme pour lequel il a un pace-maker. Il est autonome à domicile, conduit sa voiture.

Il est adressé aux urgences pour détresse respiratoire aiguë fébrile associée à un syndrome confusionnel. PA 163/88mmHg, FC 102/min, T° 40,1°C, signes de lutte avec tirage sus-sternal, FR à 30/min, SaO2 en air ambiant à 90%. Le score de Glasgow est à 8 (Y2 V1 M5). Il est transféré en réanimation.

Les diagnostics de méningite à pneumocoque puis de pneumopathie interstitielle à P. aeruginosa sur sinusite chronique sont finalement posés.

1. Avez-vous été sollicité dans la décision de transfert en réanimation de votre patient(e) ?

Oui Non

2. Si non, auriez-vous souhaité l'être ? Oui Non

3. Détaillez votre réponse :

4. Pensez-vous que votre patient(e) aurait dû aller en réanimation ? Oui Non

5. Si non, pourquoi ?

- Trop âgé (e)
- Trop de comorbidités
- Trop peu autonome
- Situation clinique trop grave
- Refus de soins intensifs exprimé

6. Avez-vous déjà abordé le sujet de la réanimation avec votre patient(e) ? Oui Non

7. De quelle manière ?

8. Avez-vous connaissance de directives anticipées émises par votre patient(e) ? Oui Non

Vous

Description personnelle

1. Vous êtes :

- Médecin généraliste
- Remplaçant

2. Age :

3. Sexe :

4. Lieu d'exercice (code postal) :

5. Nombre d'années d'exercice en cabinet :

6. Quel est le pourcentage approximatif de votre patientèle âgée de plus de 75 ans ?

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> < 10% | <input type="checkbox"/> 35-40% |
| <input type="checkbox"/> 10-20% | <input type="checkbox"/> 40-45% |
| <input type="checkbox"/> 20-30% | <input type="checkbox"/> 45-50% |
| <input type="checkbox"/> 30-35% | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |

7. Avez-vous des qualifications supplémentaires en gériatrie ?

- Capacité de gériatrie
- DESC de Gériatrie
- Médecin coordonnateur

8. Avez-vous ou aviez-vous une autre activité que celle de votre cabinet ?

9. Si oui, laquelle ?

- Maison médicale d'urgence
- Gardes aux urgences d'un hôpital
- SAMU
- Visites à domicile
- Visites en EHPAD

Sur un plan plus général

10. Vous a-t-on déjà sollicité pour un de vos patients lors d'une concertation sur le statut réanimatoire ?

- Non
- Oui, le patient était alors hospitalisé en réanimation
- Oui, le patient était alors hospitalisé aux urgences
- Oui, le patient était alors hospitalisé dans un service de médecine
- Oui, le patient était alors hospitalisé dans un service de chirurgie

11. Souhaiteriez-vous être plus sollicité dans la prise de décision ?

12. Pensez-vous qu'il est éthique de prendre en charge un patient de plus de 75 ans en réanimation ?

13. Détaillez votre opinion (critères à définir, conséquences ultérieures pour le patient et/ou l'entourage...)

14. Avez-vous déjà abordé le sujet de la réanimation avec vos patients âgés de plus de 75 ans ?

15. Si oui, dans quelles circonstances ?

- A leur demande
- Sur votre initiative

16. Détaillez (modalités (courrier, consultation...), circonstances (décès d'un proche, découverte/aggravation d'une maladie chronique...), facilités/difficultés pour mener l'entretien...)

17. Selon vous, parmi votre patientèle âgée de plus de 75 ans, quel est le pourcentage ayant émis des directives anticipées ?

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 0-5% | <input type="checkbox"/> 30-35% | <input type="checkbox"/> 50-60% |
| <input type="checkbox"/> 5-10% | <input type="checkbox"/> 35-40% | <input type="checkbox"/> >60% |
| <input type="checkbox"/> 10-20% | <input type="checkbox"/> 40-45% | <input type="checkbox"/> Je ne sais pas |
| <input type="checkbox"/> 20-30% | <input type="checkbox"/> 45-50% | |

18. Pensez-vous que le médecin généraliste doit aborder ce sujet avec ses patients ?

19. Détaillez (motif de consultation, circonstances...)

20. Enfin, souhaitez-vous être informé(e) des résultats de ce questionnaire ? Oui Non

BIBLIOGRAPHIE

- [1] U. N. D. of E. and S. A. P. Division, *World Population Ageing, 1950-2050*. UN, 2002.
- [2] "Insee - Population - Projections à l'horizon 2060 - Pyramide des âges." [Online]. Available: <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/irweb/projpop0760/dd/pyramide/pyramide.htm>. [Accessed: 04-Apr-2016].
- [3] I. Robert-Bobée, "Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050," *INSEE PREMIERE*, no. 1089, Juillet 2006.
- [4] United Nations Dept of Economic and Social Affairs Population, "World Population Ageing," United Nations, 2015.
- [5] A. Boumendil, P. Aegerter, B. Guidet, and the CUB-Rea Network, "Treatment Intensity and Outcome of Patients Aged 80 and Older in Intensive Care Units: A Multicenter Matched-Cohort Study," *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 53, no. 1, pp. 88–93, Jan. 2005.
- [6] S. M. Bagshaw *et al.*, "Very old patients admitted to intensive care in Australia and New Zealand: a multi-centre cohort analysis," *Crit. Care*, vol. 13, no. 2, p. R45, 2009.
- [7] M. S. Nielsson, C. F. Christiansen, M. B. Johansen, B. S. Rasmussen, E. Tønnesen, and M. Nørgaard, "Mortality in elderly ICU patients: a cohort study," *Acta Anaesthesiol. Scand.*, vol. 58, no. 1, pp. 19–26, Jan. 2014.
- [8] A. Tabah *et al.*, "Quality of life in patients aged 80 or over after ICU discharge," *Crit. Care*, vol. 14, p. R2, 2010.
- [9] T. M. Fassier *et al.*, "Elderly patients hospitalized in the ICU in France: a population-based study using secondary data from the national hospital discharge database," *J. Eval. Clin. Pract.*, vol. 22, no. 3, pp. 378–386, Jun. 2016.
- [10] Jeandel C, Aquino JP, Berrut G, Chassagne P, Emeriau JP, and Maubourguet N, et al, *Le Livre Blanc de la Gériatrie*, ESV Production. 2011.
- [11] K. Barnett, S. W. Mercer, M. Norbury, G. Watt, S. Wyke, and B. Guthrie, "Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study," *Lancet Lond. Engl.*, vol. 380, no. 9836, pp. 37–43, Jul. 2012.
- [12] Yves Rolland, Gilles Berrut, "Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology," *Gériatrie Psychol. Neuropsychiatr. Vieil.*, vol. 9, no. 4, pp. 387–90, 2011.
- [13] D. Somme, J.-M. Maillet, M. Gisselbrecht, A. Novara, C. Ract, and J.-Y. Fagon, "Critically ill old and the oldest-old patients in intensive care: short- and long-term outcomes," *Intensive Care Med.*, vol. 29, no. 12, pp. 2137–2143, Nov. 2003.
- [14] S. E. De Rooij, A. Govers, J. C. Korevaar, A. Abu-Hanna, M. Levi, and E. De Jonge, "Short-term and long-term mortality in very elderly patients admitted to an intensive care unit," *Intensive Care Med.*, vol. 32, no. 7, pp. 1039–1044, 2006.
- [15] L. Fuchs *et al.*, "ICU admission characteristics and mortality rates among elderly and very elderly patients," *Intensive Care Med.*, vol. 38, no. 10, pp. 1654–1661, Oct. 2012.
- [16] C. L. Sprung *et al.*, "The Eldicus prospective, observational study of triage decision making in European intensive care units. Part II: intensive care benefit for the elderly," *Crit. Care Med.*, vol. 40, no. 1, pp. 132–138, Jan. 2012.
- [17] P. L. Maguet *et al.*, "Prevalence and impact of frailty on mortality in elderly ICU patients: a prospective, multicenter, observational study," *Intensive Care Med.*, vol. 40, no. 5, pp. 674–682, Mar. 2014.

- [18] O. H. Torres, E. Francia, V. Longobardi, I. Gich, S. Benito, and D. Ruiz, "Short- and long-term outcomes of older patients in intermediate care units," *Intensive Care Med.*, vol. 32, no. 7, pp. 1052–1059, May 2006.
- [19] F. G. Zampieri and F. Colombari, "The impact of performance status and comorbidities on the short-term prognosis of very elderly patients admitted to the ICU," *BMC Anesthesiol.*, vol. 14, no. 1, pp. 1–9, Jul. 2014.
- [20] V. Peigne *et al.*, "Treatment intensity, age and outcome in medical ICU patients: results of a French administrative database," *Ann. Intensive Care*, vol. 6, no. 1, pp. 1–8, Jan. 2016.
- [21] "Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage," *Crit. Care Med.*, vol. 27, no. 3, pp. 633–638, Mar. 1999.
- [22] M. Garrouste-Orgeas *et al.*, "Selection of intensive care unit admission criteria for patients aged 80 years and over and compliance of emergency and intensive care unit physicians with the selected criteria: An observational, multicenter, prospective study," *Crit. Care Med.*, vol. 37, no. 11, pp. 2919–2928, Nov. 2009.
- [23] A. Boumendil *et al.*, "Variability of Intensive Care Admission Decisions for the Very Elderly," *PLoS ONE*, vol. 7, no. 4, Apr. 2012.
- [24] J. L. M. Nates *et al.*, "ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research," *Crit. Care Med.*, vol. 44, no. 8, pp. 1553–1602, Aug. 2016.
- [25] Sprung CL, Danis M, Baily M, and et al, "Consensus statement on the triage of critically ill patients," *JAMA*, vol. 271, no. 15, pp. 1200–1203, Apr. 1994.
- [26] M. B. Hamel *et al.*, "Patient age and decisions to withhold life-sustaining treatments from seriously ill, hospitalized adults," *Ann. Intern. Med.*, vol. 130, no. 2, pp. 116–125, 1999.
- [27] N. R. Zweibel and C. K. Cassel, "Treatment Choices at the End of Life: A Comparison of Decisions by Older Patients and Their Physician-Selected Proxies," *The Gerontologist*, vol. 29, no. 5, pp. 615–621, Oct. 1989.
- [28] M. Garrouste-Orgeas *et al.*, "Decision-making process, outcome, and 1-year quality of life of octogenarians referred for intensive care unit admission," *Intensive Care Med.*, vol. 32, no. 7, pp. 1045–1051, May 2006.
- [29] E. P. Cherniack, "Increasing use of DNR orders in the elderly worldwide: whose choice is it?," *J. Med. Ethics*, vol. 28, no. 5, pp. 303–307, Oct. 2002.
- [30] J. L. Guen, A. Boumendil, B. Guidet, A. Corvol, O. Saint-Jean, and D. Somme, "Are elderly patients' opinions sought before admission to an intensive care unit? Results of the ICE-CUB study," *Age Ageing*, vol. 45, no. 2, pp. 303–309, Mar. 2016.
- [31] *LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.* 2005.
- [32] *Article R1111-17 à R1111-20.* 2006.
- [33] V. Fournier, D. Berthiau, E. Kempf, and J. d'Haussy, "Quelle utilité des directives anticipées pour les médecins ?," *Presse Médicale*, vol. 42, no. 6, Part 1, pp. e159–e169, Jun. 2013.
- [34] M. D. Miller *et al.*, "Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: Application of the Cumulative Illness Rating Scale," *Psychiatry Res.*, vol. 41, no. 3, pp. 237–248, Mar. 1992.
- [35] Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, and Jaffe MW, "Studies of illness in the aged: The index of adl: a standardized measure of biological and psychosocial function," *JAMA*, vol. 185, no. 12, pp. 914–919, Sep. 1963.

- [36] "Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living.," *Nurs. Res.*, 1969.
- [37] T. J. Nuckton and N. D. List, "Age as a factor in critical care unit admissions," *Arch. Intern. Med.*, vol. 155, no. 10, pp. 1087–1092, May 1995.
- [38] M. Borel, B. Veber, F. Robillard, J.-P. Rigaud, B. Dureuil, and C. Hervé, "L'admission du sujet âgé en réanimation : l'âge influence-t-il l'accès aux soins ?," *Ann. Fr. Anesth. Réanimation*, vol. 27, no. 6, pp. 472–480, Jun. 2008.
- [39] H. Peters and D. Lewin, "Bereavement care: relationships between the intensive care unit and the general practitioner," *Intensive Crit. Care Nurs.*, vol. 10, no. 4, pp. 257–264, Dec. 1994.
- [40] E. Ferrand *et al.*, "Participation of French general practitioners in end-of-life decisions for their hospitalised patients," *J. Med. Ethics*, vol. 32, no. 12, pp. 683–687, 2006.
- [41] V. de Laitre *et al.*, "Relations entre médecin traitant et médecin réanimateur : l'opinion des réanimateurs de huit départements du sud de la France," *Ann. Fr. Anesth. Réanimation*, vol. 25, no. 5, pp. 493–500, May 2006.
- [42] M. Le Meur *et al.*, "Implication insuffisante des médecins généralistes lors des décisions de limitation et/ou d'arrêt des traitements au sein d'un service de réanimation," *Presse Médicale*, vol. 43, no. 11, pp. e377–e383, Nov. 2014.
- [43] B. Etesse *et al.*, "How the relationships between general practitioners and intensivists can be improved: the general practitioners' point of view," *Crit. Care Lond. Engl.*, vol. 14, no. 3, p. R112, 2010.
- [44] E. Ferrand *et al.*, "Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions," *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, vol. 167, no. 10, pp. 1310–1315, 2003.
- [45] A.-S. Malaquin, "Décision de limitation et arrêt des thérapeutiques en réanimation : implication du médecin généraliste ?," Université du Droit et de la Santé - Lille 2, 2013.
- [46] E. Ferrand, R. Robert, P. Ingrand, and F. Lemaire, "Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey," *The Lancet*, vol. 357, no. 9249, pp. 9–14, Jan. 2001.
- [47] F. Pochard, E. Azoulay, S. Chevret, and R. Zittoun, "Toward an ethical consultation in intensive care?," *Crit. Care Med.*, vol. 29, no. 7, pp. 1489–1490, Jul. 2001.
- [48] J. Durand-Gasselín, "Quelle place pour les familles en réanimation ?," *Réanimation*, vol. 19, no. 3, pp. 258–264, May 2010.
- [49] B. Guidet *et al.*, "Personnes âgées et réanimation," *Réanimation*, vol. 23, no. 2, pp. 437–444, Nov. 2013.
- [50] M. Garrouste-Orgeas *et al.*, "Opinions of families, staff, and patients about family participation in care in intensive care units," *J. Crit. Care*, vol. 25, no. 4, pp. 634–640, Dec. 2010.
- [51] C. M. Puchalski *et al.*, "Patients who want their family and physician to make resuscitation decisions for them: observations from SUPPORT and HELP," *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 48, no. S1, pp. S84–S90, 2000.
- [52] M. A. Marks and H. R. Arkes, "Patient and surrogate disagreement in end-of-life decisions: can surrogates accurately predict patients' preferences?," *Med. Decis. Making*, 2008.
- [53] Tsevat J, Dawson NV, Wu AW, and et al, "Health values of hospitalized patients 80 years or older," *JAMA*, vol. 279, no. 5, pp. 371–375, Feb. 1998.

- [54] C. L. Sprung *et al.*, "Attitudes of European physicians, nurses, patients, and families regarding end-of-life decisions: the ETHICATT study," *Intensive Care Med.*, vol. 33, no. 1, pp. 104–110, 2007.
- [55] F. Pochard *et al.*, "Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study," *J. Crit. Care*, vol. 20, no. 1, pp. 90–96, Mar. 2005.
- [56] "Code de la santé publique | Legifrance." [Online]. Available: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=3AB25EF0DE0506C016BA6ABC913F82B5.tpdila07v_1?idSectionTA=LEGISCTA000006196409&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160911. [Accessed: 11-Sep-2016].
- [57] E. Begon *et al.*, "Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des recommandations de la Société de réanimation de langue française," *Réanimation*, vol. 19, pp. 679–698, 2010.
- [58] J. Teno *et al.*, "Advance Directives for Seriously Ill Hospitalized Patients: Effectiveness with the Patient Self-Determination Act and the SUPPORT Intervention," *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 45, no. 4, pp. 500–507, Apr. 1997.
- [59] C. De Bazelaire, G. Laval, and R. Aubry, "Loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie : Une loi mal connue parce que mal expliquée," *Rev. Prat.*, vol. 59, no. 6, pp. 768–773, 2009.
- [60] Sophie Pennec, Alain Monnier, Silvia Pontone, Régis Aubry, "Les décisions médicales en fin de vie en France," *Population & Sociétés - bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographiques*, no. 494, Nov-2012.
- [61] F. Philippart *et al.*, "The ETHICA study (part I): elderly's thoughts about intensive care unit admission for life-sustaining treatments," *Intensive Care Med.*, vol. 39, no. 9, pp. 1565–1573, Jun. 2013.
- [62] K. E. Covinsky *et al.*, "Communication and Decision-Making in Seriously Ill Patients: Findings of the SUPPORT Project," *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 48, no. S1, pp. S187–S193, May 2000.
- [63] J. C. Hofmann *et al.*, "Patient Preferences for Communication with Physicians about End-of-Life Decisions," *Ann. Intern. Med.*, vol. 127, no. 1, pp. 1–12, Jul. 1997.
- [64] D. M. Heyland *et al.*, "The Very Elderly Admitted to ICU: A Quality Finish?*" *Crit. Care Med.*, vol. 43, no. 7, pp. 1352–1360, Jul. 2015.
- [65] Heyland DK, Barwich D, Pichora D, and et al, "Failure to engage hospitalized elderly patients and their families in advance care planning," *JAMA Intern. Med.*, vol. 173, no. 9, pp. 778–787, May 2013.
- [66] K. M. Detering, A. D. Hancock, M. C. Reade, and W. Silvester, "The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial," *BMJ*, vol. 340, p. c1345, Mar. 2010.

PERMIS D'IMPRIMER

Sarah PEIFFER

VU :

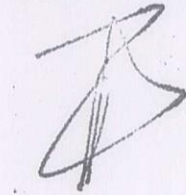
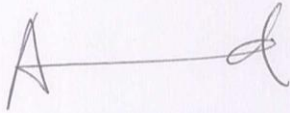
VU :

Le Président de thèse
Université
Le Professeur

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Université Paris Diderot - Paris 7
Professeur Philippe RUSZNIEWSKI

le 25/11/2016

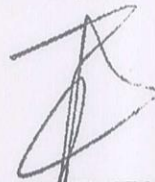
Date



Service de Gériatrie
Pr. RAYNAUD-SIMON
Secrétariat : 01 40 25 73 69 - Fax 01 40 25 85 88
C.H.U. BICHAT CL. BERNARD
40, RUE HENRI HUCHARD - 75877 PARIS CEDEX 18

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Philippe RUSZNIEWSKI

OPINION ET IMPLICATION DES MÉDECINS TRAITANTS LORS DE L'ADMISSION EN RÉANIMATION DE LEURS PATIENTS GÉRIATRIQUES

RÉSUMÉ

Contexte : Parallèlement au vieillissement de la population générale, on assiste à une augmentation de l'admission des patients âgés en réanimation. La proportion des patients de plus de 80 ans hospitalisés dans ces services peut atteindre jusqu'à 18%. Il n'existe à ce jour aucun critère spécifique sur l'admission d'un patient âgé en réanimation. Nous avons émis l'hypothèse que les médecins traitants étaient peu sollicités lors de l'admission d'un patient âgé en réanimation, ce que peu d'études ont exploré. Objectif : Evaluer l'implication et l'opinion des médecins traitants lors de l'admission en réanimation de leurs patients gériatriques. Matériel et méthodes : Étude rétrospective conduite à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Tous les patients de plus de 75 ans admis en gériatrie aiguë après un séjour en réanimation entre novembre 2014 et mai 2015 ont été inclus. Une vignette clinique individuelle a été créée et associée à un questionnaire pour le médecin traitant du patient qui a été contacté entre le mois de juillet 2015 et de décembre 2015. Résultats : Cette étude a inclus 25 patients. Aucun des 22 médecins traitants contactés n'avaient été interrogés lors de l'admission de leur patient âgé en réanimation, alors que 86% (n=19) le souhaitaient. Trois médecins étaient en désaccord avec cette admission car ils connaissaient les directives anticipées de leur patient et qu'elles allaient à l'encontre d'une prise en charge invasive. Les directives anticipées restent cependant peu connues des médecins traitants (14%). Conclusion : Les médecins traitants sont peu impliqués dans la prise en charge en réanimation de leurs patients âgés. Cela pourrait être favorisé notamment par un projet de soins anticipé et discuté à l'aide des directives anticipées personnelles.

MOTS-CLÉS (4 à 8)

Sujets âgés ; Réanimation ; Médecin traitant ; Directives Anticipées

GENERAL PRACTITIONERS' OPINION AND INVOLVEMENT IN THE ADMISSION OF THEIR GERIATRIC PATIENTS IN INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT

Context: As the general population ages, we are witnessing an increase in admissions of the elderly in intensive care units (ICU). In these units, the proportion of admitted patients over 80 can reach up to 18%. Nevertheless, clear admission guidelines are still lacking. We made the assumption that the general practitioners were rarely contacted at their patients' admission in ICU. Few studies have been conducted to investigate this matter. Objective: To evaluate the general practitioners' opinion of, and their involvement in the admission of their geriatric patients in ICU. Material and methods: Retrospective study carried out in La Pitié-Salpêtrière hospital. All patients over the age of the 75 admitted in the geriatric ward after an ICU stay between November 2014 and May 2015 have been included. The attending doctors have been contacted between July and December 2015 to answer a survey including an individual clinical vignette about their patients. Results: This study included 25 patients. None of the 22 general practitioners that we reached out to had been contacted at the time of the admission of their patient in ICU, whereas 86% (n=19) wished to be. Three practitioners disagreed with the admission because they knew their patients' advanced directives (AD), which were opposed to invasive patient care. ADs are still not widely known by the general practitioners (only 14% of them do). Conclusion: The general practitioners are rarely involved in the ICU care of their elderly patients. This could be enforced for example by creating advanced care plans based on their personal advanced directives.

KEYWORDS

Elderly ; Intensive Care Unit ; General Practitioner ; Advanced directives