

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

JY Lefrant

Division Anesthésie Réanimation Douleur Urgence
CHU NIMES



Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

Article 1^{er} Déclaration des droits de l'homme

Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune.

Article 2

Le but de toute association politique est la conservation des droits naturels et imprescriptibles de l'Homme. Ces droits sont la liberté, la propriété, la sûreté, et la résistance à l'oppression.

Article 3

Le principe de toute Souveraineté réside essentiellement dans la Nation. Nul corps, nul individu ne peut exercer d'autorité qui n'en émane expressément.

Article 4

La liberté consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui: ainsi, l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres Membres de la Société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la Loi.

Article 5

La Loi n'a le droit de défendre que les actions nuisibles à la Société. Tout ce qui n'est pas défendu par la Loi ne peut être empêché, et nul ne peut être contraint à faire ce qu'elle n'ordonne pas.



Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

- Légalement : OUI
- Dans les faits : C'est un but quotidien

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

- Légalement : OUI
- Dans les faits : C'est un but quotidien

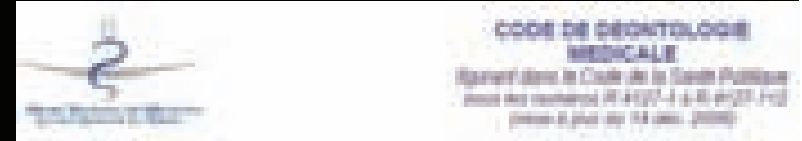
Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

Cadre juridique

- Loi du 4 Mars 2002
- Loi du 5 avril 2005
- Code de déontologie médicale

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

Code de Déontologie médicale



Article 2 (article R.4127-2 du code de la santé publique)

Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le **respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité.**

Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

Article 7 (article R.4127-7 du code de la santé publique)

Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs moeurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard.

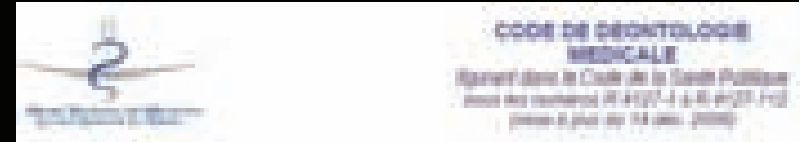
Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances.

Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.

Patient = Citoyen

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

Code de Déontologie médicale



Information

Article 35 (article R.4127-35 du code de la santé publique)

Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille

une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui

propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Toutefois, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-7, dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination.

Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être

prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

Code de Déontologie médicale



Consentement

Représentant

Article 36 (article R. 4127-36 du code de la santé publique)

Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas.

Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences.

Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité.

Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article 42.

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

- Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé (investigations, traitements, prévention, risques fréquents ou graves normalement prévisibles, conséquences prévisibles en cas de refus).
- Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.
- Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.
- Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.
- Désignation d'une personne de confiance (formulaire signé, valable le temps d'hospitalisation, révocable à tout

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

Rôle IDE : Décret du 11 Février 2002

Art. 1er. - L'exercice de la profession d'infirmier comporte l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé. Dans l'ensemble de ces activités, les infirmiers sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel. Ils exercent ...

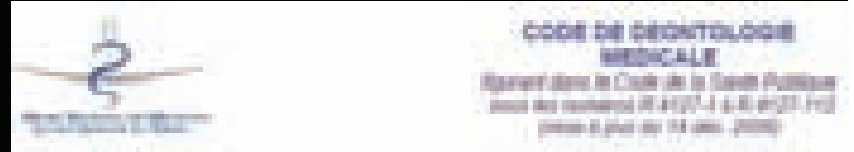
Art. 2. - Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1o De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

2o De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

Code de Déontologie médicale



Recherche médicale

Article 15 (article R.4127-15 du code de la santé publique)

Le médecin ne peut participer à des recherches biomédicales sur les

personnes **que dans les conditions prévues par la loi**

; il doit s'assurer de la régularité et de la pertinence de ces recherches ainsi que de l'objectivité de leurs conclusions.

Le médecin traitant qui participe à une recherche biomédicale en tant

qu'investigateur **doit veiller à ce que la réalisation de**

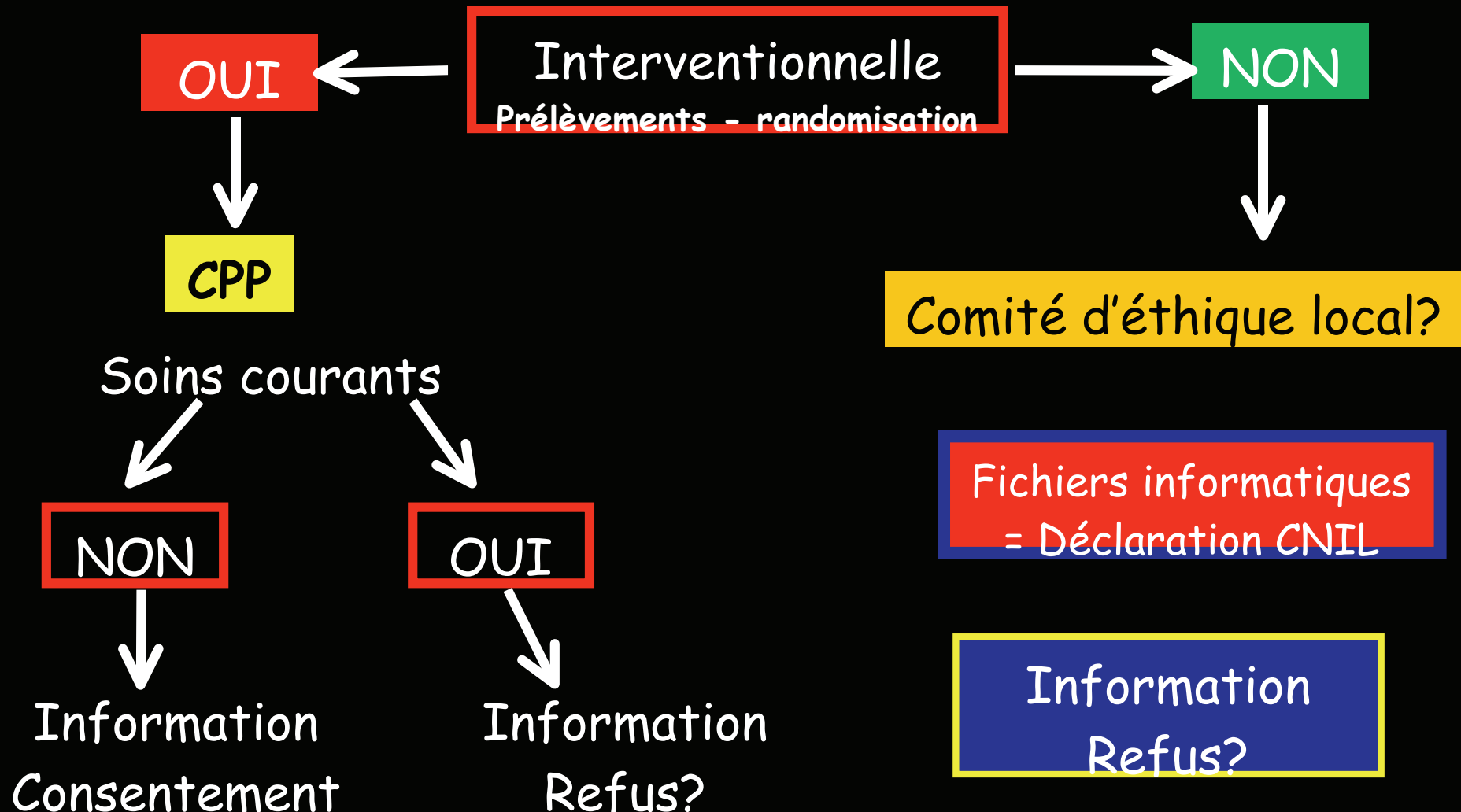
l'étude n'altère ni la relation de confiance qui le

lie au patient ni la continuité des soins.

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

Recherche médicale

Déclaration d'Helsinki (Suites du procès de Nuremberg)



Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

Les principes fondamentaux

- Patient = Citoyen
- Information
- Consentement
- Représentant du patient
- Le médecin peut se substituer au patient
= arbitre?

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

- Légalement : OUI ... MAIS
- Dans les faits : C'est un but quotidien

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

Problèmes liés à la réanimation

- Mortalité # 20%
- Urgence
- Compétence intellectuelle du patient
- Séquelles à distance (Qualité de vie)
- Mortalité + séquelles à distance → LATA

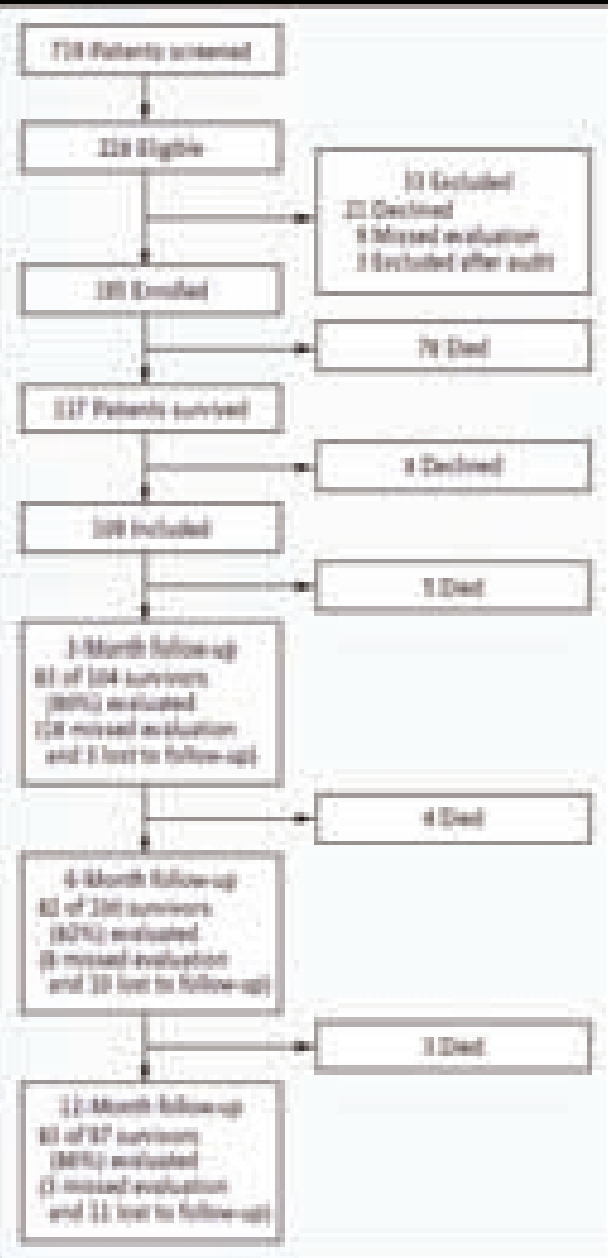
Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

Mortalité

Authors	Year	Mortality	Design	Cases	Incidence (%)	Mortality (%)
Brun-Buisson et al	1995	France	P	742	8.4	56
Angus et al	2001	USA	R	192,980	11.2	28.6
Padkin et al	2003	UK	R	15,362	54.3	47.3
Annane et al	2003	France	P	8,251		60.1
Brun-Buisson et al	2004	France	P	546	14.6	41.9
Vincent et al	2006	Europe	P	1177	37.4	32.2
Karlsson et al	2007	Finland	P	470	10.5	28.3
Esteban et al	2007	Spain	P	702	NA	45.7 (septic shock)
Engel et al	2007		P	415	11	55.2
Baoli Cheng	2007		P	3,665	8.7	48.7
Dombrovskiy	2007		R	2,857,476	0.7%	37.7
Bernard	2001	International	RCT	1690	NA	30.8
Rivers	2001		RCT	263	NA	46.5
Annane	2002		RCT	300	NA	63
WISEP study	2008		RCT	537	NA	24.1 to 26.0
Corticus study	2008		RCT	499	NA	31.5
VASSP study	2008		RCT	778	NA	39.3

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

Séquelles à distance



Outcome	3 Months	6 Months	12 Months
Distance walked in 6 min			
No. evaluated	80*	78†	81‡
Median — m	281	196	422
Interquartile range — m	55–454	144–300	277–510
Percentage of predicted value§	49	64	66
Returned to work — no./total no. (%)¶	13/83 (16)	16/82 (32)	40/82 (49)
Returned to original work — no./total no. (%)	10/13 (77)	21/26 (81)	31/40 (78)
SF-36 score**			
Physical functioning			
Median (normal value)	35 (90)	55 (89)	60 (89)
Interquartile range	15–58	30–75	15–85
Physical role			
Median (normal value)	0 (83)	0 (84)	25 (84)
Interquartile range	0–0	0–50	0–100
Pain			
Median (normal value)	42 (77)	53 (77)	62 (77)
Interquartile range	31–73	37–84	41–100
General health			
Median (normal value)	52 (78)	54 (77)	52 (77)
Interquartile range	35–67	36–74	35–77
Vitality			
Median (normal value)	45 (69)	55 (68)	55 (68)
Interquartile range	30–55	28–63	28–63
Social functioning			
Median (normal value)	38 (88)	63 (88)	63 (84)
Interquartile range	19–66	38–88	38–100
Emotional role			
Median (normal value)	33 (84)	67 (84)	100 (84)
Interquartile range	0–100	0–100	17–100
Mental health			
Median (normal value)	68 (78)	70 (73)	72 (78)
Interquartile range	54–80	54–88	52–88

Herridge, NEJM 2003

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

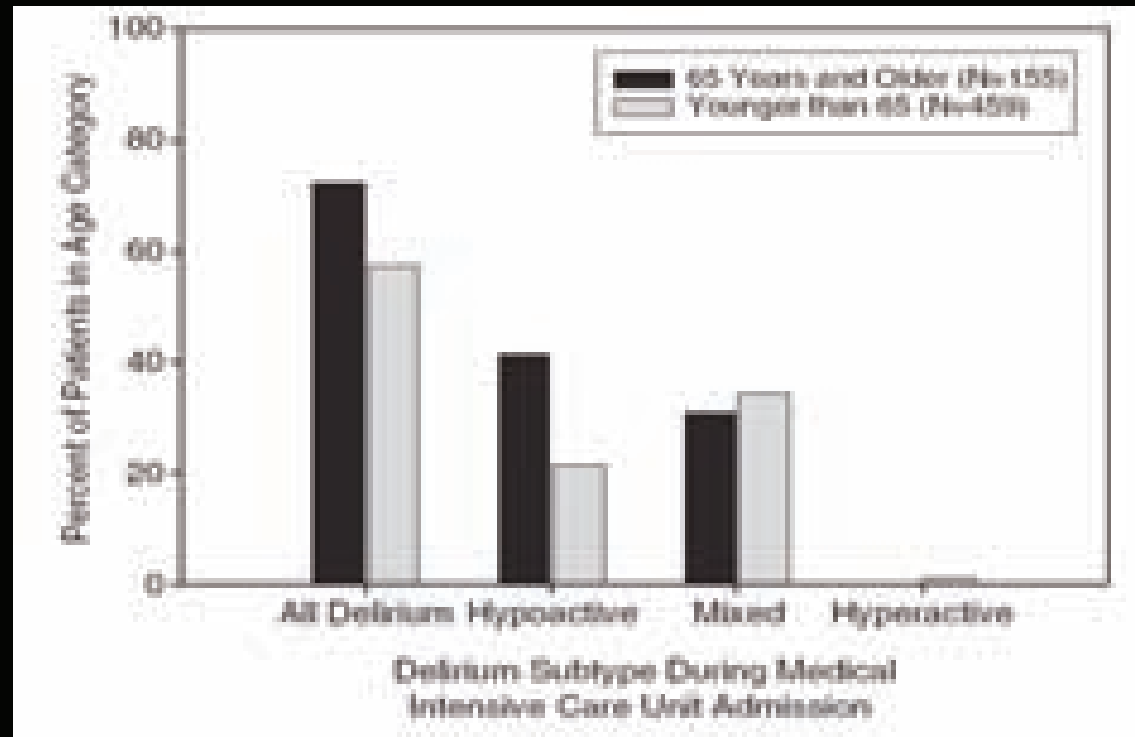
Compétences intellectuelles

Sédation # 50%

Soliman, BJA 2002

Confusion mentale

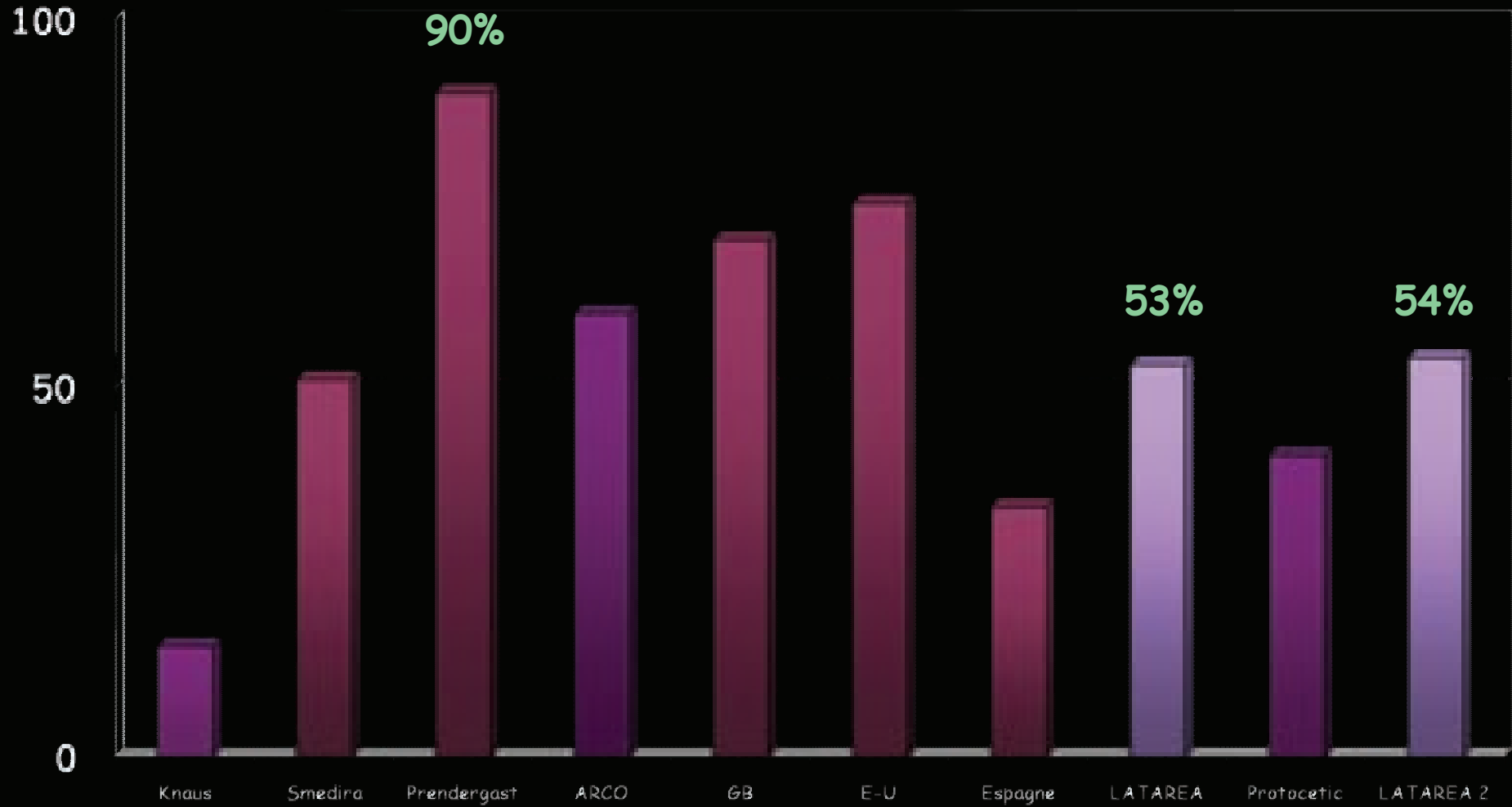
Peterson JF, J Am
Geriatric Soc 2006



Troubles des fonctions cognitives

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

LATA



Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

Loi du 22 avril 2005 dite loi Leonetti

Article 1^{er}

Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le **seul maintien artificiel de la vie**, ils peuvent **être suspendus ou ne pas être entrepris**. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10

Article 2

Si le médecin constate qu'il **ne peut soulager la souffrance** d'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et **incurable**, quelle qu'en soit la cause, **qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrégé sa vie**, il **doit en informer le malade**, la personne de confiance visée à l'article L. 1111-6, la famille ou, à défaut, un des proches. La procédure suivie est inscrite dans le dossier médical.

Article 6

Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, **décide de limiter ou d'arrêter tout traitement**, le médecin respecte sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du malade est inscrite dans son dossier médical.

Article 7

Toute personne majeure peut rédiger **des directives anticipées** pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt de traitement. Elles sont révoquées à tout moment.

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

LATA vs Euthanasie

Table 1. Frequencies of Euthanasia, Assisted Suicide, and Other End-of-Life Practices in the Netherlands, According to Year.*

Variable	1990	1995	2001	2005
No. of studied deaths†	5197	5146	5617	9965
No. of questionnaires	4900	4604	5189	5342
Most important practice that possibly hastened death— % (95% CI)				
Euthanasia	1.7 (1.5–2.0)	2.4 (2.1–2.6)‡	2.6 (2.3–2.8)‡	1.7 (1.5–1.8)
Assisted suicide	0.2 (0.1–0.3)	0.2 (0.1–0.3)	0.2 (0.1–0.3)‡	0.1 (0.1–0.1)
Ending of life without explicit request by the patient	0.8 (0.6–1.0)‡	0.7 (0.5–0.9)‡	0.7 (0.5–0.9)	0.4 (0.2–0.6)
Intensified alleviation of symptoms	18.8 (17.9–19.9)‡	19.1 (18.1–20.1)‡	20.1 (19.1–21.1)‡	24.7 (23.5–26.0)
Withholding or withdrawing of life-prolonging treatment	17.9 (17.0–18.9)‡	20.2 (19.1–21.3)‡	20.2 (19.1–21.3)‡	15.6 (15.0–16.2)
Total	39.4 (38.1–40.7)‡	42.6 (41.3–43.9)	43.8 (42.6–45.0)	42.5 (41.1–43.9)
Continuous deep sedation‡	NA	NA	NA	8.2 (7.8–8.6)

* All percentages were weighted for the sampling fractions, for nonresponse, and for random-sampling deviations. CI denotes confidence interval, and NA not available.

† The number of deaths is largest in 2005 because all deaths in which the cause of death precluded physician assistance during dying were included, whereas only 1 in 12 of these deaths was included in the other study years.

‡ P<0.05 for comparison with the frequency for 2005.

§ Continuous deep sedation may have been provided in conjunction with practices that possibly hastened death.

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

Représentant

Volonté(s) du patient et représentant?

Le patient de réanimation est-il
(a-t-il) son propre arbitre?

- Légalement : OUI

- Dans les faits ?

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?
Information

Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians

Elie Azoulay, MD; Sylvie Chevret, MD, PhD; Ghislaine Leleu, MD; Frederic Pochard, MD;

Facteurs de mauvaise compréhension :

- Difficulté de langage
- Absence de personnel de santé dans la famille
- Personne autre que le conjoint
- Première visite < 10 minutes
- Absence de livret d'accueil

Azoulay, CCM 2000

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre? Information

Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision-making process: A study in 78 French intensive care units*

Elie Azoulay, MD, PhD; Frédéric Pochard, MD, PhD; Sylvie Chevret, MD, PhD; Christophe Adrie, MD,

2 754 personnels interrogés : 1 473 IDE (54%), 725 AS (26%), 542 médecins (20%), and 14 kinésithérapeutes (0.5%)

2 356 (86%) : souhait de faire participer les familles aux décisions thérapeutiques (médecins = 87%, AS = 89%, IDE = 80%, $p = 0,0001$).

1 075 (39%) impliquent réellement les familles dans les

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

Etude sur Bouches du Rhône, Gard, Hérault et Vaucluse

L'information reste un problème pour les Médecins Généralistes
7239 MG interrogés par questionnaire anonyme

Renseignements relatifs à l'admission, l'hospitalisation et à la sortie du patient de réanimation

Qualité de relation entre MG et R (EVA de 0 à 100. Médiane = 57/100)

Recherche des facteurs d'insatisfaction (EVA < 1^{er} quartile)

1561 réponses (exhaustivité = 22%) (30% femmes).

FdR insatisfaction MG :

Absence d'information du MT à l'admission

Absence d'information

Mauvais accueil de la famille en réanimation

Méconnaissance de la fonction ou de l'identité de l'interlocuteur

Absence de compte-rendu envoyé au MT.

Facteurs évitant l'insatisfaction

Information à l'admission

Participation aux décisions et aux choix

thérapeutiques

Etesse et al, SFAR 2008

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

Information - Les objectifs

- Salle d'entretien
- Interlocuteur privilégié
- Identifications des intervenants et fonctions
- Livret d'accueil
- Traçabilité de l'information
- Collaboration avec le médecin traitant

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

Information - Identification de la personne de confiance

- Mesure effective?
- Difficulté en réanimation (sédation, confusion, urgence)

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

Directives de fin de vie

4804 patients avec pathologie sévère

688 directives anticipées dans les dossiers
médicaux

22 dossiers avec instructions de limitation
thérapeutique

9 patients recevaient un traitement en cohérence
avec les directives anticipées.

Etat des lieux : ETUDE LATAREA

Suivi des pratiques dans 113 unités sur 220 interrogées

Résultats

- 7309 patients observés
- 807 LATA (11%) (Limitation = 336 (4.6%) Arrêt = 471 (6.4%))
- 1175 décès en ICU dont 628 (53%) LATA
- Raisons : Futilité et mauvaise qualité de vie ultérieure
- Qui prend la décision?
 - Staff médical et paramédical : 54%
 - Staff médical seul : 34%
 - Un seul médecin : 12%
- Information de la famille : 44%
- Connaissance des souhaits du patient : 8%
- Implication du patient dans la décision 0.5%

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

French intensivists do not apply American recommendations regarding decisions to forgo life-sustaining therapy

Frederic Pochard, MD, PhD, Eric Arnaud, MD, Sylvie Chevrel, MD, PhD, Christophe Weissman, MD

4/04 au 2/05/1999 - 26 Unités sur 50 contactées

1009 patients - 208 DC don't 105 IATA

	No. (%)		
	Yes	No	Impossible
Family			
Did you inform the family of the deliberation(s)	62 (59.1)	35 (33.3)	8 (7.6)
Did you inform the family of the decision(s)	51 (48.6)	47 (44.7)	7 (6.7)
Did the family participate in the deliberation(s)	44 (41.9)	53 (50.5)	8 (7.6)
Did the family participate in the decision(s)	18 (17.1)	81 (77.2)	6 (5.7)
Did you evaluate the impact on the family	59 (56.2)	41 (39.0)	5 (4.8)
Treatment			
Did you plan to re-evaluate the decision regularly	59 (56.2)	38 (36.2)	8 (7.6)
Did you have a broad deliberation allowing continuation of all treatments for 48 hrs before a new deliberation	31 (29.5)	64 (61.0)	10 (9.5)
Did each of the caregivers participating in the deliberation(s) have a power of veto	64 (61.0)	36 (34.2)	5 (4.8)
Was a referral to a palliative care unit possible	8 (7.6)	89 (76.2)	17 (16.2)
Was the decision related to an insufficient number of beds	0	105 (100)	0
Did you maintain anxiolytic and/or analgesic treatment	81 (77.2)	19 (9.5)	14 (13.3)
Was the decision implemented by a physician	95 (90.5)	6 (5.7)	4 (3.8)
Did you write the decision on the bedside data chart	52 (49.5)	52 (49.5)	1 (1)
Did you write the decision in the hospital medical record	30 (28.6)	72 (68.6)	3 (2.8)

L'avis du soignant prime sur le patient

Pochard, CCM 2001

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

LATA - Opinions des IDE - Médecins

But de l'étude :

Evaluation des LATA, collaboration entre médecin et IDE et leur satisfaction vis à vis des LATA

Méthodologie

320 unités de réanimation (CHU, CHG)

Questionnaires à tout le staff médical et paramédical (IDE, AS, Kiné, cadre)

Résultats

- 320 unités interrogées
- 157 unités participantes (49%)
- Analyse des 133 unités avec des réponses de plus de 10% du personnel
- 3156 Questionnaires paramédicaux analysés sur 6341 envoyés (49.8%)

Ferrand et al, AJRCCM 2003

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

LATA - Opinions des IDE - Médecins

- 79% (n = 418) des médecins pensent avoir considéré l'opinion des IDE
- 31% (n = 953) des IDE pensent avoir été consultées (p<0.001)
- 32% des médecins (170) et 9% des IDE (277; p<0.001) pensent que les LATA ont été suivies d'une discussion adéquate.

Satisfaction :

73% médecins (n = 386), 33% IDE (n = 1,033)

Facteurs associés à la satisfaction médecin/IDE :

- Perception d'un engagement de l'équipe avec des règles éthiques (p = 0.0001)
- Implication de l'équipe paramédicale dans cet engagement (p = 0.0001)
- Rencontres éthiques régulières entre personnels paramédical et

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

- Légalement : OUI
- Dans les faits : Quelques espoirs

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre? Éléments porteurs d'espoir - Souhaits des familles

Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision-making process: A study in 78 French intensive care units*

Elie Azoulay, MD, PhD; Frédéric Pochard, MD, PhD; Sylvie Chevret, MD, PhD; Christophe Adrie, MD,

254 /544 (47%) membres de la famille désirent participer aux décisions

- Aider l'équipe soignante (61%)
- Expliciter les souhaits du patient (70%)
- Expression de leur opinion (83%)

Aucune différence entre les différents membres de la famille

85% des membres de la famille ne souhaitant pas participer pensaient qu'il s'agissait d'un refus de soins

Table 3. Multivariable analysis: Independent predictors of a desire of family members to share in decisions

Variables	Odds Ratio	95% CI	p Value
More information time wanted (per additional minute)	1.03	1.006-1.056	.01
Unemployed status of the patient	1.83	1.04-3.23	.03
CCFNI score (per additional point)	1.041	1.01-1.08	.04
Good comprehension of the information	0.27	0.23-0.37	<.0001

CI, confidence interval; CCFNI, Critical Care Family Needs Inventory, score ranges from 14 (extremely satisfied) to 56 (extremely dissatisfied).

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre? Éléments porteurs d'espoir - Souhaits des familles



- 4 Unités, San Francisco - 179 proches de patients sous VM à haut risque de décès
- 93% (166 of 179) : Evoquer le pronostic +++ (préparation au décès)
- Meilleure compréhension aide aux soutiens du patients et des proches
- Ne pas provoquer de faux espoir
- Role premier du médecin = vérité
- 6 of 179 : le médecin ne doit pas évoquer le pronostic (conséquences psychologiques néfastes pour la famille **Apatira, Annals Internal Med 2008**)

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

LATA

Lautrete et al, NEJM 2007

CONSENSUS

A Communication Strategy and Brochure for Relatives of Patients Dying in the ICU

Journal of Intensive Care Medicine 2008; 23(1): 1-6

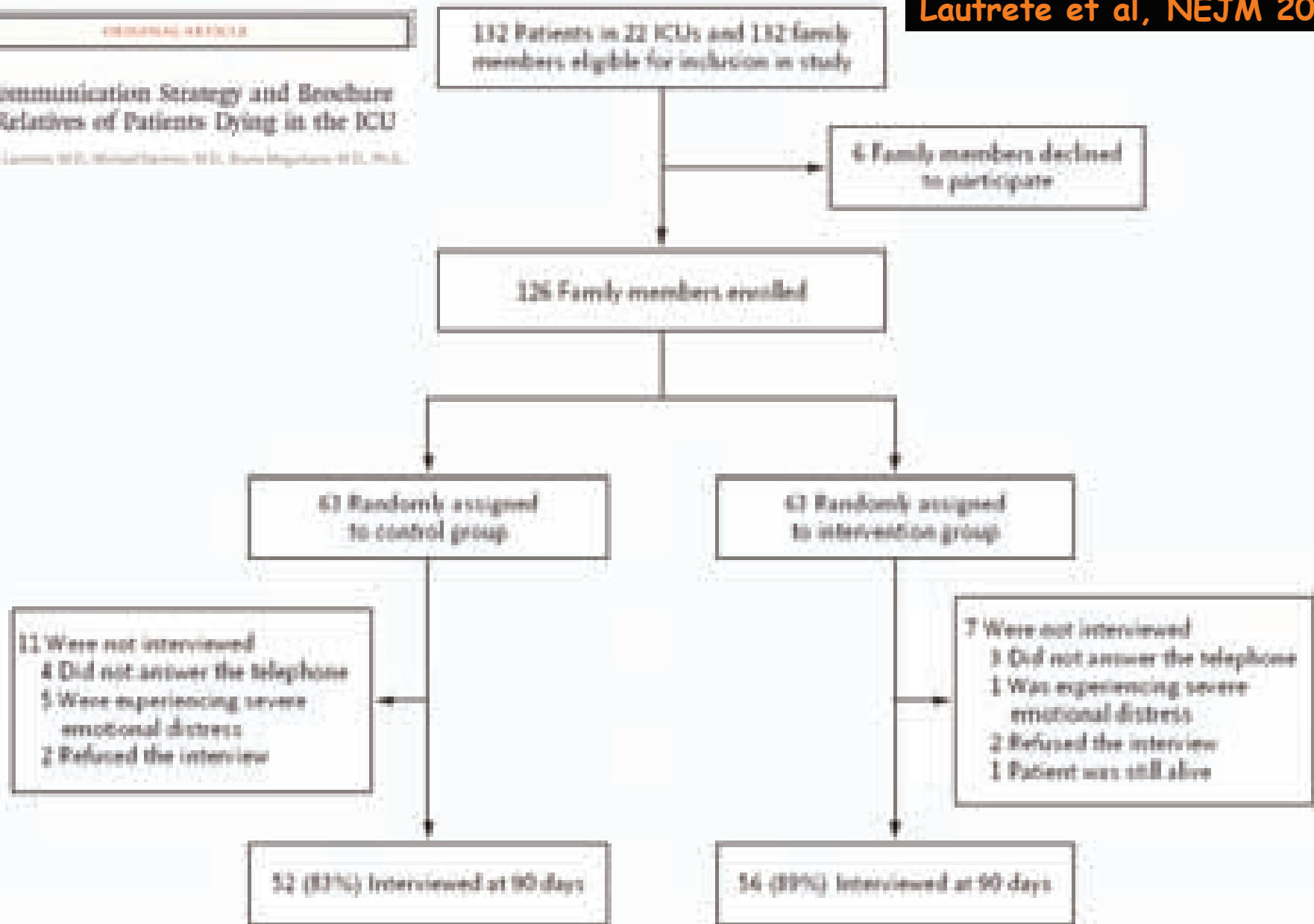


Table 3. Implementation of the Intervention and End-of-Life Care, Including Decisions to Forgo Life-Sustaining Treatments.^a

Variable	Control Group (N=54)	Intervention Group (N=53)	P Value
Implementation of intervention			
Family informed of decision to forgo life-sustaining treatment — no. (%)	41 (77)	43 (100)	0.01
More than one family member informed of decision — no. (%)	11 (27)	14 (32)	0.15
Involvement of family in decision — no. (%)			
No involvement	2 (7)	0	0.15
Family members expressed patient's wishes	14 (14)	44 (70)	0.04
Family members expressed their own wishes	11 (14)	44 (70)	0.01
End-of-life conference			
No. of family members present			0.07
Median	2	1	
Interquartile range	1-3	1-3	
Nurses present — no. (%)			0.01
18 (40)	11 (21)		
No. of ICU physicians present			0.05
Median	1	1	
Interquartile range	1-2	1-2	
Duration of conference — min			<0.001
Median	20	10	
Interquartile range	11-20	10-15	
Total time that family members spoke — min			<0.001
Median	5	11.5	
Interquartile range	0-10	0-20	
Total time that nurse spoke — min			<0.001
Median	1	1	
Interquartile range	0-2	0-3	
Clinicians' observations — no. (%)			
Family expressed guilt	14 (22)	7 (11)	0.01
Family reported successful expression of emotions	47 (73)	40 (71)	0.01
Family believed that patient's symptoms were controlled	41 (77)	41 (77)	0.99
Family reported conflicts with ICU staff	1 (2)	1 (2)	0.91

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

LATA

Lautrette et al, NEJM 2007

Table 1. (Continued.)

Variable	Control Group (N=63)	Intervention Group (N=67)	P Value
End-of-life care			
Decision to forgo life-sustaining treatments — no. (%)	63 (100)	63 (100)	1.00
No. of days from ICU admission to decision			
Median	1	2	
Interquartile range	1-15	2-14	0.28
Nonbeneficial interventions after end-of-life conference — no. (%)			
Mechanical ventilation	47 (75)	41 (61)	0.30
Vasopressors	23 (37)	17 (27)	0.31
Dialysis	1 (2)	0	0.99
Other†	15 (24)	28 (44)	0.10
No. of nonbeneficial interventions provided after decision to forgo life-sustaining treatments			
Median	1	2	0.04
Interquartile range	1-3	2-3	
Life-sustaining treatments withdrawn — no. (%)			
Mechanical ventilation	8 (14)	17 (27)	0.03
Vasopressors	18 (30)	32 (51)	0.00
Dialysis	15 (24)	14 (22)	0.78
Other data			
No. of days from decision to forgo life-sustaining treatments to death			
Median	2	1	
Interquartile range	1-5	1-2	0.18
No. of days in ICU			
Median	8	7	
Interquartile range	1-20	4-14	0.54
Conflicts with family members reported by ICU staff — no. (%)	4 (6)	8 (13)	0.36
Patients who survived and were discharged — no. (%)	2 (3)	1 (2)	0.30

Accueil,
Information et
Accompagnement
des Familles en
Réanimation

Lautrete et al,
NEJM 2007

Accueil, Information et Accompagnement des Familles en Réanimation

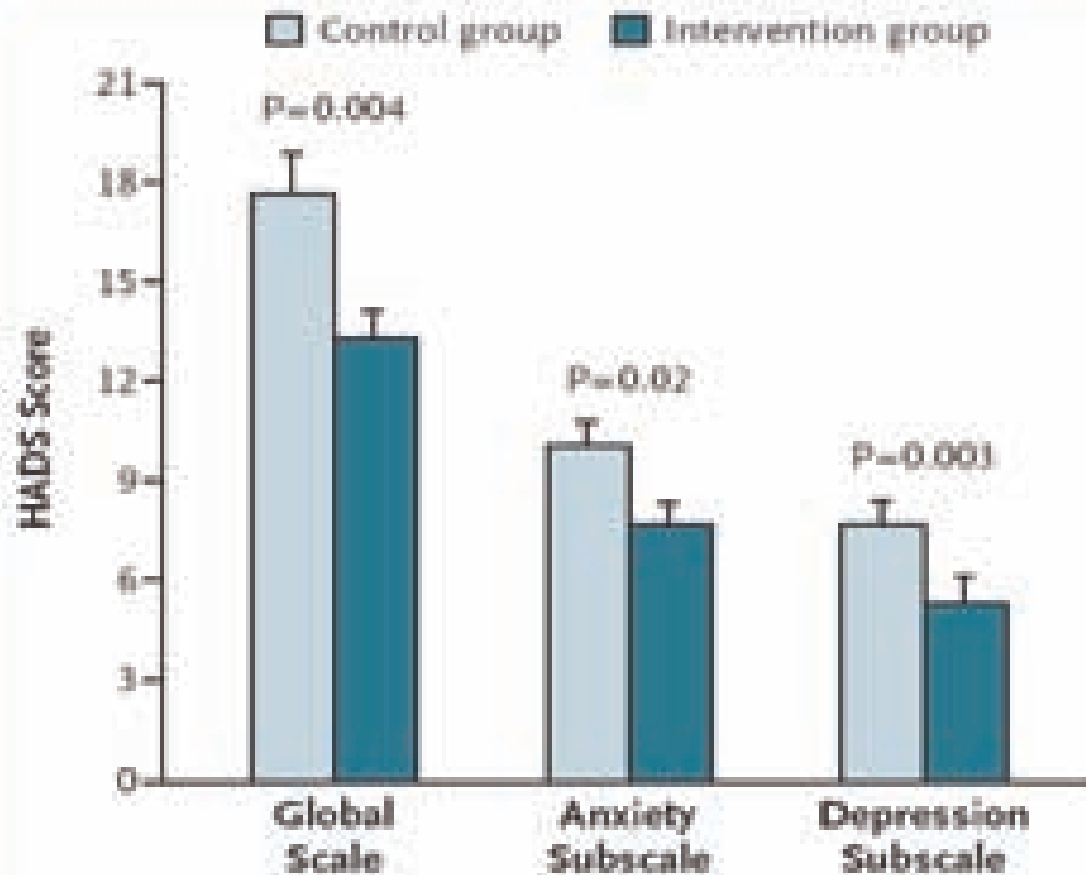


Figure 2. HADS Scores in the Two Randomized Groups. The median HADS score was 11 (range, 8 to 18) in the intervention group versus 17 (range, 11 to 25) in the control group ($P=0.004$). With a cutoff of 8 for each of the subscales, symptoms of anxiety and depression were less common in the intervention group (anxiety, 25 patients [45%], vs. 35 [67%] in the control group; $P=0.02$; depression, 16 [29%] vs. 29 [56%]), $P=0.003$.

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

Éléments porteurs d'espoir
Information - Recherche clinique

- Consentement éclairé
- Consentement de poursuite+++

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

- Légalement : OUI
- Dans les faits : C'est un but quotidien!!

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

Visites des proches

Intensive Care Med (2002) 28:1399-1394
DOI 10.1007/s00134-002-1402-7

ORIGINAL

97% unités de réanimation : horaires de visites restreints (168 min /jour)

Philippe Quinik
Christophe Savry
Arnaud Deghelt
Mathieu Guilloux
Jean Collinon
Anne de Tinténiac

**A multicenter survey of visiting policies
in French intensive care units**

Continuing Medical Education Article

Diminution des durées de visite

Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit*

Maité Garrouste-Orgeas, MD; François Philippart, MD; Jean François Timsit, MD, PhD;
Frédérique Diaw, RN; Vincent Willems, MD; Alexis Tabah, MD; Ghylaine Bretteville, RN;
Aude Verdavainne, RN; Benoit Misset, MD; Jean Carlet, MD

**Constantin JM, SFAR 2008: Diminution de stress post
traumatique à 3 mois chez les patients**

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

Libéralisation des horaires

- Libéralisation des visites en USIC
- Diminution des complications cardio-vasculaires sans augmentation des complications septiques

Fumagalli S, et al. *Circulation* 2006

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

Ouverture 24 h / 24 - Perception des soignants

30 unités de réanimation de 17 hôpitaux belges

531 infirmières interrogées (questionnaire BAVIQ)

75% opposées à une libéralisation des horaires de visites

Raisons principales évoquées:

Difficulté de planification des soins

Interférence directe avec les soins

Crainte d'une consommation de temps plus importante. Pourtant,

75% d'entre elles estimaient :

Effet bénéfique sur le patient et

Permettrait une meilleure information

Berti D et al, ICM 2007

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

- 85 proches interrogés
- Ouverture 24 h / 24 - Perception des proches
- 47 satisfaits des horaires actuels (2 h semaine, 6 h WE).
- 51 souhaitaient des horaires plus larges
- 36 souhaitaient une ouverture 24h/24.
- 4 souhaitaient assister à tous les soins.
- Raisons pour ne pas assister aux soins
 - Respect de l'intimité du patient (47)
 - Ne pas gêner les soins (67).

Roger, Soumis SFAR

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

Aucune ouverture → Ouverture 24 h / 24

Organisation :

- Qui accueille?
- Qui informe?
- Traçabilité des informations données?
- Jusqu'où informer (demande anticipée?)

LATA

PMoT

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

En dehors de la Réanimation?

- Médecins traitants - Autres spécialités
- Directives anticipées
- Soins palliatifs
- Soutient aux patients et proches

Le patient de réanimation est-il (a-t-il) son propre arbitre?

