



Année 2017

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Paloma ALMENDROS GIMENEZ

Née le 23 août 1988 à Tolède (Espagne)

Critères de réanimation et autres facteurs influençant la prise de décision dans l'arrêt cardiorespiratoire pré-hospitalier d'un patient âgé de 85 ans ou plus : analyse qualitative de dix entretiens de médecins urgentistes de Londres

Présentée et soutenue publiquement le **20 octobre 2017** devant un jury composé de :

Président du Jury:

Professeur Pierre-François DEQUIN, Thérapeutique, Faculté de médecine-Tours

Membres du Jury :

Professeur Denis ANGOULVANT, Cardiologie, Faculté de Médecine ó Tours

Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours

Directeur de thèse :

Docteur Cécile ROUCHY, Médecine Générale / Médecine d'urgence ó CH Châteauroux

RÉSUMÉ

Introduction

Nous sommes de plus en plus confrontés à l'arrêt cardiorespiratoire du sujet âgé du fait du vieillissement de la population. Il existe peu de données de littérature concernant les facteurs qui interviennent dans la prise de décision de la réanimation des personnes de plus de 85 ans. L'objectif de cette étude est de mettre en évidence ces facteurs en réalisant un état des lieux des pratiques de dix médecins urgentistes.

Matériel et méthodes

Analyse qualitative de 10 entretiens semi-dirigés avec des médecins urgentistes du département de l'Indre.

Résultats

Les principaux critères de réanimation d'un sujet âgé en arrêt cardiorespiratoire évoqués sont : antécédents, état général, autonomie et état cognitif, âge, no-flow, pronostic, étiologie supposée de l'arrêt cardiorespiratoire et souhait du patient. Ces critères sont concordants avec les critères d'admission en réanimation et les critères de bon pronostic neurologique. La prise de décision est également influencée par le vécu du médecin et le souhait de la famille. La disponibilité des lits en réanimation et le faible taux de survie avec bon pronostic neurologique invitent à une réflexion sur la sélection des patients qui pourraient le plus bénéficier d'une réanimation.

Conclusion

La décision de débiter ou de poursuivre la réanimation cardiopulmonaire d'un patient âgé de plus de 85 ans en arrêt cardiorespiratoire semble complexe et multifactorielle. Elle est influencée par des critères intrinsèques aux patients mais également par le vécu propre du médecin et la recherche du souhait de la famille. Un protocole semble difficile à mettre en place mais il serait envisageable d'élaborer un outil d'aide à la prise de décision basé sur la mortalité et le pronostic fonctionnel.

MOTS CLÉS

Personne âgée, arrêt cardio-respiratoire, réanimation cardio-pulmonaire, critères de réanimation

ABSTRACT

Resuscitation criteria and other factors influencing decision-making in out-of-hospital cardiorespiratory arrest of patients aged 85 or older: qualitative analysis of ten interviews with emergency physicians of the Indre region

Introduction

Due to an aging population, we are increasingly confronted with cardiorespiratory arrest of elderly people. There is few data in the literature about factors influencing decision-making in resuscitation of persons aged 85 or older. The aim of this study is bring light to the current state of ten emergency physicians practices.

Material and methods

Qualitative analysis of 10 semi-structured interviews with emergency physicians of the Indre department.

Results:

The main criteria mentioned for elderly resuscitation in cardiorespiratory arrest are: medical history, general condition, self-sufficiency and cognitive state, age, no-flow, prognosis, supposed etiology of cardiac arrest and will of the patient. These criteria are consistent with intensive care service admission criteria and neurologic outcome criteria. Decision-making is also influenced by physician experience and the will of the family. Bed availability in intensive care service and low survival rate with a good neurologic outcome invite to think about selecting patients who will benefit a resuscitation the most.

Conclusion

The decision of starting or pursuing cardiopulmonary resuscitation of a patient aged 85 or older in cardiorespiratory arrest seems complex and multifactorial. It is influenced not only by inherent patient criteria, but also by physician experience and will of the family research. Although a protocol seems difficult to be established, it is conceivable to develop a tool for decision-making support based on mortality and functional prognosis.

KEY WORDS

Elderly person, cardiorespiratory arrest, cardiopulmonary resuscitation, resuscitation criteria.

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr. Hubert LARDY, *Moyens . relations avec l'Université*
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr. Patrick VOURCQ, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (TM) . 1962-1966
Directeur de l'École de Médecine - 1947-1962
Pr. Georges DESBUQUOIS (TM) - 1966-1972
Pr. André GOUAZE - 1972-1994
Pr. Jean-Claude ROLLAND . 1994-2004
Pr. Dominique PERROTIN . 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Daniel ALISON
Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
Pr. Pierre COSNAY
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr. Noël HUTEN
Pr. Olivier LE FLOCH
Pr. Yvon LEBRANCHU
Pr. Elisabeth LECA
Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBIER
Pr. Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ . A. AUDURIER . A. AUTRET . P. BAGROS . G. BALLON . P. BARDOS . J.L. BAULIEU . C. BERGER
. JC. BESNARD . P. BEUTTER . P. BONNET . M. BROCHIER . P. BURDIN . L. CASTELLANI . B. CHARBONNIER .
P. CHOUTET . C. COUET - J.P. FAUCHIER . F. FETISSOF . J. FUSCIARDI . P. GAILLARD . G. GINIES . A. GOUAZE
. J.L. GUILMOT . M. JAN . J.P. LAMAGNERE . F. LAMISSE . J. LANSAC . Y. LANSON . J. LAUGIER . P. LECOMTE
. G. LELORD . E. LEMARIE . G. LEROY . Y. LHUINTE . M. MARCHAND . C. MAURAGE . C. MERCIER . J. MOLINE
. C. MORAINÉ . J.P. MUH . J. MURAT . H. NIVET . L. POURCELOT . P. RAYNAUD . D. RICHARD-LENOBLE . M.
ROBERT . J.C. ROLLAND . D. ROYERE - A. SAINDELLE . J.J. SANTINI . D. SAUVAGE . B. TOUMIEUX . J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | |
|--------------------------------------|---|
| ANDRES Christian | Biochimie et biologie moléculaire |
| ANGOULVANT Denis..... | Cardiologie |
| ARBEILLE Philippe | Biophysique et médecine nucléaire |
| AUPART Michel | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| BABUTY Dominique..... | Cardiologie |
| BALLON Nicolas | Psychiatrie ; addictologie |
| BARILLOT Isabelle..... | Cancérologie ; radiothérapie |
| BARON Christophe | Immunologie |
| BEJAN-ANGOULVANT Théodora | Pharmacologie clinique |
| BERNARD Anne | Cardiologie |
| BERNARD Louis | Maladies infectieuses et maladies tropicales |
| BODY Gilles..... | Gynécologie et obstétrique |
| BONNARD Christian | Chirurgie infantile |
| BONNET-BRILHAULT Frédérique..... | Physiologie |
| BRILHAULT Jean..... | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| BRUNEREAU Laurent..... | Radiologie et imagerie médicale |
| BRUYERE Franck..... | Urologie |
| BUCHLER Matthias..... | Néphrologie |
| CALAIS Gilles | Cancérologie, radiothérapie |
| CAMUS Vincent | Psychiatrie d'adultes |
| CHANDENIER Jacques..... | Parasitologie, mycologie |
| CHANTEPIE Alain..... | Pédiatrie |
| COLOMBAT Philippe..... | Hématologie, transfusion |
| CONSTANS Thierry | Médecine interne, gériatrie |
| CORCIA Philippe..... | Neurologie |
| COTTIER Jean-Philippe | Radiologie et imagerie médicale |
| DE TOFFOL Bertrand..... | Neurologie |
| DEQUIN Pierre-François | Thérapeutique |
| DESTRIEUX Christophe..... | Anatomie |
| DIOT Patrice | Pneumologie |
| DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague | Anatomie & cytologie pathologiques |
| DUCLUZEAU Pierre-Henri | Endocrinologie, diabétologie, et nutrition |
| DUMONT Pascal..... | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| EL HAGE Wissam..... | Psychiatrie adultes |
| EHRMANN Stephan..... | Réanimation |
| FAUCHIER Laurent..... | Cardiologie |
| FAVARD Luc..... | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| FOUQUET Bernard..... | Médecine physique et de réadaptation |
| FRANCOIS Patrick..... | Neurochirurgie |
| FROMONT-HANKARD Gaëlle..... | Anatomie & cytologie pathologiques |
| GOGA Dominique | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| GOUDEAU Alain | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière |
| GOUPILLE Philippe..... | Rhumatologie |
| GRUEL Yves..... | Hématologie, transfusion |
| GUERIF Fabrice..... | Biologie et médecine du développement et de la reproduction |
| GUYETANT Serge | Anatomie et cytologie pathologiques |
| GYAN Emmanuel..... | Hématologie, transfusion |
| HAILLOT Olivier | Urologie |
| HALIMI Jean-Michel | Thérapeutique |
| HANKARD Régis..... | Pédiatrie |
| HERAULT Olivier | Hématologie, transfusion |
| HERBRETEAU Denis..... | Radiologie et imagerie médicale |
| HOURIOUX Christophe | Biologie cellulaire |
| LABARTHE François..... | Pédiatrie |
| LAFFON Marc | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence |
| LARDY Hubert | Chirurgie infantile |
| LARIBI Saïd | Médecine d'urgence |
| LARTIGUE Marie-Frédérique | Bactériologie-virologie |
| LAURE Boris..... | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| LECOMTE Thierry..... | Gastroentérologie, hépatologie |
| LESCANNE Emmanuel | Oto-rhino-laryngologie |
| LINASSIER Claude | Cancérologie, radiothérapie |

| | |
|------------------------------|--|
| MACHET Laurent..... | Dermato-vénéréologie |
| MAILLOT François..... | Médecine interne |
| MARCHAND-ADAM Sylvain..... | Pneumologie |
| MARRET Henri..... | Gynécologie-obstétrique |
| MARUANI Annabel..... | Dermatologie-vénéréologie |
| MEREGHETTI Laurent..... | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| MORINIERE Sylvain..... | Oto-rhino-laryngologie |
| MOUSSATA Driffa..... | Gastro-entérologie |
| MULLEMAN Denis..... | Rhumatologie |
| ODENT Thierry..... | Chirurgie infantile |
| OUAISSI Mehdi..... | Chirurgie digestive |
| OULDAMER Lobna..... | Gynécologie-obstétrique |
| PAGES Jean-Christophe..... | Biochimie et biologie moléculaire |
| PAINTAUD Gilles..... | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| PATAT Frédéric..... | Biophysique et médecine nucléaire |
| PERROTIN Dominique..... | Réanimation médicale, médecine d'urgence |
| PERROTIN Franck..... | Gynécologie-obstétrique |
| PISELLA Pierre-Jean..... | Ophthalmologie |
| PLANTIER Laurent..... | Physiologie |
| QUENTIN Roland..... | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière |
| REMERAND Francis..... | Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence |
| ROINGEARD Philippe..... | Biologie cellulaire |
| ROSSET Philippe..... | Chirurgie orthopédique et traumatologique |
| RUSCH Emmanuel..... | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| SAINT-MARTIN Pauline..... | Médecine légale et droit de la santé |
| SALAME Ephrem..... | Chirurgie digestive |
| SAMIMI Mahtab..... | Dermatologie-vénéréologie |
| SANTIAGO-RIBEIRO Maria..... | Biophysique et médecine nucléaire |
| SIRINELLI Dominique..... | Radiologie et imagerie médicale |
| THOMAS-CASTELNAU Pierre..... | Pédiatrie |
| TOUTAIN Annick..... | Génétique |
| VAILLANT Loïc..... | Dermato-vénéréologie |
| VELUT Stéphane..... | Anatomie |
| VOURCQ Patrick..... | Biochimie et biologie moléculaire |
| WATIER Hervé..... | Immunologie |

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien..... Soins palliatifs
POTIER Alain..... Médecine Générale
ROBERT Jean..... Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David..... Physiologie
BARBIER Louise..... Chirurgie digestive
BERHOUET Julien..... Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe..... Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle..... Biologie cellulaire
BLASCO Hélène..... Biochimie et biologie moléculaire
BRUNAUT Paul..... Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès..... Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas..... Cardiologie
DESOUBEAUX Guillaume..... Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

| | |
|-----------------------------------|--|
| DUFOUR Diane | Biophysique et médecine nucléaire |
| FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| GATAULT Philippe | Néphrologie |
| GAUDY-GRAFFIN Catherine..... | Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière |
| GOUILLEUX Valérie..... | Immunologie |
| GUILLON Antoine | Réanimation |
| GUILLON-GRAMMATICO Leslie | Epidémiologie, économie de la santé et prévention |
| HOARAU Cyrille | Immunologie |
| IVANES Fabrice | Physiologie |
| LE GUELLEC Chantal | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| MACHET Marie-Christine | Anatomie et cytologie pathologiques |
| PIVER Éric..... | Biochimie et biologie moléculaire |
| REROLLE Camille..... | Médecine légale |
| ROUMY Jérôme..... | Biophysique et médecine nucléaire |
| TERNANT David..... | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique |
| ZEMMOURA Ilyess | Neurochirurgie |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

| | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| AGUILLON-HERNANDEZ Nadia | Neurosciences |
| BOREL Stéphanie..... | Orthophonie |
| DIBAO-DINA Clarisse..... | Médecine Générale |
| LEMOINE Maël | Philosophie |
| MONJAUZE Cécile..... | Sciences du langage - orthophonie |
| PATIENT Romuald..... | Biologie cellulaire |
| RENOUX-JACQUET Cécile..... | Médecine Générale |

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

| | |
|------------------------------|---|
| BOUAKAZ Ayache | Directeur de Recherche INSERM . UMR INSERM 930 |
| CHALON Sylvie..... | Directeur de Recherche INSERM . UMR INSERM 930 |
| COURTY Yves | Chargé de Recherche CNRS . UMR INSERM 1100 |
| DE ROCQUIGNY Hugues | Chargé de Recherche INSERM . UMR INSERM 966 |
| ESCOFFRE Jean-Michel..... | Chargé de Recherche INSERM . UMR INSERM 930 |
| GILLOT Philippe..... | Chargé de Recherche INRA . UMR INRA 1282 |
| GOUILLEUX Fabrice..... | Directeur de Recherche CNRS . UMR CNRS 7292 |
| GOMOT Marie..... | Chargée de Recherche INSERM . UMR INSERM 930 |
| HEUZE-VOURCH Nathalie..... | Chargée de Recherche INSERM . UMR INSERM 1100 |
| KORKMAZ Brice | Chargé de Recherche INSERM . UMR INSERM 1100 |
| LAUMONNIER Frédéric..... | Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930 |
| LE PAPE Alain | Directeur de Recherche CNRS . UMR INSERM 1100 |
| MAZURIER Frédéric..... | Directeur de Recherche INSERM . UMR CNRS 7292 |
| MEUNIER Jean-Christophe..... | Chargé de Recherche INSERM . UMR INSERM 966 |
| PAGET Christophe..... | Chargé de Recherche INSERM . UMR INSERM 1100 |
| RAOUL William | Chargé de Recherche INSERM . UMR CNRS 7292 |
| SI TAHAR Mustapha | Directeur de Recherche INSERM . UMR INSERM 1100 |
| WARDAK Claire | Chargée de Recherche INSERM . UMR INSERM 930 |

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'École d'Orthophonie

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| DELORE Claire | Orthophoniste |
| GOUIN Jean-Marie..... | Praticien Hospitalier |
| PERRIER Danièle | Orthophoniste |

Pour l'École d'Orthoptie

| | |
|----------------------|-----------------------|
| LALA Emmanuelle..... | Praticien Hospitalier |
| MAJZOUB Samuel..... | Praticien Hospitalier |

Pour l'Éthique Médicale

| | |
|------------------------|-----------------------|
| BIRMELE Béatrice | Praticien Hospitalier |
|------------------------|-----------------------|

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de
l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon
travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne
servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Au professeur Pierre-François DEQUIN, pour avoir accepté de présider ce jury.

Aux professeurs Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ et Denis ANGOULVANT, pour avoir accepté de faire partie de ce jury.

Au docteur Cécile ROUCHY, pour avoir accepté cette aventure avec moi. Merci pour tes conseils, ton soutien, ta bonne humeur et la confiance que tu as toujours porté sur ce projet. Tu as été pour moi la meilleure des directrices de thèse.

Aux médecins urgentistes de Châteauroux, pour avoir accepté de participer à cette étude, pour m'avoir fait confiance, pour ces bons moments passés pendant les entretiens et parce que sans vous rien de tout ça n'aurait été possible.

A toute l'équipe des urgences de Châteauroux, parce que j'ai passé les meilleurs moments de mon internat avec vous. Un grand merci à tous.

A ces médecins généralistes de l'Indre qui ont inspiré mon chemin en tant que médecin. Merci Dr BAUDENON, Dr BATARD et Dr LYON pour avoir partagé avec moi votre amour pour cette profession.

Aux médecins hospitaliers qui m'ont appris tant des choses depuis le début, vous avez tous apporté quelque chose dans mon parcours, je vous serai éternellement reconnaissante.

A tous ceux qui ont contribué d'une forme ou d'une autre à la constitution de cette thèse, merci pour vos conseils et votre aide.

A ma mère Remedios et à mon père Juan Antonio, pour leur amour infini, pour avoir toujours cru en moi, pour avoir accompagné et soutenu chacun de mes choix de vie, pour me connaître et me comprendre comme vous le faites, je vous aime.¹

A mon frère Marcos, pour être un si bon grand frère, pour tes conseils et ton soutien.²

Une pensée pour mes grands-parents, Angel, Antonio, Remedios et Rosario que j'aurais tellement aimé avoir ici ce jour, paix à leurs âmes.³

¹ A mi madre Remedios y a mi padre Juan Antonio, por su amor infinito, por haber creído siempre en mí, por haber acompañado y apoyado cada una de mis elecciones de vida, por conocerme y comprenderme como lo hacéis, os quiero.

² A mi hermano Marcos, por ser tan buen hermano mayor, por tus consejos y tu apoyo.

³ Un pensamiento para mis abuelos Ángel, Antonio, Remedios y Rosario que tanto habría querido tener hoy aquí, descansen en paz.

A mes copains espagnols, « la pandilla », Anita, Ire, Martus, Fer, Juanxi, Elba, Laurita, Choni, Leire et Ali, pour ces 18 ans d'amitié, parce que vous faites partie de celle que je suis aujourd'hui et je suis fière d'avoir de si merveilleuses personnes dans ma vie. ⁴

Aux copains nantais, Oliv, Vincent, Marie et Loulou pour avoir été mon nid, ma nouvelle famille depuis mon arrivée en France, pour avoir toujours cru en moi. Vous êtes la meilleure chose qui me soit arrivée ici, il nous attend encore tant de belles aventures !

A Mélanie, car je n'aurais jamais pu avoir ce concours ni finir cet internat sans toi, sans ton énergie, sans ton soutien, sans tes cours de français avancé, sans ton amour.

A mes super co-internes, Alizée, Morgan, Romain et Maxime pour ces trois années, parce qu'on a commencé et on finit ça ensemble. Aujourd'hui la famille grandit et j'espère qu'on vivra ensemble cette nouvelle étape !

⁴ A mis amigos españoles, «la pandilla», Anita, Ire, Martus, Fer, Juanxi, Elba, Laurita, Choni, Leire y Ali, por estos 18 años de amistad, porque vosotros formáis parte de lo que soy a día de hoy y porque estoy orgullosa de tener personas tan maravillosas en mi vida.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| SERMENT D'HIPPOCRATE..... | 8 |
| ABRÉVIATIONS | 12 |
| 1. INTRODUCTION..... | 13 |
| 2. MATERIEL ET METHODES..... | 14 |
| 3. RESULTATS | 18 |
| 3.1 CRITERES INTRINSEQUES AU PATIENT | 18 |
| 3.2 CRITERES MEDECIN DEPENDANTS..... | 21 |
| 3.3 AUTRES CRITERES | 23 |
| 4. DISCUSSION | 26 |
| 5. CONCLUSION | 33 |
| BIBLIOGRAPHIE | 34 |
| ANNEXES..... | 37 |
| ANEXE 1: GUIDE D'ENTRETIEN..... | 38 |
| ANEXE 2: CPC SCALE..... | 40 |
| ANEXE 3: FICHE DE PREMIERE URGENCE..... | 41 |

ABRÉVIATIONS

ACR : Arrêt cardio-respiratoire

ARM : Assistant de régulation médicale

AVC : Accident vasculaire cérébral

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

CCNE : Comité consultatif national d'éthique

CESU : Centre d'enseignement des soins d'urgence

CH : Centre hospitalier

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPC : Catégorie de performance cérébrale

CSF : Clinical frailty score

IDE : Infirmier diplômé de l'état

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

LATA : Limitation ou arrêt des thérapeutiques actives

MCS : Médecin correspondant SAMU

RCP : Réanimation cardiopulmonaire

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SMUR : Service mobile d'urgence et réanimation

RéAC : Registre électronique des arrêts cardiaques

1. INTRODUCTION

Nous sommes de plus en plus confrontés à l'arrêt cardiorespiratoire (ACR) du sujet âgé du fait du vieillissement de la population. Il existe peu de données de littérature concernant les facteurs qui interviennent dans la prise de décision de la réanimation des personnes de plus de 85 ans. L'objectif de cette étude est de mettre en évidence ces facteurs en réalisant un état des lieux des pratiques de dix médecins urgentistes.

Le registre électronique des arrêts cardiaques (RéAC) a recensé 11.931 ACR en France dans la dernière année. 66% des patients étaient de sexe masculin et 10% étaient d'origine traumatique. 25% des patients en ACR ont repris une activité cardiaque. Environ 200 cas d'arrêt cardiaque sont recensés chaque année dans le département de l'Indre.

La moyenne d'âge des ACR est de 65 ans en France (1) et de 70 ans pour l'Europe (2).

Selon les statistiques de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), 9.1% de la population en France en 2017 à 75 ans ou plus. La projection pour 2070 serait de 17.9% pour cette tranche d'âge (3).

Avec le vieillissement de la population et l'amélioration de l'efficacité de la chaîne de survie en France, le service d'aide médicale urgente (SAMU) va être de plus en plus confronté à l'arrêt cardiaque des personnes âgées.

La réanimation du sujet âgé représente par sa fréquence et son faible taux de survie, un problème actuel de santé publique, mais également éthique.

Il existe peu de littérature concernant les critères de réanimation d'un sujet âgé en ACR. Une revue sur la réanimation des personnes âgées de 2015 proposait déjà les perspectives de recherche sur le sujet. Des questions potentielles se posaient sur les processus de décision mis en œuvre et les déterminants de ces décisions pour les personnes âgées en situation critique, ainsi que le rôle joué par les patients et leurs proches. Dans la ligne d'études potentielles, ils envisageaient une étude qualitative avec des entretiens semi-directifs de praticiens pour explorer ces processus décisionnels (4).

Cette étude cherche donc à s'intéresser aux processus décisionnels dans la réanimation du sujet âgé en ACR.

Les objectifs de notre étude sont :

- a) Objectif principal : définir les principaux critères utilisés par les médecins urgentistes dans la prise de décision d'une réanimation d'un ACR du sujet âgé de 85 ans ou plus en ACR pré-hospitalier
- b) Objectifs secondaires :
 - Définir les autres facteurs influençant la prise de décision
 - Evaluer la nécessité d'outils d'aide à la prise de décision

2. MATERIEL ET METHODES

2.1 LE DEPARTEMENT DE L'INDRE

Le département de l'Indre se situe dans la région Centre Val de Loire. La préfecture du département est Châteauroux (Figure 1). La population en 2014 était de 226.175 habitants, selon les registres de l'INSEE.



Figure 1 : Le département de l'Indre

Nous avons choisi le département de l'Indre pour la réalisation de l'étude car il s'agit du département le plus vieillissant de la région Centre et de France.

Selon les statistiques de l'INSEE (5), on peut observer une augmentation de l'indice de vieillesse (rapport entre nombre de personnes âgées de 60 ans et plus et celles âgées de moins de 20 ans) dans la région centre : 74/100 en 1990, contre 94/100 en 2005, le département de l'Indre étant le plus touché avec un indice de vieillesse de 133/100 en 2005.

Concernant le pourcentage des personnes âgées de 85 ans ou plus, l'Indre reste encore le plus affecté avec un pourcentage de 4.5 % en 2014 contre 3.5% pour la moyenne de la région centre et 2.9% pour la France métropolitaine (6).

Du fait du vieillissement de cette population, les services médicaux en particulier le SAMU, sont plus souvent confrontés à l'ACR des personnes âgées et cela représente un défi en termes médicaux, éthiques et économiques.

2.2 LE SERVICE D'AIDE MEDICALE URGENTE 36

Le SAMU de l'Indre dispose de deux lignes du service mobile d'urgences et réanimation (SMUR) basé au centre hospitalier (CH) de Châteauroux, une antenne SMUR au CH du Blanc, et depuis 2016 une antenne au CH d'Issoudun.

Les appels sont pris par les assistants de régulation médicale (ARM) et un régulateur hospitalier est sur place 24h/24h au sein du CH de Châteauroux.

Les équipes d'intervention du SMUR sont déclenchées pour toute situation médicale mettant en jeu le pronostic vital ou à risque d'aggravation potentielle. Les équipes sont composées d'un médecin urgentiste, d'un infirmier diplômé de l'état (IDE) et d'un ambulancier ou un pilote d'hélicoptère.

Il existe dans l'Indre une équipe de médecins correspondants SAMU (MCS) qui sont envoyés en parallèle en cas d'intervention en zone rurale ou éloignée de la base, ayant pour but d'assurer les premiers soins d'urgence quand les délais d'intervention sont trop importants. Ils sont équipés d'un sac d'intervention avec du matériel d'intubation, de perfusion et des drogues. Ce sont des médecins généralistes formés à la médecine d'urgence par le centre d'enseignement des soins d'urgences (CESU) à Châteauroux.

2.3 TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une enquête qualitative réalisée à partir des entretiens individuels semi-dirigés auprès des médecins urgentistes du CH de Châteauroux. Plusieurs sources de la littérature ont été utilisées pour élaborer notre étude selon une méthodologie qualitative (7, 8, 9, 10).

Le choix de la méthodologie qualitative a été évoqué par un expert en vue du sujet. Cette étude cherche à explorer les critères utilisés par les médecins pour décider de débiter une réanimation spécialisée chez un patient de plus de 85 ans. Leur vécu et leur expérience personnelle et professionnelle sont également pris en compte.

2.4 POPULATION ETUDIEE ET ECHANTILLONNAGE

Les médecins urgentistes exerçant au sein du CH de Châteauroux, ont été contactés par téléphone ou courriel. Un entretien individuel d'une durée d'environ 30 minutes leur a été proposé en respectant le principe de liberté et d'anonymat. Le thème de l'entretien a été masqué jusqu'au jour de l'entretien. Tous les médecins ont donné leur accord écrit ou oral pour la retranscription de l'entretien, l'analyse et l'utilisation des données à des fins scientifiques.

Le recrutement des médecins urgentistes s'est poursuivi au fur et à mesure des entretiens jusqu'à l'obtention d'une saturation d'idées.

Nous avons eu un seul refus parmi tous les médecins contactés. Au final 10 entretiens ont été réalisés.

MATERIEL ET METHODES

Les caractéristiques principales des participants ont été également recueillies (Tableau 1).

| | Expérience | Sexe | Activité actuelle |
|------------|-------------------|-------------|--------------------------|
| M1 | >10 ans | Homme | SMUR |
| M2 | >10 ans | Homme | SMUR |
| M3 | <10 ans | Femme | SMUR |
| M4 | <10 ans | Femme | SMUR |
| M5 | <10 ans | Homme | SMUR /Autres |
| M6 | >10 ans | Femme | Régulation/ Autres |
| M7 | >10 ans | Femme | Régulation/Autres |
| M8 | >10 ans | Femme | SMUR/Régulation |
| M9 | <10 ans | Homme | SMUR/Régulation |
| M10 | >10 ans | Homme | Régulation/Autres |

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins participants

2.5 ELABORATION DE LA TRAME D'ENTRETIEN

Nous avons élaboré un questionnaire servant de support à l'entretien. Le questionnaire abordait les différents éléments pouvant intervenir dans la prise de décision face à l'ACR d'un sujet de plus de 85 ans via une mise en situation.

Ce questionnaire a été modifié au fur et à mesure des entretiens selon les principes de la méthodologie qualitative jusqu'à l'obtention de la trame définitive (Annexe 1).

2.6 DEROULEMENT DES ENTRETIENS

Les entretiens ont eu lieu entre octobre 2016 et juin 2017 au sein du service des urgences du CH de Châteauroux. La durée totale a été entre 17 et 39 minutes par entretien.

Les entretiens ont été guidés par la trame élaborée au préalable. Ni l'ordre des questions ni leur formulation exacte (telle qu'elle figure sur la version définitive) n'ont pas été respectés. Le but était de laisser les médecins s'exprimer librement et d'explorer toutes les réponses tout en suivant le rythme des participants. La plupart des entretiens ont débuté par une question brise-glace cherchant à mettre en confiance les interviewés.

2.7 ANALYSE DES ENTRETIENS

Les entretiens ont été retranscrits « mot à mot » (dit aussi verbatim) intégralement avec le logiciel de traitement de texte Word©.

MATERIEL ET METHODES

La génération des hypothèses de cette étude repose sur une démarche inductive et interprétative des données. L'analyse a été réalisée suivant la méthode de théorisation ancrée.

La totalité des entretiens ont été lus à plusieurs reprises, puis codés à l'aide du logiciel Nvivo11©.

Le verbatim de chaque entretien a été analysé puis découpé en différentes unités de sens. Celles-ci ont été croisées à plusieurs reprises suivant une lecture axiale jusqu'à l'obtention des thèmes et sous-thèmes qui constituent les résultats de cette étude.

3. RESULTATS

3.1 CRITERES INTRINSEQUES AU PATIENT

3.1.1 Antécédents

Tous les médecins de façon unanime prennent en compte les antécédents du patient pour leur prise de décision dans l'ACR du sujet très âgé (Tableau 2).

Certains éléments comme le cancer (M2, M4, M6, M8, M9), la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (M1), l'obésité (M1), les soins palliatifs (M4), l'état cardiovasculaire, notamment présence d'hypertension artérielle, diabète, cardiopathie et tabagisme (M1, M2, M3, M5, M9) et le traitement de fond (M1) sont cités aussi comme des éléments clés dans l'histoire de la maladie.

3.1.2 Etat général

L'état général (physique et nutritionnel) du patient à l'arrivée sur les lieux joue un rôle dans le schéma décisionnel de certains médecins (M1, M3, M4, M6, M7, M9, M10), le fait de trouver un patient « dénutri » (M7), « tout maigre » (M3), « cachectique » (M6, M9, M10), « si physiquement je vois quelqu'un d'altéré » (M1), à une tendance à « freiner un tout petit peu » (M1).

3.1.3 Autonomie et état cognitif

L'autonomie antérieure du patient et son état cognitif font partie des éléments clés dans la prise de décision (M1, M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9). L'entourage est la première source d'informations sur les lieux qui va orienter vers la décision de réanimation : « hier encore il faisait son jardin, il se fait à manger, il fait sa toilette tout seul, il se déplace, il sort de la maison de temps en temps, voir les copains ou autre » (M9), « s'il faisait ses comptes, s'il lisait son journal, s'il conduisait, s'il discutait bien et voilà quoi... (í) si j'ai tous les éléments qui sont dans ce sens, moi je ventile, je réanime » (M1), mais aussi vers une limitation des soins « il a 95 ans, il est dément, grabataire, le mec il ne bouge plus du tout, il ne fait plus de transfert, et là, il est en arrêt, le pauvre on doit le soulager, il ne faut surtout pas l'embêter » (M5).

3.1.4 Age chronologique versus âge physiologique

Parmi tous les interviewés, trois médecins (M1, M2, M6) évoquent aussi la notion d'âge physiologique « quelqu'un de 85 ans qui fait 70 kilos et qui bêche son jardin, à mon avis on a plus à gagner en terme de qualité de vie en sortie de l'hôpital que quelqu'un de 69 ans qui est dément, parkinsonien » (M2), « à 85 ans il y en a qui sont très très bien (í) par contre il y en a à 40 balles qui peuvent être dans un état de plus âgés qu'à 85 ans » (M6). La plupart de ces médecins revendiquent que « l'âge ne doit pas être le seul critère » (M1) et ne sont pas d'accord pour une prise de décisions basée exclusivement

RESULTATS

sur l'âge du patient (M1, M5, M6, M7) : « pour moi humainement, déontologiquement c'est pas un critère simplement en soi, je vois pas comment de quel droit je pourrais dire que... j'ai décrété que plus de 85 ans bah écoutez il est mort » (M7).

3.1.5 Hygiène de vie

Seulement un des médecins évoque le « schéma sanitaire » du patient comme critère décisionnel : « ça m'est arrivé là avant hier, 62 ans BPCO 140kg qui continue à fumer, diabétique, hyper-tendu, vasculaire et qui fume 3 paquets par jour, que veux-tu faire ? » (M1).

3.1.6 No flow/ Low flow

Tous les médecins avec une seule exception, relatent l'utilité d'un témoin sur place, notamment pour « avoir une idée du no flow (í) ont-ils constaté l'arrêt ? (í) L'ont-ils massé le temps que les sapeurs-pompiers arrivent ? » (M9) Pour certains cette notion de no flow est un critère décisif « juste le low flow et le no flow, c'est tout. Zéro no flow, vraiment zéro no flow et un low flow court, oui, je vais aller » (M5).

3.1.7 Pronostic

Pour certains « la qualité de vie au décours de la réanimation » (M2) est un facteur important à prendre en compte. Les « statistiques de l'arrêt cardiaque » (M4) du sujet âgé peuvent être un frein à une réanimation cardiopulmonaire (RCP), car comme certains expriment « le pourcentage de survie il est très inférieur » (M10) : « je pense que le but c'est de ramener les gens pas pires qu'ils étaient, quoi, enfin » (M4).

3.1.8 Etiologie supposée de l'ACR

L'étiologie supposée de l'ACR s'avère aussi être un des critères décisionnels, notamment l'existence d'une « cause curable » (M2, M6, M10, M5) et aussi d'un rythme « choquable » : « j'ai posé le LIFEPAK, c'était une asystolie (í) le défibrillateur semi-automatique n'avait jamais choqué (í) faut arrêter, voilà » (M5).

3.1.9 Température corporelle

La notion de température corporelle est évoquée par quelques médecins (M2, M3, M7, M10), surtout pour les ACR sans témoin, ou l'on pourrait « prendre la température pour essayer d'évaluer depuis combien de temps » (M7).

3.1.10 Lieu de vie

Un des médecins a exprimé aussi l'intérêt de l'observation du lieu de vie comme facteur pronostique au retour d'une éventuelle hospitalisation : « On se fait déjà une idée, du patient, de son lieu, de la famille, de tout ce qui va avec et du support qui peut être apporté », « on sait d'où ils viennent ces gens-là et on sait où ils vont revenir » (M1).

RESULTATS

3.1.11 Souhait du patient

Le souhait du patient est l'un des critères le plus important et controversé de la RCP du sujet âgé. Pour certains le fait de connaître le choix du patient facilite la prise de décision : « parce que finalement tu demandes aux gens, (í) quand ils sont chez eux, est-ce qu'ils aimeraient finir hémiplégique, en maison retraiteí personne signe, eh ? à juste titre, enfiní tu étais bien chez toi et tu as un médecin qui vient décider que non, ce n'est pas ton heure » (M4). Pour d'autres, cela peut représenter un frein dans la liberté de décision du médecin : « parfois on signe des choses, est ce que tout ce que tu as signé tu n'as envie des fois de revenir dessus ? (í) elle avait sa tête, elle avait des yeux, avec un regard qui était intelligent cette dame et je me suis posée la même question toute la nuit, est ce que je l'intube oui ou non ? (í) la fiche LATA (*limitation ou arrêt des thérapeutiques actives*) signée par ses propres mains (í) Elle est morte cette dame parce qu'elle n'a pas supporté (í) 92 ans... et moi je regrette de ne pas l'avoir intubé » (M1).

Concernant les directives anticipées, tous les médecins qui en font référence sont d'accord sur le fait que « c'est quelque chose que l'on a très peu ou que l'on ne va pas les chercher (í) on n'a pas accès en régulation » (M7), mais que « ça devrait exister, surtout sur des patients qui sont déjà dans des maisons de retraite et dans les institutions et on essaye de les mettre en route » (M1).

Actuellement, la famille reste le principal détenteur du souhait du patient « finalement quand tu poses la question aux gens, j'ai l'impression qu'ils disent assez régulièrement : vous acharnez pas il aurait pas voulu » (M4).

| | M1 | M2 | M3 | M4 | M5 | M6 | M7 | M8 | M9 | M10 |
|--------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| Antécédents | | | | | | | | | | |
| Etat général | | | | | | | | | | |
| Autonomie | | | | | | | | | | |
| Age | | | | | | | | | | |
| Hygiène de vie | | | | | | | | | | |
| No flow/Low flow | | | | | | | | | | |
| Pronostic | | | | | | | | | | |
| Etiologie de l'ACR | | | | | | | | | | |
| Température | | | | | | | | | | |
| Lieu de vie | | | | | | | | | | |
| Souhait du patient | | | | | | | | | | |

Tableau 2 : Critères intrinsèques au patient

3.2 CRITERES MEDECIN DEPENDANTS

3.2.1 Le vécu du médecin

a) Une décision vécue comme « lourde »

Face à la prise de décision d'une réanimation du sujet très âgé, certains expriment des difficultés (M1, M4, M6, M7, M8, M9, M10).

C'est une décision « qui n'est pas facile à prendre » (M1), « ou on n'est jamais à l'aise » (M9), qui est vécue souvent comme lourde « parfois avoir le droit de vie ou de mort sur les gens ça peut être lourd aussi » (M4). Parfois on évoque aussi un sentiment de solitude face à la prise de décision « c'est une décision (í) qui souvent n'est pas collégiale parce que c'est à nous seuls de prendre la décision » (M1).

Le côté éthique de la décision est pour certains le plus difficile à assumer : « je trouve que je ne suis pas dieu, (*sourire*) (í) dans quel droit j'ai (í) le droit de vie ou mort sur les gens ? » (M4), « quel droit j'ai de décider si les gens doivent mourir ou pas ? » (M8).

b) Les différences entre confrères

Une des difficultés exprimées par les médecins est la différence de prise en charge entre confrères.

Ceux qui se disent être plus limitants dans la réanimation, manifestent cette incompréhension « de pas avoir l'approbation des pairs » : « la difficulté c'est le partage avec les confrères, et les gens qui vont dire : ah bah, moi j'ai réanimé un mec de 95 ans, je me suis battu pendant 45 minutes, avec un mort, eh ? il est mort à la fin » (M5).

D'autres, et surtout ceux qui exercent actuellement en régulation, expriment des difficultés avec la limitation des soins de leurs confrères : « on sait bien que l'on sera beaucoup plus critiqué en régulation si on envoie sur un arrêt de 85 ans (í) certains ont des attitudes trop tranchées (í) qui sont des points de vue dogmatiques où c'est : je ne m'occupe pas d'un arrêt de plus de tel âge » (M10).

c) Notion d'acharnement

Quelques médecins pensent avoir été confrontés à une situation d'acharnement thérapeutique au moins une fois dans leur carrière : « je l'ai quand même fait, parce que mon boulot c'est ça, mais je me suis dit, mince, si ça se trouve elle n'a pas envie » (M4), « je savais qu'il fallait pas le faire mais je le faisais (í) par peur d'être jugé » (M5), surtout ceux qui ont travaillé d'abord hors France métropole : « donc soit tu le vis, soit tu te dis : c'est un patient et on fait ce qu'on a à faire (í) au début c'était difficile pour moi, mais maintenant ça va, je suis habitué aux môurs d'ici (í) et je réanime tous les gens, je réfléchis pas trop si tu veux » (M8).

3.2.2 Evolution des pratiques

Tous les praticiens évoquent une évolution dans leur prise en charge.

Pour les médecins ayant toujours exercé en France (métropole), la tendance est vers un abord moins interventionniste, et plus « réfléchi » : « quand on était interne c'était de la plomberie je veux dire, il fallait être plombier pour faire le métier, on intubait tout le monde, maintenant (í) on peut faire un peu de médecine humaine et logique » (M1). Le pronostic et la qualité de vie du patient au décours sont plus pris en compte : « tu te rends compte que s'il repart aprèsí » (M4) ainsi que le temps de discussion avec la famille : « on a peut-être une attitude qui est moins médicale, moins scientifique mais plus réfléchi » (M10), « je me disí attends, attendsí tu es aussi là, enfin, pour le patient et pour sa famille » (M4).

Tous ressentent cette évolution comme une « maturation de la profession » (M1).

Le seul médecin ayant exercé hors France (métropole), se sent « plus interventionniste que j'étais avant, là c'est sur (í) chez les gens très âgés comme ça (í) chez nous on n'intervenait pas autant, si tu intervenais chez quelqu'un d'agé (í) et que tu le ramenait à l'hôpitalí les gens te disaient, bon va voir ce que tu vas faire » (M8).

3.2.3 Ressenti du médecin face à un outil d'aide à la prise de décision

Concernant l'existence d'outils d'aide à la prise de décision ou des protocoles, la plupart ne savent pas s'ils existent : « je ne sais pas s'il y a beaucoup de choses qui sont à notre disposition tu vois, pour ce type de décisions » (M4), pour les autres « on voit qu'en France il y a rien, il y a rien du tout en France (í) les Suisses sont beaucoup plus engagés dans ce truc (í) et les Belges aussi » (M5).

Pour certains médecins, protocoliser l'ACR du sujet très âgé peut être une solution pour uniformiser les pratiques : « peut-être qu'il faudrait le faire parce que le ressenti d'une équipe SMUR qui part pour un 85 ans il est très médecin dépendant » (M10) et limiter l'acharnement thérapeutique : « j'ai même vu des gens réanimer des gens de plus de 95 ans passés, là ça fait encore plus mal tu vois ? et je pense qu'on aurait dû avoir quelque chose là-dessus, protocoliser un peu plus les gensí » (M8).

Pour la plupart des médecins, avoir un outil d'aide, « guide à prendre des décisions » (M8), mais tous les interviewés sont contre la protocolisation ferme de l'ACR du sujet âgé. Certains expriment une méfiance face aux « protocoles qui touchent ce type de décisions » (M7), la plupart considèrent que c'est au médecin de prendre cette décision : « à tout protocoliser on devient que des outils » (M1), « c'est une décision qu'on devrait s'attribuer » (M5), pour d'autres « la notion de perte de chance pour la personne âgée pourrait être mise en avant » (M10), et tous sont d'accord pour dire que « la prise en charge d'un arrêt cardiaque ne s'arrête pas à une prise en charge médicalisée hyper technique, c'est la gestion aussi de l'ensemble de l'environnement, la famille, les secouristes... » (M7).

RESULTATS

Certains praticiens posent également un regard sur le vieillissement de la population et l'évolution des pratiques : « C'est un peu le même débat que le traitement de l'infarctus, avant on ne traitait pas les infarctus de plus de 70 ans par méthode invasive, aujourd'hui, 85-90 ans (í) donc si on se pose la question sur l'AVC (*accident vasculaire cérébral*) de 85 ans on doit se poser la question d'une mort subite de 85 ans » (M10).

3.3 AUTRES CRITERES

3.2.1 Rôle de la famille

3.2.1.1 Communication avec l'entourage

Pour tous les médecins la présence de l'entourage sur les lieux est fondamentale à la prise en charge d'un ACR du sujet âgé. Pour la plupart des médecins « c'est aussi (í) le rôle du médecin SMUR de prendre du temps pour eux, expliquer à la famille » (M7). On demande à la famille « qu'est-ce qu'ils en pensent » (M1), « qu'est-ce qui s'est passé ? Qu'est-ce que vous comprenez de la situation ? Et qu'est-ce que vous attendez de moi ? » (M2) et on explique ce qui se passe et comment on va procéder (M2, M3, M5, M7, M9).

Certains médecins se sentent prêts à débiter une réanimation estimée comme « non justifiée » médicalement si la famille n'est pas encore prête (M4, M8) : « je pense que si tu as des gens qui sont complètement paniqués, c'est délicat de dire : oh ! les gars vous arrêtez les conneries là » (M4).

3.2.1.2 Rôle du médecin vis-à-vis de la famille

Le rôle du médecin reste celui de prendre la décision finale, même si « la discussion se fait à plusieurs » (M9), et le fait que « on se concerte pour savoir leurs désirs, comment ils veulent que ça se passe » (M5).

Pour la plupart des interviewés, la réanimation peut être vécue par la famille comme « traumatique » (M1, M3, M4, M7). Pour certains prendre cette décision peut être une façon d'avoir « quelqu'un qui les dédouane, qui leur dise, bah là écoutez je crois que ce n'est pas (í) licite de faire une grosse réanimation » (M4), car « c'est horrible de leur laisser toute sa vie face à cette décision » (M5).

3.2.1.3 Réaction des proches

Tous les médecins interrogés sont d'accord pour dire que la plupart des familles, lorsqu'elles ont été informées et qu'on leur a expliqué, « comprennent, écoutent et on arrive quand même à trouver des solutions et une conduite à tenir » (M1), en général « ils sont plutôt d'accord » (M3) et « la famille respecte notre choix et (í) nous remercie sur l'arrêt (í) c'est sûrement une des seuls inters où on nous remercie » (M3).

RESULTATS

3.2.1.4 Etude présence

Certains médecins citent l'étude apparue sur *The New England Journal of Medicine* en 2013, concernant la présence des familles pendant la réanimation (M3, M7, M10) : « c'est tout le registre présence, avec le fait que la famille soit présente lors des réa parce que c'est facilitant dans le deuil » (M7), « ce sont des choses qui bousculent beaucoup, ça dérange le fait qu'il y ait des témoins mais je pense que c'est très important en terme d'accompagnement » (M10), « c'est important pour les proches d'avoir le choix » (M3).

3.2.2 Rôle de l'équipe

La plupart des médecins interviewés, demandent l'avis à l'équipe paramédicale qui est sur les lieux (ambulancier, infirmier, pompier(s)) (M2, M3, M4, M5, M7, M9) : « je demande systématiquement à l'équipe leurs avis » (M5), la décision « je la prends toute seule et je dis à l'équipe souvent (si) mais souvent ça va dans le même sens » (M3), donc en général ils expriment peu de discordance par rapport à la décision prise par le médecin.

Pour certains cette communication avec les équipes est très importante dans la prise en charge pré-hospitalière : « c'est aussi la gestion de l'équipe de secouriste qui est sur place ce qui fait que ces maillons de la chaîne de survie fonctionnent » (M7).

3.2.3 Triangle médecin traitant/SMUR/régulation

La présence du médecin traitant et du médecin régulateur sont pour certains des participants d'une grande aide à la prise de décision du médecin urgentiste qui sera sur les lieux.

Le médecin traitant peut donner son avis tout en connaissant le patient et sa famille et aussi faire le lien avec l'équipe SMUR (M3, M4, M8) : « c'est hyper important, si le médecin traitant est là c'est vraiment un plus, ça va aussi être le contact entre le régulateur et le médecin traitant si c'est un peu compliqué avec la famille » (M7).

En ce qui concerne le médecin régulateur, il est souvent source d'informations clés pour le médecin qui est sur les lieux (M1, M3, M4, M6) : « il a des informations par rapport à son état antérieur, son degré d'autonomie, par rapport à ses antécédents et dans quelle situation médicale il se trouve » (M1), « il y a des médecins régulateurs qui regardent le dossier du patient et qui regardent le médecin traitant, et qui l'appellent rapidement » (M4).

Même si c'est finalement le médecin sur place qui prend la décision (M2, M3, M4, M5, M6, M7, M8, M9), ce triangle reste une aide indispensable.

3.2.4 Devenir du patient

La plupart des médecins interviewés disent rencontrer des problèmes lors de l'orientation des patients de plus de 85 ans récupérés après un ACR. Trouver une place dans un service de réanimation est devenu une grosse difficulté dans la prise en charge du devenir du

RESULTATS

patient pour certains des médecins interviewés (M1, M2, M6, M7, M8) : « si on me dit qu'il est autonome, qu'il va bien... j'avance mais par contre là où ça peut être intéressant c'est que tout le monde suit derrière (í) si je l'avais intubé ça aurait encore fait un patacasse, mais je m'en fiche, ils prennent bien des gens qui sont dans un état très altéré, plus jeune mais très altéré » (M1)

Pour eux, souvent ces patients sont refusés sur le seul critère de l'âge et certains expriment des sentiments de regret face à ce problème éthique (M6, M7, M8) : « tu as certains services de réa qui refusent des gens de plus tel âge ou tel âge pour eux ça ne devrait pas réquisitionner une équipe SMUR, ça c'est quelque chose qui me pose problème, humainement et déontologiquement » (M7), « quel droit moi j'ai de pouvoir décréter que là du coup je ne ferais rien parce que derrière on ne va pas m'ouvrir de portes ? » (M6).

Les avancées de la médecine ont repoussé l'espérance de vie, et certains réfléchissent au problème que cela pose par rapport à la réalité du système sanitaire (M6, M8): « c'est le drame de la médecine aujourd'hui c'est à dire que l'on repousse l'âge de fin de vie mais derrière on a tout plein de choses qui nous permettent de mieux vivre plus longtemps parce que on nous dit de mieux bouffer, de faire de l'activité physique, de machin, pour te dire qu'un jour quoique tu fasses c'est crevé, c'est bon c'est fini » (M6).

4. DISCUSSION

4.1 DISCUSSION DES RESULTATS

Nous avons réalisé une étude qualitative pour mieux comprendre les critères utilisés par les médecins urgentistes pour prendre la décision d'entreprendre une réanimation spécialisée chez un sujet très âgé (plus de 85 ans) en ACR en milieu pré-hospitalier, ainsi que les autres facteurs qui peuvent influencer cette prise de décision.

Les principaux critères de réanimation d'un sujet âgé en arrêt cardiorespiratoire évoqués sont : antécédents, état général, autonomie et état cognitif, âge, no-flow, pronostic, étiologie supposée de l'arrêt cardiorespiratoire et souhait du patient. La prise de décision est également influencée par le vécu du médecin et le souhait de la famille.

4.1.1 Augmentation des admissions des sujets âgés en réanimation

On constate une augmentation des patients âgés admis en réanimation. Une étude Danoise (11) a mis en évidence une augmentation du nombre de patients de plus de 80 ans admis dans un service de réanimation de 18% en 7 ans sans augmentation parallèle de la proportion de personnes âgées parmi la population générale pendant l'étude, ce qui révèle le fait que cette augmentation n'est pas seulement liée au vieillissement de la population mais aussi au changement des politiques d'admission des services de réanimation par rapport à l'âge.

Les résultats étaient un peu différents pour Bagshaw et al. (12) qui avait trouvé une augmentation de la proportion de patients de plus de 80 ans admis en réanimation de 5.6% par an pendant la durée de l'étude (4.2% pour le plus de 85 ans).

4.1.2 Critères d'admission en réanimation

D'après les médecins interrogés, leurs principaux critères décisionnels dans la RCP du sujet âgé sont : les antécédents (cancer, diabète, maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, obésité et soins palliatifs entre autres), l'état général du patient, l'autonomie et l'état cognitif, l'âge (chronologique et physiologique), l'hygiène de vie, le no-flow et le low-flow, le pronostic, l'étiologie supposée de l'ACR et la température corporelle.

La plupart des critères intrinsèques utilisés par les médecins urgentistes sont concordants avec les critères de bon pronostic neurologique, évalués par le score *Cerebral Performance Categories* (CPC) (Annexe 3) : l'âge, rythme choquable initial, la présence d'un témoin et le début rapide de la RCP (faible durée de no-flow) (13).

Ces résultats sont également comparables à ceux d'une thèse récente sur les facteurs décisionnels dans la RCP du sujet âgé. En revanche l'âge s'avérait dans cette étude être un facteur décisionnel négatif pour la majorité des médecins (14).

DISCUSSION

Les principaux critères d'admission en réanimation relatifs au sujet âgé sont : âge, état fonctionnel, troubles cognitifs, cancer, apparence « normale », état nutritionnel, ulcères de décubitus, traitement par diurétiques, traitement par psychotropes (15), un grand nombre de ces critères sont en accord avec ceux exprimés par les médecins urgentistes interviewés.

L'âge et l'état fonctionnel antérieur restent les principaux déterminants dans la décision du réanimateur d'admission dans le service (15).

4.1.3 Problématique de l'admission en réanimation du sujet âgé

La plupart des médecins interrogés se disent inquiets par rapport à l'orientation des patients âgés récupérés après un ACR.

L'admission en réanimation du sujet âgé est un sujet qui a été largement débattu par les experts. 77% d'entre eux pensent que l'âge ne doit pas être le seul critère pour refuser un patient en réanimation. 68% pensent qu'en situation « normale » il ne faut pas privilégier un patient jeune par rapport à un patient âgé. 82% pensent qu'en situation « d'urgence » et en cas de « limitation des ressources » il faut privilégier les jeunes (16).

Il existe une très grande hétérogénéité des pourcentages de proposition et admission en réanimation des sujets de plus de 80 ans d'un centre à un autre. En France seulement 1 patient âgé sur 8 avec des critères potentiels de réanimation est admis en réanimation (13). 36% de ces refus sont non justifiés pour les patients de 85 ans et plus (17). Les patients préférentiellement proposés par les urgentistes sont les hommes, « jeunes », vivant à domicile, moins graves et provenant d'un service de chirurgie. On note la nécessité d'harmoniser des pratiques concernant les critères d'admission du sujet âgé en réanimation (18).

La disponibilité des lits ne modifie pas à priori l'éligibilité dans un service de réanimation (15), mais il existe à l'heure actuelle un problème entre l'offre et la demande de lits de réanimation.

Face à cette problématique, Vallet et al. ont suggéré en 2015 (19) l'intérêt de la création de filières réa-gériatriques avec une adaptation des techniques de réanimation chez le sujet âgé, l'identification des patients âgés qui vont le plus bénéficier d'un séjour en réanimation ainsi qu'une meilleure organisation de la gestion des comorbidités, des complications et de la réhabilitation précoce. Ils évoquent l'absence de ré-hospitalisation précoce, la préservation de l'autonomie et la qualité de vie à moyen et long terme comme des critères propres au sujet âgé à prendre en compte.

4.1.4 Pronostic après un passage en réanimation

On a pu mettre en évidence dans cette étude que le pronostic du patient âgé après un ACR récupéré est un frein pour la décision de réanimation. La littérature médicale sur ce sujet est assez large.

En fonction des études, la mortalité du sujet âgé fluctue entre 29-38% au sein de la réanimation (20), 28 à 41% dans le mois qui suit l'hospitalisation (21, 22) et 46-69% un an après le séjour en réanimation (18) sans prendre en compte le motif d'hospitalisation.

De même, la mortalité des patients âgés à 1 an est d'environ le double que celle des jeunes patients (11) mais l'âge constitue un facteur de risque de mortalité indépendant (22). La mortalité est surtout élevée dans les 3 premiers mois après l'admission (11).

Dans une étude récente, Sprungs et al. ont démontré que le bénéfice d'un passage en réanimation en termes de mortalité au 28^{ème} jour était plus important pour le patient âgé par rapport au patient jeune, même avec un score de gravité similaire à l'admission. En effet le taux de mortalité pour le patient âgé de plus de 85 ans refusé d'un service de réanimation était de 58.5% et celui du patient admis était de 41.5% (différence d'un 17% contre un 2.3% - 4.9% pour les autres tranches d'âge) (21).

La gravité du patient à l'admission en réanimation (20, 22), les comorbidités et l'autonomie fonctionnelle antérieure (22) ainsi que le niveau de fragilité (via le *Clinical Frailty Score* : CFS) du patient âgé (23) influencent aussi les taux de mortalité pour ce type de population.

L'intensité thérapeutique est moindre chez le sujet âgé en réanimation, ce qui se traduit par moins de ventilation mécanique, dialyse, trachéotomie et utilisation de vasopresseurs pour cette population (22, 24). Reste encore à déterminer si cette intensité thérapeutique moindre est une des raisons de la surmortalité en réanimation du sujet âgé.

Quant au pronostic des sujets de plus de 75 ans après un passage en réanimation suite à un ACR récupéré, une étude Française de 2014 a retrouvé un taux de survie de 21.8% à la sortie d'hospitalisation avec des séquelles neurologiques minimes ou inexistantes, 19.5% à 6 mois et 7.6% à un an parmi les survivants. Un tiers des patients sortis vivants de l'hôpital étaient encore en vie après 5 ans d'étude avec un bon pronostic neurologique et fonctionnel (CPC 1 ou 2) (25).

Dans une autre étude Suisse-Danoise (26), parmi 996 ACR extrahospitaliers récupérés, 166 étaient des sujets de plus de 80 ans. La mortalité à 30 jours était significativement plus élevée pour ce groupe là mais l'intensité des soins en post-réanimation était moindre. Malgré tout, le pronostic neurologique était favorable (CPC 1 ou 2) pour 80% des survivants.

Ces deux études sont contre la restriction des soins en post-réanimation basée uniquement sur l'âge ce qui correspond aux attentes de presque la moitié des médecins urgentistes interrogés.

4.1.5 Autres facteurs influençant la prise de décision

On a pu comprendre tout au long de cette étude la complexité des facteurs influençant la décision de réanimation du sujet âgé. Les éléments cliniques ainsi que le souhait du patient et l'entourage sont au centre de cette prise de décision.

Cependant, la méthodologie qualitative a permis de mettre aussi en évidence les facteurs médecin dépendant qui interviennent dans la prise en charge de l'ACR du sujet âgé, comme le vécu face à la prise de décision, l'expérience et l'évolution dans les pratiques professionnelles.

D'autres études se sont déjà intéressées à l'influence des facteurs non cliniques dans la prise de décision des médecins. On sait que l'âge, le sexe, la culture, la surcharge de travail, les contraintes de l'emploi du temps du médecin et les relations professionnelles avec les confrères influencent la prise de décision (27).

Il serait peut-être intéressant de comprendre et prendre en compte ces facteurs dans l'objectif d'améliorer la prise en charge et soulager le poids que certains expriment face à la prise de décisions.

4.1.6 Directives anticipées

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Leonetti, a pour objet d'éviter l'obstination déraisonnable, de recueillir le souhait du patient sous la forme des directives anticipées ou par recours à la personne de confiance et de développer les soins palliatifs.

Elle a été récemment modifiée par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 (28) créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

Ces modifications renforcent le rôle de la personne de confiance qui « rend compte de la volonté de la personne » et dont le « témoignage prévaut sur tout autre témoignage ». Contrairement au texte de l'ancienne loi « les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale ».

Malgré l'intérêt des directives anticipées, notamment dans leur application dans les décisions de réanimation d'une personne âgée, les médecins faisant partie de cette étude

DISCUSSION

expriment des difficultés pour consulter ces données et sont en demande d'un accès plus facile pour le personnel soignant.

Concernant l'avis de la population générale sur les directives anticipées, une étude a montré que 90% des personnes de plus de 75 ans interrogées n'avaient jamais entendu parler des directives anticipées et 83% après information, ne se sentaient pas concernées ou avaient un doute sur leur efficacité (29).

Le comité consultatif national d'éthique (CCNE) propose en 2014 une centralisation des directives anticipées soumise aux réglementations de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), pour qu'elles soient inscrites dans la carte vitale et accessibles aux professionnels de santé via un fichier informatique national (30).

Il faut alors réaliser un effort massif de formation des médecins et soignants donnant toute la place à la réflexion éthique sur les droits des malades en fin de vie.

En effet un accès simplifié à ces données dans les services médicaux d'urgence ainsi qu'un développement de l'information concernant les directives anticipées et la personne de confiance auprès de la population générale pourrait contribuer à un meilleur respect de la volonté des patients et peut être une limitation de l'acharnement thérapeutique dans ces situations.

4.2 BIAIS METHODOLOGIQUES

Ce travail a été réalisé sur la base d'une méthodologie qualitative et reste observationnel, il n'a pas pour but d'être représentatif ni statistique.

La taille de l'échantillon a été déterminée par le principe de saturation des données qui a été ressenti au bout du dixième entretien.

Cette étude a été réalisée en novice, bien qu'appuyée par les conseils de la directrice de l'étude et différents articles et ouvrages sur ce type de méthodologie et l'entretien semi-dirigé sociologique (7, 8, 9, 10, 14).

Les entretiens ont été réalisés dans un environnement neutre (salle de réunion de la régulation des urgences du CH de Châteauroux) et calme. Certains entretiens ont été entrecoupés par des appels, ce qui a pu perturber l'attention des participants.

Il peut exister un biais de subjectivité du fait de la relation professionnelle existant avec les médecins urgentistes ayant participé à l'étude, mais qui a probablement facilité la participation et la libre expression des médecins interrogés.

Il existe probablement une certaine interprétation dans l'analyse des données, qui aurait pu être diminuée par une analyse croisée des données.

DISCUSSION

Selon les statistiques de l'INSEE, l'Indre est le département où la proportion de personnes âgées est la plus importante de la région centre et de France (5). Ceci peut représenter aussi un biais de recrutement.

La méthodologie qualitative permet d'augmenter notre capacité à appréhender la complexité des comportements des participants et des phénomènes sociaux. On cherche à décrire et à approfondir le comment et le pourquoi des phénomènes, contrairement à une analyse quantitative qui aurait plutôt cherché à mesurer des phénomènes pour pouvoir généraliser des résultats.

4.3 PISTES D'AMÉLIORATION

Outils d'aide à la prise de décision

Il existe peu de protocoles ou guides concernant la réanimation du sujet âgé. Parmi tous les participants à cette étude, la plupart d'entre eux se montrent prudents face à l'apparition de ce type d'outils car le jugement clinique du médecin pourrait être remis en cause.

Cependant, certains expriment le besoin d'uniformiser les pratiques pour limiter l'acharnement thérapeutique, tout en restant maîtres de leurs décisions.

Une meilleure évaluation du pronostic de cette population est nécessaire pour définir ceux qui vont le plus bénéficier d'une réanimation (25).

Il pourrait alors être intéressant de travailler sur un outil fiable basé sur l'évaluation du pronostic permettant de distinguer les patients âgés qui pourraient le plus bénéficier d'une réanimation.

A titre d'exemple Sprungs et al. ont développé et testé un score d'admission en réanimation basé sur le pronostic en termes de mortalité à 28 jours (17). Dans ce score l'âge supérieur à 80 ans représente 59 points parmi les 173.5 qui estiment un taux de survie trop faible pour une admission en réanimation. Ce score pourrait être une aide à la prise de décision, mais en aucune façon remplacer le jugement clinique.

Il serait possible alors d'envisager un score pronostique en termes de mortalité et qualité de vie après un ACR chez un sujet âgé, servant à guider les médecins urgentistes dans leur prise de décision tout en respectant leurs critères cliniques, leur gestion de l'environnement du patient ainsi que le respect du souhait du patient.

Il pourrait être également intéressant de faciliter l'accès aux renseignements vitaux des patients pour augmenter l'information dont le médecin dispose pour prendre une décision adaptée. Un exemple, le Lions Club du Blanc, dans le département de l'Indre, a créé une « fiche de première urgence » en collaboration avec des généralistes de la ville (Annexe 4) qui a pour but de recenser tous les renseignements vitaux d'une personne : antécédents,

DISCUSSION

traitement, directives anticipées, autonomie, souhait de la famille. Ce document est élaboré par le patient avec son médecin traitant et affiché dans un lieu de passage dans le domicile pour qu'il soit facilement retrouvé par les équipes secouristes en cas d'urgence.

5. CONCLUSION

La décision de débiter ou de poursuivre la réanimation cardiopulmonaire d'un patient âgé de plus de 85 ans en arrêt cardiorespiratoire semble complexe et multifactorielle. Elle est influencée par des critères intrinsèques aux patients mais également par le vécu propre du médecin et la recherche du souhait de la famille.

Il semble important de travailler sur l'information de la population générale sur les directives anticipées ainsi que sur la simplification de l'accès à ces données dans les services médicaux d'urgence pour assurer un meilleur respect du souhait du patient et une limitation de l'acharnement thérapeutique.

Un protocole semble difficile à mettre en place dans l'arrêt cardiorespiratoire du sujet âgé pré-hospitalier mais il serait envisageable d'élaborer un outil d'aide à la prise de décision basé sur la mortalité et le pronostic fonctionnel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mansourati J, Beaune J. L'arrêt cardiaque extrahospitalier en France: état des lieux en 2015. *AMC pratique*. Mars 2015; 236.
2. Gräsner JT, Lefering R, Koster RW, et al. EuReCA ONE-27 Nations, ONE Europe, ONE Registry: A prospective one month analysis of out-of-hospital cardiac arrest outcomes in 27 countries in Europe. *Resuscitation*. Aug 2016: 188-195.
3. Robert-Bobée I. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 [Internet]. *Insee Premier*. Juillet 2006. N° 1089. [Paru le: 07/07/2006]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>.
4. Fassier T, Bourdin G, Comte B, et al. Recherche sur « réanimation et personnes âgées » en France: revue de la littérature et perspectives. *Anesth Reanim*. Avril 2015. 1(2):150-166.
5. Insee Centre, Conseil Economique et Social de la région Centre. La population de la région Centre et de ses territoires à l'horizon 2030 [Internet]. *Insee Centre Dossiers*, No 14. [Paru le: 19/11/2009]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1293670>.
6. Insee: Institut national de la statistique et des études économiques. Mesurer pour comprendre. [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/>.
7. Letrillart L, Bourgeois I, Vega A, et al. Un glossaire de définition à la recherche qualitative. Premier partie: de « Acteur » à « Interdépendance ». *exercer*. 2009; 87:74-9.
8. Letrillart L, Bourgeois I, Vega A, et al. Un glossaire de définition à la recherche qualitative. Deuxième partie: de « Maladie » à « Verbatim ». *exercer*. 2009; 88:106-12.
9. Blanchet A, Gotman A. L'entretien - L'enquête et ses méthodes. 2e éd. Armand Colin; 2010. 128 p.
10. Beaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain. La découverte; 2010. 336 p.
11. Nielsson MS, Christiansen CF, Johansen MB, et al. Mortality in elderly ICU patients: a cohort study. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2014; 58: 19-26.
12. Bagshaw SM, Webb SAR, Delaney A, et al. Very old patients admitted to intensive care in Australia and New Zealand: a multi-centre cohort analysis. *Critical Care* 2009, 13: R45. Disponible sur: <http://ccforum.com/content/13/2/R45>.
13. Funada A, Goto Y, Maeda T, et al. Improved Survival With Favorable Neurological Outcome in Elderly Individuals With Out-of-Hospital Cardiac Arrest in Japan: A Nationwide Observational Cohort Study. *Circulation Journal*. May 2016; 80: 1153-1162.

14. Brenon J. Réanimation cardiopulmonaire spécialisée du sujet âgé: analyse des facteurs décisionnels [Thèse d'exercice]. [Dijon, France]: Université de Bourgogne; 2016. 63 p.
15. Boumendil A, Angus DC, Guitonneau AL, et al. Variability of Intensive Care Admission Decisions for the Very Elderly. *PLoS ONE*. Apr 2012. 7(4).
16. Guidet B, Hodgson E, Feldman C, et al. The Durban World Congress Ethics Round Table II: Withholding or withdrawing of treatment in elderly patients admitted to the Intensive Care Unit. *Journal of Critical Care*. 2014.
17. Sprung CL, Baras M, Lapichino G, et al. The Eldicus prospective, observational study of triage decision making in European intensive care units: Part I - European Intensive Care Admission Triage Score. *Crit Care Med*. Jan 2012; 40(1): 132-8.
18. Guidet B, Boumendil A, Garrouste-Orgeas M, Pateron D. Admitting elderly patients in intensive-care unit: An emergency-department perspective. *Réanimation*. 2008. 17:790-801.
19. Vallet H, Cohen-Bittan J, Boddaert J. De la réanimation du sujet âgé à la création de filières réa-gériatriques. *Réanimation*. 2015; 24: 351- 353.
20. De Rooij SE, Govers A, Korevaar JC. Short-term and Long-term mortality in very elderly patients admitted to an intensive care unit. *Intensive Care Med*. Jul 2006; 32(7):1039-44.
21. Sprung CL, Artigas A, Kesecioglu J, 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*. Jan 2012;40(1): 132-8.
22. Fuchs L, Chronaki CE, Park S, et al. ICU admission characteristics and mortality rates among elderly and very elderly patients. *Intensive Care Med*. Oct 2012; 38(10):1654-61.
23. Le Maguet P, Roquilly A, Lasock S, Asehnoune K, et al. Prevalence and impact of frailty on mortality in elderly ICU patients: a prospective, multicenter, observational study. *Intensive Care Med*. 2014; 40(5): 674 - 682
24. Boumendil A, Aegeer P, Guidet B; 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*. Jan 2005;53(1):88-93.
25. Grimaldi D, Dumas F, Perier MC, et al. Short- and Long-Term Outcome in Elderly Patients After Out-of-Hospital Cardiac Arrest: A Cohort Study. *Crit Care Med*. Nov 2014; 42(11): 2350-7.
26. Winther-Jensen M, Kjaergaard J, Hassager G, et al. Resuscitation and post resuscitation care of the very old after out-of-hospital cardiac arrest is worthwhile. *Int J Cardiol*. Dec 2015; 201: 616-23.
27. Hajjajl FM, Salek MS, Basra MKA, Finlay AY. Non-clinical influences on clinical decision-making: a major challenge to evidence-based practice. *J R Soc Med*. 2010; 103: 178-187.

28. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie [Internet]. JORF n°0028 du 3 février 2016 texte n° 1. Disponible sur:
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/2/2/AFSX1507642L/jo/texte>
29. Fournier V, Berthiau D, Kempf E, de Haussy J. Quelle utilité des directives anticipées pour les médecins? Presse Médicale. Juin 2013;42(6, Part 1):159-69.
30. CCNE: Comité Consultatif National d'Éthique. Rapport du CCNE sur le débat public concernant la fin de vie [Internet]. 21 octobre 2014. [Paru le: 23/10/2014] Disponible sur: http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/rapport_ccne_sur_le_debat_fin_de_vie_0.pdf.

ANNEXES

ANEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Quelle est l'histoire la plus invraisemblable/bizarre qui t'est arrivé en tant que médecin urgentiste?

Thème 1 : la pratique professionnelle

Parle-moi un peu de ta pratique professionnelle

- *Age, sexe*
- *Parcours professionnel : années d'expérience, formation, lieux de travail, pratique*
- *Confrontation à l'arrêt cardiaque du sujet âgé : fréquence, contexte, à l'aise avec ce type d'interventions?*

Thème 2 : l'appel et les idées préconçues

Il est 3h du matin. Tu reviens d'un aller- retour à la coronarographie de Bourges. Tu viens de te mettre dans ton lit, et le téléphone sonne, ce n'est pas l'interne qui te rappelle, cette fois-ci c'est le médecin régulateur.

Il y a un arrêt cardiorespiratoire chez un monsieur d'environ 85 ans à domicile à St. Maur, antécédents non connus, les pompiers arrivent sur place.

Alors, quelle est la première chose qui te traverse l'esprit ?

- *Idees préconçues*
- *Premières idées sur la décision de réanimation*
- *Ressenti*

Tu descends vite, et vous prenez l'ambulance de réanimation direction le lieu d'intervention. Pendant le trajet

Comment envisages-tu ta réanimation ?

- *Briefing de l'équipe, consignes au préalable*

Thème 3 : arrivé sur place et décision de réanimation

Vous arrivez sur place, les pompiers sont en train de réanimer Monsieur X.

Vous branchez le LIFEPAK : le patient est en asystolie, pas de signes de vie.

Qu'est-ce que tu fais ?

Quels sont les informations que tu cherches autour de toi ?

- *Processus de décision mis en œuvre*
- *Antécédents*
- *Autonomie antérieure*

- *Souhait du patient*
- *Rôle famille*
- *Témoins*
- *Facteurs inconscients*

Dans l'hypothèse où tu as réanimé Monsieur X, à quel moment décides-tu d'arrêter ?

- *Critères*
- *Décision collégiale*
- *Appel systématique au médecin régulateur pour prise de décision ?*
- *Rôle du médecin traitant ?*

Et imaginons que ce patient a été retrouvé à 22h sur la voie publique, où il n'y a pas de famille ni témoins.

Quelle attitude as-tu vis à vis la réanimation ?

As-tu déjà été confronté à cette situation et est-ce que tu as ressenti le besoin d'outils d'aide à la prise de décisions de ce type ?

- *Directives anticipés*

Ça t'est déjà arrivé de rencontrer des difficultés avec une famille par rapport à l'arrêt de réanimation ?

Thème 4 : retour à l'hôpital et ressenti

Vous avez décidé d'arrêter la réanimation de Monsieur X pour X raisons et vous êtes sur le retour dans le véhicule.

Qu'en penses-tu ?

- *Regrets*
- *Ressenti*
- *Discussion avec l'équipe*

En quelle mesure ton parcours professionnel et personnel a pu modifier ta prise de décisions concernant la réanimation du sujet âgé au jour d'aujourd'hui ?

Conclusion de l'entretien :

Est-ce que tu as des informations complémentaires que tu souhaites aborder ?

Cerebral Performance Categories Scale

CPC Scale

Note: If patient is anesthetized, paralyzed, or intubated, use "as is" clinical condition to calculate scores.

CPC 1. Good cerebral performance: conscious, alert, able to work, might have mild neurologic or psychologic deficit.

CPC 2. Moderate cerebral disability: conscious, sufficient cerebral function for independent activities of daily life. Able to work in sheltered environment.

CPC 3. Severe cerebral disability: conscious, dependent on others for daily support because of impaired brain function. Ranges from ambulatory state to severe dementia or paralysis.

CPC 4. Coma or vegetative state: any degree of coma without the presence of all brain death criteria. Unawareness, even if appears awake (vegetative state) without interaction with environment; may have spontaneous eye opening and sleep/awake cycles. Cerebral unresponsiveness.

CPC 5. Brain death: apnea, areflexia, EEG silence, etc.

Safar P. Resuscitation after Brain Ischemia, in Grenvik A and Safar P Eds: Brain Failure and Resuscitation, Churchill Livingstone, New York, 1981; 155-184.

ANEXE 3 : FICHE DE PREMIERE URGENCE

informations à remplir par votre médecin

ANTÉCÉDENTS :

Cardiovasculaires :

- IDM : oui non - Date : - avec STENT oui non
 - Pace Maker : oui non
 - Défibrillateur : oui non
 - Troubles rythme : oui non - sous Anticoagulants : oui non

Pneumologiques :

- BPCO : oui non oxygène : oui non
 Asthme : oui non
 Embolie pulmonaire/phlébite : oui non
 sous anticoagulants : oui non

Diabétiques :

- diabète : oui non
 Insuline : oui non

Autres :

ALLERGIES :

- Médicamenteuses :
 Alimentaires :
 Autres :

MODE DE CHAUFFAGE :

- FUEL oui non BOIS / CHARBON oui non
 ÉLECTRICITÉ oui non GAZ oui non
 Emplacement des compteurs :

DON D'ORGANE (en cas de mort cérébrale) : oui non

Signature

*Si vous souhaitez une **fiche supplémentaire**, adressez-vous à un membre de votre club Lions. Il sera ravi de vous rendre service.*

FICHE DE 1ère URGENCE



Notre devise :
NOUS SERVONS

**EN CAS
 D'URGENCE**

**SAMU 15
 POMPIERS 18
 N°INTERNATIONAL 112**

Pour améliorer votre prise en charge par les secours

Nom : Prénom :

| | | |
|---------------------------|------------------|--|
| Date naissance : | Médecin traitant | Personnes de confiance à prévenir et lien de parenté |
| Nom | | |
| Adresse | | |
| Téléphone | | |

Photocopies à glisser à l'intérieur

- Carte d'identité, Carte vitale, Carte de mutuelle
- Si possible, la **dernière ordonnance** ou le **tableau des médicaments**

Si, comme nous, vous désirez aider les autres...

La Fondation des LIONS DE FRANCE est reconnue d'utilité publique, donc, autorisée à délivrer des reçus fiscaux.

Pour tous renseignements, s'adresser au club Lions.

LA FICHE DE 1^{ERE} URGENCE A PLACER A LA VUE DES SECOURS (entrée, sur frigo ou chambre)

Observations et objectifs médicaux :

Rapidité et efficacité des soins immédiats à domicile et pendant tout le transport du malade vers l'hôpital (c'est là, la survie dans certains cas).

1- La nuit et le week-end, les urgences vitales sont un stress plus important, tant pour le patient et surtout pour les secours (urgentistes, pompiers, etc...). De plus à ces heures là, l'absence du médecin traitant et des secrétariats médicaux occulte des informations vitales pour la bonne prise en charge des urgences.

2- Il est apparu qu'auprès des patients, la présence de cette fiche à domicile rassure et responsabilise les patients dans le suivi de leur traitement.

Ce beau projet de la Fiche de 1^{ère} Urgence, né d'une réflexion au sein du Club Lions Le Blanc George Sand, avec l'aide d'un conseiller technique, urgentiste, le docteur Philippe Moulène.

Elle est mise en place sur le secteur de Le Blanc (36) depuis un an et demi, et a permis au quotidien d'aider efficacement les secours.

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen

de la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le

ALMENDROS GIMENEZ Paloma

Critères de réanimation et autres facteurs influençant la prise de décision dans l'arrêt cardiorespiratoire pré-hospitalier d'un patient âgé de 85 ans ou plus : analyse qualitative de dix entretiens de médecins urgentistes de l'Indre

45 pages 02 tableaux 01 figure

Résumé:

Introduction : Nous sommes de plus en plus confrontés à l'arrêt cardiorespiratoire du sujet âgé du fait du vieillissement de la population. Il existe peu de données de littérature concernant les facteurs qui interviennent dans la prise de décision de la réanimation des personnes de plus de 85 ans. L'objectif de cette étude est de mettre en évidence ces facteurs en réalisant un état des lieux des pratiques de dix médecins urgentistes. **Matériel et méthodes :** Analyse qualitative de 10 entretiens semi-dirigés avec des médecins urgentistes du département de l'Indre. **Résultats :** Les principaux critères de réanimation d'un sujet âgé en arrêt cardiorespiratoire évoqués sont : antécédents, état général, autonomie et état cognitif, âge, no-flow, pronostic, étiologie supposée de l'arrêt cardiorespiratoire et souhait du patient. Ces critères sont concordants avec les critères d'admission en réanimation et les critères de bon pronostic neurologique. La prise de décision est également influencée par le vécu du médecin et le souhait de la famille. La disponibilité des lits en réanimation et le faible taux de survie avec bon pronostic neurologique invitent à une réflexion sur la sélection des patients qui pourraient le plus bénéficier d'une réanimation. **Conclusion :** La décision de débiter ou de poursuivre la réanimation cardiopulmonaire d'un patient âgé de plus de 85 ans en arrêt cardiorespiratoire semble complexe et multifactorielle. Elle est influencée par des critères intrinsèques aux patients, mais également par le vécu propre du médecin et la recherche du souhait de la famille. Un protocole semble difficile à mettre en place, mais il serait envisageable d'élaborer un outil d'aide à la prise de décision basé sur la mortalité et le pronostic fonctionnel.

Mots clés : personne âgée, arrêt cardio-respiratoire, réanimation cardio-pulmonaire, critères de réanimation

Jury :

Président du Jury : Professeur Pierre-François DEQUIN
Directeur de thèse : Docteur Cécile ROUCHY
Membres du Jury : Professeur Denis ANGOULVANT
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Date de soutenance : 20 Octobre 2017