

**Université René Descartes**

**Faculté de Médecine Paris V**

**Président : Pr. Jean-François Dhainaut**

**MASTER M2 D'ÉTHIQUE MÉDICALE ET BIOLOGIQUE**

**Directeur : Pr. Christian Hervé**

**Année 2004-2005**

**Comment les soignés et les soignants accueillent-ils les décisions  
d'admission ou de refus en réanimation  
dans un centre de lutte contre le cancer ?**

**Présenté par : Bruno Raynard**

**Directeur de mémoire : Pr. François Lemaire**

## Sommaire :

1. Résumé	P.3
2. Introduction	P.4
3. Malades et méthodes	P.6
3.1. Critères d'inclusion et d'exclusion	P.6
3.2. Méthodologie de l'enquête	P.6
3.3. Analyses statistiques	P.7
4. Résultats	P.9
4.1. Données générales	P.9
4.2. Comparaison des patients admis et refusés	P.9
4.3. Critères de décision. Comparaison entre réanimateurs, oncohématologues et infirmiers	P.10
4.4. Accueil de la décision par les patients et leur famille	P.11
4.5. Cas cliniques	P.12
5. Discussion	P.14
5.1. Accueil de la décision du réanimateur par les patients et leur famille	P.14
5.2. Accueil de la décision du réanimateur par les autres soignants	P.16
5.3. Les critères de décision de l'admission en réanimation oncohématologique	P.17
5.4. Réanimation et non-malfaisance, une ambiguïté rarement assumée	P.19
5.5. Entre contextualité et singularité, la « <i>troisième voie</i> » : mais finalement qu'attendent de la réanimation les patients et leur famille ?	P.20
6. Conclusions	P.22
Tableaux 1 à 5	P.24
Figures 1 à 3	P.30
Références	P.33
Annexes 1 à 4	P.38

## 1. Résumé

Les décisions de refus ou d'admission sont fréquemment prises en situation d'urgence. Elles doivent tenir compte de la gravité de l'épisode aigu, de l'état fonctionnel antérieur du patient, mais aussi des pathologies sous-jacentes. Ceci est particulièrement important en oncohématologie. Cependant l'investissement psychologique des soignants et des soignés interfère souvent dans les décisions de passage en réanimation. Après la mise en place d'un cadre décisionnel validé, notre travail avait pour but d'étudier, de façon prospective, l'accueil « à chaud » de ces décisions par les soignants, les patients et leur famille.

Nous avons inclus tous les patients adultes proposés à nos réanimateurs, présentant une pathologie médicale et un élément de gravité, pendant une période de 4 mois. Pour chacune des décisions, le réanimateur, l'infirmier de l'unité d'oncohématologie en charge du patient et le médecin appelant le réanimateur, ont répondu à un questionnaire concernant les critères intervenant dans la décision finale. L'infirmier et l'oncologue ont été questionnés sur leur compréhension et leur acceptation de la décision du réanimateur.

Entre le 1<sup>er</sup> mars et le 30 juin 2005, parmi les 137 patients proposés en réanimation, 34 patients ont été inclus. Vingt quatre ont été admis en réanimation et 10 ont été refusés. Treize avaient une hémopathie maligne et 21 une tumeur solide dont 15 étaient métastatiques. Les patients refusés étaient significativement plus âgés (58,9 contre 48,3 ans ;  $p < 0,05$ ). La mortalité hospitalière des patients admis était de 33,3%, et celle des patients refusés de 90% ( $p < 0,05$ ). Les oncologues et les infirmiers questionnés étaient le plus souvent d'accord avec la décision du réanimateur. L'ensemble des questionnés considérait la gravité de l'épisode aigu comme un élément essentiel de la décision. Par contre, les infirmiers et les oncologues renaient aussi comme critères importants: le confort physique du patient, l'existence d'un traitement spécifique en cours, l'existence d'une complication iatrogène, alors que les réanimateurs étaient plus fréquemment intéressés par : l'état fonctionnel antérieur et l'avis du patient. Les patients et les familles, quoique peu informés de la gravité de l'état clinique du malade, acceptaient le plus souvent la décision du réanimateur.

Un cadre décisionnel préalablement expliqué aux soignants permet de faire comprendre et accepter les décisions d'admission ou de refus en réanimation. Il permet de concilier l'autonomie du patient, et le caractère singulier et contextuel de la décision. La mise en place des directives anticipées pourrait faciliter cette procédure.

## 2. Introduction

Il est difficile de définir des règles permettant de décider, sans risque de se tromper, quel patient doit aller ou ne doit pas aller en réanimation. En particulier dans un centre de lutte contre le cancer, où l'investissement thérapeutique et psychologique des soignés et des soignants est souvent source de subjectivité. D'ailleurs, malgré ces difficultés de choix, la mortalité en réanimation oncohématologique a chuté progressivement pour être à présent équivalente à celle des autres réanimations, aux alentours de 20%, et cela même dans des pathologies réputées à haut risque de mortalité (1). Dans l'étude d'Hilbert et al., la mortalité des patients présentant une hémopathie maligne compliquée de détresse respiratoire aiguë a été diminuée de plus de 90% à environ 50% grâce aux progrès de la ventilation mécanique, et en particulier grâce au développement des techniques de ventilation non invasive (2). Cependant, même si les publications les plus récentes font part d'une mortalité globale des malades d'oncohématologie passant en réanimation inférieure à 50%, ces données sont issues d'équipes très spécialisées, et de populations de malades très sélectionnées. Dans notre unité la mortalité hospitalière globale des malades admis entre 1992 et 2002 était de 21,9% (3). En outre, les techniques diagnostiques et thérapeutiques en réanimation peuvent être parfois délétères et futiles. C'est sur ce point qu'un désaccord, voire une incompréhension, peut naître entre les réanimateurs d'une part, les soignants d'oncohématologie, rarement aguerris à la réanimation, les patients et leurs familles d'autre part. De plus les systèmes d'aide à la décision médicale, en plein essor actuellement, sont en échec lorsqu'il s'agit de déterminer le pronostic individuel des patients proposés en réanimation. D'ailleurs un certain scepticisme vis à vis de l'*Evidence Base Medicine* s'installe dans la communauté médicale (4) et même parmi les réanimateurs, qui ont été pionniers dans le domaine. En oncohématologie, comme dans d'autres pathologies chroniques (insuffisance respiratoire chronique, cirrhose, ...), nous devons tenir compte du pronostic (à court terme) de l'épisode aigu, et du pronostic (à moyen et long terme) de la néoplasie, de ses séquelles et de celles des traitements spécifiques. La première donnée pourrait être fournie par le réanimateur et la seconde par l'oncologue ou l'hématologue. Cette politique d'admission est rarement encadrée par des critères précis, valides, raisonnables et consensuels. Les auteurs de l'ouvrage « Réanimation en onco-hématologie » nous

ont proposé des *situations hématologiques et carcinologiques ne relevant pas, a priori, de la réanimation* (1). Elles sont une synthèse des données présentes dans les deux textes « Pronostic des hémopathies malignes en 2003 » (5) et « Pronostic des tumeurs solides en 2003 » (6). Nous nous sommes inspirés de cet ouvrage pour proposer aux oncologues et aux hématologues de l'institut Gustave Roussy, des critères de décision d'admission en réanimation claires et objectifs (tableaux 1 et 2). Nous espérons, grâce à la mise en place de ce cadre décisionnel, obtenir l'adhésion de nos collègues oncologues et hématologues et des infirmiers des unités d'hospitalisation, et réduire les situations conflictuelles. Le but de cette étude était donc de savoir comment sont accueillies, « à chaud », les décisions d'admission ou de refus, par les soignants directement en charge des patients, infirmiers des services d'oncologie ou d'hématologie et oncologues ou hématologues, et par les patients et leur famille.

### 3. Malades et Méthodes

L'étude s'est déroulée à l'Institut Gustave Roussy du 1<sup>er</sup> mars au 30 juin 2005. Entre le 1<sup>er</sup> février et le 28 février 2005 les équipes infirmières et médicales des services dans lesquelles s'est déroulée l'enquête, ont été informées des objectifs et de la méthodologie de l'étude. A cette occasion, les critères utilisés pour nous aider dans la décision d'admission ou de refus leur ont été expliqués (tableaux 1 et 2).

#### 3.1. Critères d'inclusion

Tous les patients adultes proposés en réanimation pour un motif médical et présentant au moins un des paramètres d'alerte suivants : hypotension systolique inférieure à 80 mmHg ne répondant pas au remplissage, oxygénothérapie supérieure à 6 litres par minute, diurèse inférieure à 30 millilitres par heure, score de Glasgow inférieur à 12, qu'ils soient finalement admis ou non, ont été inclus dans l'étude.

Les patients admis en réanimation après chirurgie programmée ou non programmée, et les patients admis pour un motif médical sans aucun critère d'alerte (par exemple pour surveillance de traitement chez un malade à haut risque), et les patients proposés en réanimation mais venant directement de leur domicile ou d'un autre établissement de soins, n'ont pas été inclus.

#### 3.2. Méthodologie de l'enquête

Pour chaque patient proposé, le réanimateur devait se déplacer au chevet du patient, pour évaluer son état clinique et sa situation carcinologique. Après discussion avec le patient, s'il était conscient et compétent, ses proches, le médecin en charge du patient, et les infirmiers du service concerné, et éventuellement le médecin référent du patient ou le réanimateur d'astreinte, il a pris sa décision d'admission ou de refus. Cette décision était basée sur les critères résumés dans les tableaux 1 et 2.

Les soignants étaient informés oralement et par un document écrit (annexe 1). Les patients et leur famille étaient informés oralement, par le réanimateur, de leur inclusion dans cette enquête. Dans les 24 heures suivant cette décision, le réanimateur remplissait un questionnaire contenant 24 questions

à réponses fermées (annexe 2). Le médecin et l'infirmier en charge du patient au moment de la décision auront été, eux aussi, questionnés dans le même délai. Le questionnaire médecin et le questionnaire infirmier comprenaient 13 questions à réponses fermées (annexes 3 et 4). Plusieurs questions étaient communes aux 3 questionnaires.

Le réanimateur, le médecin oncologue et l'infirmier étaient interrogés sur leur ancienneté dans leur profession et à l'institut Gustave Roussy. Le réanimateur et le médecin oncologue devaient compléter des informations concernant la situation carcinologique du patient et son espérance de vie estimée de façon subjective. Le réanimateur complétait la partie concernant les critères de gravité du patient au moment de la décision, ainsi que d'autres éléments ayant pu guider sa décision (nombre de lits disponibles en réanimation, nombre d'infirmiers en réanimation, nombre de décès en réanimation dans les 7 derniers jours, jour de la semaine et heure de la décision). Une décision était prise le jour entre 7h00 et 19h00, et la nuit entre 19h00 et 7h00. La nuit, les samedis et dimanches, et les jours fériés, le réanimateur de garde était, officiellement, le seul médecin présent en réanimation. La mortalité hospitalière était estimée au moment de la décision par les scores de gravité IGSII (7) et MPMII (H0) (8). Le nombre de défaillances d'organes était évalué selon les critères publiés par Knaus et al (9). L'état fonctionnel antérieur du patient était évalué selon Knaus et al (10) en 4 stades (Activité et suivi médical dans les six mois précédant l'admission. a : santé normale ; b : limitation modérée ou présence d'un traitement chronique ; c : limitation importante avec handicap à l'effort, traitement anticancéreux, hémodialyse ; d : patient grabataire, restriction majeure, ou hospitalisation long séjour, visite hebdomadaire d'un médecin, incapacité à 100 %), et l'état nutritionnel par l'évaluation subjective globale, en 3 stades (a : état nutritionnel normal ; b : modérément dénutri ; c : sévèrement dénutri) (11).

Les autres données recueillies après la décision étaient : la localisation tumorale, l'existence ou non de métastases, la durée préalable d'évolution du cancer, les traitements spécifiques entrepris dans les 3 derniers mois.

### **3.3. Analyse statistique**

Les comparaisons entre les patients admis et les patients refusés se feront à l'aide du chi-2 et test exact de Fischer pour les variables discontinues, et du t-test de Student pour les variables continues.

Le significativité est définie par un  $p$  inférieur à 0,05. Tous les tests statistiques ont été réalisés grâce au logiciel NCSS and PASS© (Number Cruncher Statistical Systems, Kaysville, Ut, USA).



### 4.1. Données générales

Parmi les 137 patients proposés à la réanimation durant la période de l'étude, 45 étaient incluables et 34 ont été finalement inclus. La figure 1 résume les motifs de non-inclusion et d'exclusion des patients. Parmi les 45 patients incluables, 11 patients n'ont pas été inclus, 8 fois parce qu'il s'agissait d'une réadmission et 3 fois parce que les questionnaires n'ont pu être remplis en totalité. Dans les 3 cas, l'infirmier responsable du patient au moment de la décision était intérimaire de nuit, et n'a pu être contacté dans un délai acceptable (moins de 72 heures). Aucun professionnel contacté n'a refusé de remplir le questionnaire.

Les soignants répondant aux questionnaires étaient 7 réanimateurs, 28 infirmiers et 29 oncologues ou hématologues. Leurs caractéristiques démographiques sont résumées dans le tableau 4. Leur expérience médiane à l'institut Gustave Roussy était respectivement de 1 an, 3 ans, et 2 ans. La majorité (64%) des médecins oncologues et réanimateurs était thésée, diplômés étrangers compris. L'expérience de la réanimation des infirmiers et des médecins d'oncologie était limitée, respectivement 11 et 17% des questionnés.

Les 34 patients étaient issus de 6 unités différentes : urgences dans 13 cas, hématologie clinique dans 12 cas, oncologie médicale dans 5 cas, ORL médicale dans 1 cas, endocrinologie dans 1 cas, et radiothérapie dans 1 cas. Les caractéristiques démographiques, carcinologiques et pronostiques sont résumées dans le tableau 3. Treize étaient suivis pour une hémopathie maligne, dont 4 traités par allogreffe de cellules souches hématopoïétiques 7 jours, 12 jours, 127 jours, et plus de 300 jours, avant la proposition de réanimation. Vingt et un patients étaient suivis pour une tumeur solide, dont 3 de la tête et du cou, 3 digestives, 3 ovariennes, 3 sarcomateuses, 2 bronchiques, 2 neuroendocrines, 2 urologiques, 1 mammaire, 1 mésothéliale et 1 cutanée. Parmi les tumeurs solides, 15 (sur 21) étaient métastatiques, et 2 étaient considérées en rémission complète.

### 4.2. Comparaisons des patients admis et refusés

Parmi les 34 patients inclus, 24 ont été admis en réanimation et 10 ont été refusés en raison de l'extrême gravité de leur état clinique et carcinologique (tableau 5). Les patients refusés étaient significativement plus âgés que les patients admis (58,9 ans contre 48,3 ans ;  $p < 0,05$ ). Les patients refusés présentaient plus fréquemment une tumeur solide que les malades admis (100% contre 46% ;  $p < 0,005$ ), par contre n'étaient pas plus fréquemment porteurs de métastases. L'état fonctionnel des malades refusés était plus fréquemment altéré (Knaus c ou d 60% contre 21% ;  $p < 0,05$ ), alors que le statut nutritionnel n'était pas différent entre les deux groupes. La mortalité hospitalière était significativement plus élevée dans le groupe des patients refusés (90% contre 33% ;  $p < 0,05$ ) alors que la mortalité hospitalière prédite par l'IGS II ou par le MPM II n'était pas différente entre les deux groupes.

#### **4.3. Critères de décision. Comparaisons entre infirmiers, réanimateurs, et oncohématologues**

La décision a été prise la nuit 19 fois sur 34, et le week-end, ou un jour férié, 9 fois sur 34. Le réanimateur était donc seul pour prendre sa décision 24 fois sur 34, sans différence significative entre les admissions et les refus. Aucun lit n'était disponible en réanimation dans 1 cas sur 34. Un décès était survenu en réanimation dans la semaine précédant la décision dans 17 cas, 2 décès dans 5 cas, et plus de 2 décès dans 1 cas. Il n'existait pas de différence dans le nombre de décès en réanimation avant les admissions et les refus.

La décision était, pour le réanimateur, très facile dans 1 cas, facile dans 27 cas, et difficile dans 6 cas, sans différence entre les admissions et les refus. La décision était difficile en raison du manque de lit en réanimation dans 1 cas, de la mauvaise compréhension de la décision par le patient ou la famille dans 3 cas, en raison de l'existence d'un mauvais pronostic carcinologique mais avec un nouveau traitement en cours dans 1 cas, et en raison d'un désaccord avec le médecin référent dans 1 cas.

Les réanimateurs pensaient que l'admission en réanimation pouvait améliorer le confort physique de 4 malades sur 34, contre 11 sur 34 pour les infirmiers et 23 sur 34 pour les oncologues ( $p < 0,05$  entre oncologues et réanimateurs et entre oncologues et infirmiers). Un bénéfice en terme de confort psychologique était attendu chez 3 malades sur 34 pour les réanimateurs, 4 sur 34 pour les infirmiers et 13 sur 34 pour les oncologues ( $p < 0,05$  entre oncologues et réanimateurs et entre oncologues et

infirmiers). Le pronostic à court terme pouvait être amélioré par le passage en réanimation pour les réanimateurs, les infirmiers et les oncologues, dans respectivement 24, 23 et 34 cas sur 34 ( $p < 0,05$  entre oncologues et réanimateurs et entre oncologues et infirmiers). L'amélioration du pronostic à long terme était plus fréquemment attendue par les infirmiers et les oncologues que par les réanimateurs (18/34, 14/34 et 3/34 ;  $p < 0,05$ ). Les infirmiers considéraient avoir été informés par le réanimateur dans tous les cas, et les oncologues 28 fois sur 34. Les infirmiers et les oncologues étaient finalement d'accord avec la décision du réanimateur dans tous les cas. Les critères motivant l'intervention du réanimateur et le choix final d'admission ou de refus les plus souvent cités sont représentés dans la figure 2.

#### **4.4. Accueil de la décision par les patients et leur famille**

Le refus d'admission en réanimation était motivé par une altération majeure de l'état général dans 8 cas sur 10, par une évolution tumorale importante dans 8 cas sur 10, par le refus de la famille dans 1 cas, et par les pathologies associées dans 1 cas.

Neuf des 10 patients refusés ne connaissaient pas (ou partiellement) la gravité de leur état général, et dans 7 cas sur 10 ne connaissaient pas (ou partiellement) leur situation carcinologique. Les explications données aux patients concernant la décision de refus ont été totales ou presque totales 7 fois sur 10, et ces explications ont semblé être comprises totalement ou presque totalement 8 fois sur 10. Dans 2 cas le patient était comateux et n'a pu recevoir les informations. Les réactions du patient ont été : soulagement dans 3 cas, calme dans 3 cas, prostration dans 1 cas, et confusion dans 1 cas. Le réanimateur a rencontré 9 des 10 familles de patients refusés. Les proches étaient informés de l'état général du patient dans 7 cas sur 9, de la situation carcinologique dans 8 cas sur 9. Dans 6 cas, le patient et la famille ont apporté des informations pouvant modifier la décision, et il s'agissait à chaque fois d'un « *refus d'acharnement thérapeutique* ». La famille a compris la décision du réanimateur 8 fois sur 9. Dans 1 cas, la famille et le patient n'étant pas averti du pronostic carcinologique, elle a été vue par le réanimateur, puis par le médecin référent et l'équipe de psycho-oncologie avant de comprendre et d'accepter l'extrême gravité du patient.

Pour les patients admis en réanimation, la réversibilité de l'épisode aigu, et l'existence d'une situation carcinologique favorable, étaient les deux critères principaux motivant la décision du réanimateur. Une

limitation thérapeutique a été fixée à J0 dans un cas, et à J3 de réanimation dans 1 cas. Neuf patients n'étaient pas compétents au moment de la décision d'admission. Parmi les patients compétents, la totalité a reçu une explication sur la décision d'admission et 14 sur 15 l'ont comprise. Les 19 familles vues au moment de l'admission ont compris la décision.

#### 4.5. Cas cliniques

Parmi les 34 patients inclus, 5 patients admis sortaient du cadre décisionnel préalablement établi. Trois avaient une néoplasie évolutive malgré plusieurs lignes de traitement, mais étaient en bon état général et/ou la pathologie aiguë était théoriquement rapidement réversible. La présentation de ces 5 cas cliniques permet d'illustrer les difficultés du processus de décision.

Cas clinique n°1 : ce patient de 61 ans était suivi à l'institut depuis 2 ans pour un carcinome épidermoïde de la margelle laryngée droite T3N2M0, traité par pharyngo-laryngectomie totale et radiothérapie adjuvante. Il communiquait grâce à une prothèse phonatoire, mais sortait peu en raison d'une bronchopathie chronique obstructive invalidante. Un mois avant la proposition en réanimation, des métastases pulmonaires et une métastase osseuse sont découvertes. Une semaine avant la date du premier cycle de chimiothérapie, apparaît une détresse respiratoire fébrile compliquée de coma hypercapnique et d'une insuffisance rénale aiguë. A la demande du médecin référent, devant la réversibilité théoriquement rapide de l'épisode aigu, et dans l'attente d'un traitement spécifique dont l'efficacité (palliative) n'avait pas été évaluée, le réanimateur admis le patient en réanimation. Après 7 jours de ventilation mécanique, le patient est transféré dans le service d'ORL, et a pu recevoir son premier cycle de chimiothérapie.

Cas clinique n°2 : cette femme de 22 ans était suivie à l'IGR depuis 2003 pour un carcinome ovarien indifférencié traité par chirurgie et chimiothérapie. Début 2005, une rechute pelvienne est de nouveau traitée par chirurgie et chimiothérapie. Le 4<sup>ième</sup> cycle de chimiothérapie de type PAVEP est compliqué d'un choc septique, à point de départ urinaire, en aplasie. Malgré le mauvais pronostic carcinologique, en raison d'une bonne réponse à la première ligne de chimiothérapie, de la réversibilité de l'épisode aigu, et le souhait de la patiente d'être traitée de façon « maximale », elle est admise en réanimation. Elle y restera 4 jours, avant de retourner dans le service de médecine et de poursuivre les cycles de chimiothérapie.

Cas clinique n°3 : quelques jours après une cure de LV5FU2 et cisplatine, en 2<sup>ième</sup> ligne d'un adénocarcinome pancréatique avec métastases hépatiques, cet homme de 56 ans a présenté une hématomèse puis un choc hémorragique. En accord avec le patient, il est transféré en réanimation, avec la décision de ne traiter que cet épisode hémorragique et pas d'autres complications. Une limitation thérapeutique est donc établie d'emblée concernant l'intubation, la ventilation mécanique, et la prise en charge d'un arrêt cardiaque. Il sort de réanimation après 3 jours, et les récurrences hémorragiques ont été prises en charge dans le service de médecine.

Cas clinique n°4 : cette patiente de 46 ans était traitée par trithérapie pour une infection à VIH et par chimiothérapie (3<sup>ième</sup> ligne) pour une carcinose péritonéale d'origine colique. Son état général était sévèrement altéré et recevait une nutrition parentérale à domicile. Les réanimateurs ont été appelés aux urgences pour une infection liée au cathéter et une insuffisance rénale aiguë. La patiente souhaitait être transférée en réanimation en raison de plusieurs hospitalisations dans notre service depuis 2002. Elle y restera 5 jours avant de retourner à domicile.

Cas clinique n°5 : cet homme de 42 ans a été traité, en décembre 2003, par greffe de cellules souches hématopoïétiques allogénique pour une leucémie aiguë myéloïde. Plus de 300 jours après cette greffe, il était toujours traité par corticoïdes pour une réaction du greffon contre l'hôte chronique. Devant l'aggravation d'une dyspnée compliquant une pneumopathie interstitielle évoluant depuis plusieurs jours et dont le bilan était entièrement négatif, le réanimateur de garde était appelé. Dans notre expérience de cette situation clinique, plus de 90% des malades admis en réanimation dans ces conditions décèdent en réanimation. Le réanimateur, malgré une parfaite connaissance de cette pathologie, a choisi en accord avec le patient et l'hématologue, de l'admettre en réanimation et de réévaluer la situation au bout de 3 jours. Le patient décédera 5 jours après son arrivée en réanimation.

## 5. Discussion

Cette étude est la première évaluant « à chaud » l'accord des soignés et des soignants face aux décisions d'admission ou de refus en réanimation oncohématologique. Azoulay et al. étudiaient les motivations de refus des réanimateurs par un questionnaire rempli immédiatement après la décision mais n'évaluaient pas l'accueil de cette décision par les patients, leur famille et les autres soignants (12). De plus dans notre travail les réanimateurs se sont déplacés auprès des patients proposés à chaque fois, alors que dans l'étude d'Azoulay et al., 40% des patients étaient refusés par téléphone. Questionner les intervenants dans la décision d'admission en réanimation nous a permis de mesurer toutes les difficultés que représente la décision elle-même, mais aussi les explications à apporter aux patients, à leur famille et aux soignants en charge des patients. Par contre, cela rendait difficile la réalisation de ce type d'étude sur une plus longue période, et/ou dans plusieurs centres. Le nombre de patients inclus est donc limité, et 3 patients ont été exclus secondairement en raison de l'absence de questionnaire infirmier (intérimaires de nuit).

### 5.1. Accueil de la décision du réanimateur par les patients et leur famille

Les décisions d'admission ou de refus sont, d'après notre étude, bien accueillies par les patients et leur famille. Malgré une connaissance limitée de leur situation clinique (totale ou presque totale 10 fois sur 34) et carcinologique (totale ou presque totale 19 fois sur 34), les patients ont compris et accepté la décision du réanimateur (21 fois sur 23 patients compétents). Les familles n'ont pas été plus réticentes à l'annonce de la décision, que le patient soit admis ou refusé. Les patients en situation palliative ou terminale comprennent parfaitement que soient prises des décisions de limitations thérapeutiques (13). Ils préfèrent que cette décision soit prise par le médecin qu'ils connaissent le mieux, qu'ils apprécient et qu'ils reconnaissent comme compétent (14). De plus ces patients lorsqu'ils sont psychologiquement « préparés » refusent plus fréquemment les gestes invasifs et le transfert en réanimation lorsqu'ils sont proposés (15). Dans l'étude de Fallowfield et al., sur les 1032 patients en situation palliative inclus, 84,9% réclamaient le plus d'informations possibles de la part de leur médecin référent (16). Et plus le patient estime son espérance de vie élevée, plus il souhaite des

traitements actifs (17). Dans notre travail, les patients étaient peu informés de leur situation clinique et carcinologique avant la décision, alors que leur famille semblait l'être plus souvent. Même si les patients et leurs proches sont de plus en plus souvent informés à l'institut Gustave Roussy comme dans d'autres unités de cancérologie (18), on peut constater, fréquemment, comme notre étude en témoigne, le manque d'informations, en particulier des patients. La littérature nous montre les difficultés qu'ont les oncologues et les hématologues à communiquer des informations sur le pronostic des patients en situation palliative (19). Les médecins interrogés mettent fréquemment en avant leur difficulté à concilier une information honnête préservant l'autonomie du patient et la peur de détruire tout espoir chez « leurs » patients (15, 16). Il existe donc un « décalage » entre les besoins déclarés des patients et les nécessités curatrices des médecins, entre « la douleur vécue par les uns » et « l'espoir théorique des autres » (20). Il est, de plus, souvent difficile de faire « coïncider le temps restreint du malade avec celui, toujours élastique, de la recherche scientifique, ... » (20). « On pourrait imaginer que, face à la mort triomphante, le médecin compense son inefficacité par une présence sans défaut » (21). Les médecins évoquent fréquemment le fait que les malades soient trop « lourds », même si dans notre étude la charge de travail n'est pas un critère retenu pour le passage en réanimation, que les malades sont trop « compliqués » alors qu'il faut justement simplifier les traitements, ou qu'ils n'aiment pas voir mourir « leurs » malades. Ceci peut être aussi illustré par la surestimation fréquente de l'espérance de vie des patients. Dans notre étude, 29 patients étaient considérés par les oncologues comme ayant une espérance de vie supérieure à 3 mois, et 16 étaient encore vivant à cette date. On peut d'ailleurs remarquer que les réanimateurs, eux aussi surestimaient l'espérance de vie des patients, puisqu'ils l'estimaient supérieure à 3 mois chez 30 patients. Deux réanimateurs sur 7 avaient une formation d'oncologue ou d'hématologue. De plus, dans leur ensemble, les réanimateurs complétaient leur évaluation à l'aide de l'état fonctionnel et nutritionnel. Dans la grande majorité des études sur le sujet, les médecins surestimaient de façon importante l'espérance de vie des malades en situation palliative (22-26). Llobera et al. montraient que les infirmiers d'oncologie, les médecins généralistes, et les oncologues n'évaluaient correctement la survie des patients que dans, respectivement 21,5%, 21,7% et 25,7% des cas (22). Il semble d'ailleurs que plus ce pronostic est mauvais et moins les médecins le communiquent au patient (24).

## 5.2. Accueil de la décision du réanimateur par les autres soignants

Les décisions des réanimateurs semblent bien acceptées par les soignants, infirmiers et médecins d'oncologie et d'hématologie. Dans le travail de Thiery et al, auquel nous avons participé, les oncohématologues et les réanimateurs considéraient leur taux de désaccord à 10 et 15%, respectivement (27). Cependant les critères de décision sont différents selon la catégorie professionnelle. Tous considèrent le pronostic à court terme et la gravité de l'épisode aigu (il s'agit presque de la même chose !!) comme les deux éléments les plus déterminants de la décision. Les infirmiers ont aussi choisi l'avis du médecin appelant les réanimateurs, l'existence d'un phénomène iatrogène, l'intensité de la douleur physique, et l'âge du patient. Les oncologues étaient préoccupés par le confort physique du patient, le pronostic à long terme, l'existence de traitements spécifiques en cours, et, eux aussi, par l'âge du patient. En dehors de raisons motivées par leur proximité avec le patient (intensité de la douleur physique), les oncologues et les infirmiers mettent en avant des éléments auxquels les réanimateurs sont peut attacher. L'âge est un critère fréquemment avancé pour les décisions de limitations et d'arrêt des soins, même en réanimation (28), mais il ne paraît pas suffisant pour évaluer la survie et la qualité de vie à l'issue du séjour en réanimation (29). Il est certes inclus dans de nombreux scores de gravité, en particulier IGS II et MPM II, mais il doit être pondéré par l'état fonctionnel antérieur et l'autonomie du patient. Dans notre étude les patients refusés étaient significativement plus âgés que les malades admis, montrant ainsi le poids encore important de ce paramètre dans les décisions d'admission en réanimation.

L'existence d'un événement iatrogène grave était retenue dans 17 cas pour les infirmiers et 9 cas pour les oncologues. L'oncologie et l'hématologie font fréquemment « de la mort un accident biologique réparable » (30), un événement indésirable grave susceptible de modifier les données d'un protocole thérapeutique. Comme l'exprime parfaitement Jacques Bréhant, « nous devons refuser d'adhérer aux courants d'idées qui célèbrent chaque victoire de la science sur la mort et tendent à faire de cette dernière le résultat d'une carence ou d'une erreur, plus que d'un état propre à la condition humaine. » (31). L'échec thérapeutique et l'incident iatrogène, même s'ils sont évitables, doivent être assumés par tous, dès la décision de mise en route du traitement.

Quand la connaissance scientifique est dépassée et le pouvoir médical démuné, l'angoisse des soignants et des soignés croît. Celle des médecins les conduit à vouloir rationaliser l'agonie de l'autre.



Le patient se retrouve alors souvent seul, et le réanimateur intervient auprès d'un patient « en plein désarroi ». Le réanimateur doit, alors, parfois, déclarer son impuissance pour répondre aux demandes du patient. Malheureusement dans le contexte de l'urgence ce rapport à l'autre devient complexe, en raison du manque de disponibilité du réanimateur, de l'état clinique précaire du patient, et des réticences des proches.

### **5.3. Choix des critères de décision d'admission en réanimation**

Les réanimateurs essaient de prêter attention à l'avis du patient, mais aussi à celui de l'oncologue référent. L'état fonctionnel et nutritionnel du patient, et la réversibilité de l'épisode aigu sont des éléments importants de sa décision. Il n'existe pas d'outil validé pour le « tri » des malades pouvant bénéficier d'un transfert en réanimation. Les scores de gravité ou de défaillances habituellement utilisés en réanimation sont peu performants pour déterminer le pronostic individuel des malades d'onco-hématologie (32, 33) comme d'ailleurs celui des malades hors cancérologie (34, 35). Les deux scores utilisés dans notre étude, IGS II et MPM II, ont déjà été utilisés comme outil de décision d'admission en réanimation (34, 35). Ils sous-estimaient systématiquement la mortalité des patients refusés en raison de leur extrême gravité clinique, par contre selon les études, il surestimait (35) ou sous-estimait (34) la mortalité hospitalière des patients admis en réanimation. Pour les malades de cancérologie, aucun score ne semblait satisfaisant. Pour Berghmans et al., l'ICM (*ICU Cancer Mortality model*), score établi spécifiquement pour les malades d'oncologie, apportait la meilleure prédiction individuelle, dans 79% des cas (32). Alors que Soares et al. montraient que 4 scores sous-estimaient la mortalité hospitalière des malades d'oncologie proposés en réanimation de 15 à 50% (IGS II, MPM II, APACHE II et APACHE III) et un score surestimait de 95% la mortalité (CMM) (33). Dans notre étude, la sous-estimation par l'IGS II et du MPM II des patients refusés, et par conséquent la sous-estimation de la mortalité de ces patients, peut être expliquée par l'absence de bilan biologique systématique au moment de la décision. Ces scores sont essentiellement basés sur des paramètres biologiques (PaO<sub>2</sub>, taux de globules blancs, urée plasmatique, bilirubinémie totale, ...) que nous ne réclamons pas lorsque nous pensons que le patient est en situation terminale. L'évaluation clinique, anamnestique, et la discussion avec le patient, sa famille et le médecin référent

permettent d'évaluer correctement la situation sans infliger au patient une ultime, et parfois douloureuse, prise de sang. Aucune perte de chance ne semble découler de cette attitude.

Le cadre décisionnel que nous avons mis en place était proche de celui défini par les sociétés de réanimation européenne et nord-américaine, et utilisés comme référence par Azoulay (12). Nous avons essayé d'adapter ces recommandations à un recrutement de patients exclusivement composé de malades d'oncohématologie. La compliance des réanimateurs à nos recommandations était bonne (29 fois sur 34) contrairement à l'étude d'Azoulay et al. (12). On peut donc en déduire qu'elles étaient bien adaptées aux situations cliniques rencontrées dans notre établissement.

Finalement les seuls paramètres pronostiques indépendants en analyse multivariée pour les malades de cancérologie ou d'hématologie proposés en réanimation étaient l'extension tumorale, état fonctionnel, le nombre de défaillances (36, 37). « Ce n'est donc pas le pronostic énoncé par la science qui fait loi, mais bien l'idée qu'en a le médecin, bien plus proche d'une représentation médicale que d'une connaissance strictement médicale » (38).

Le nombre de lits intervenait de façon significative dans la décision d'admission dans plusieurs études (12,39), mais pas dans notre travail. En n'admettant que des malades suivis à l'IGR, nous pouvons plus facilement disposer de lits dans les autres unités, donc plus rarement refusés des patients pour manque de place. Escher et al., ont interrogé 232 réanimateurs concernant les critères de décision des malades proposés en réanimation (40). Le pronostic de la maladie sous-jacente 82% (des réanimateurs questionnés), le pronostic de l'épisode aigu 81%, la volonté du patient 70%, l'équité des soins 53%, le nombre de lits disponibles en réanimation 52%, étaient les critères les plus fréquemment retenus. Ces données nous indiquent, comme dans notre travail, que se mêlaient pour la décision finale des critères objectifs et des critères subjectifs. Laisser « une part de subjectivité » à la décision d'admission en réanimation comme le proposait Luc Montuclard est cependant difficile (41).

Les réanimateurs, en particulier à l'institut Gustave Roussy, doivent opposer à la compétence reconnue des oncologues et des hématologues, spécialiste de « la maladie », leur compétence pluripotente de spécialiste « du malade ». De plus il est souvent difficile d'imposer cette subjectivité aux autres ou de faire coïncider plusieurs subjectivités. Cette subjectivité est tout de même présente dans les décisions des réanimateurs puisque d'une part 5 patients admis sortaient du cadre

décisionnel préalablement établi, et d'autre part, on peut remarquer qu'aucun malade atteint d'hémopathie n'a été refusé. L'absence de refus des malades d'hématologie peut être expliquée par une meilleure « sélection » des hématologues concernant les malades proposés en réanimation, des malades plus jeunes et en meilleur état général, un investissement thérapeutique et psychologique important concernant les malades allogreffés pouvant influencer les réanimateurs, et enfin la présence d'un hématologue expérimenté dans l'équipe de réanimation.

De quel droit, grâce à quel diplôme, les réanimateurs s'adjugeraient-ils la compétence pour dire « pas de gestes de réanimation » ? Souvent, les autres médecins abandonnent aux réanimateurs cet immense pouvoir, décrit par Xavier Emmanuelli : « ..., jamais médecin dans l'histoire de l'humanité n'eut autant de pouvoir sur l'autre, autant d'écrasantes responsabilités, que le réanimateur » (42). Nous devons transformer ce rapport de pouvoir, cette compétence pour choisir, en une relation à l'autre assumée, libérée de toute contrainte scientifique, en une relation transitoire mais complète. Quel que soit l'issu et la décision, le patient doit être guidé bien plus que soutenu.

#### **5.4. Réanimation et non-malfaisance : une ambiguïté difficile à assumer**

Le bénéfice physique et psychologique de la décision, à court et moyen terme, n'a pas été évalué dans notre étude. La mortalité hospitalière des malades refusés était significativement plus élevée que celle des patients admis, comme dans la littérature sur ce thème (tableau 6), mais le confort de vie n'a pas été analysé. En réanimation oncohématologique, les patients sont refusés soit parce qu'ils ne sont « pas assez graves » (20 à 40% des cas), ne relevant pas directement de la réanimation, mais plutôt d'une expertise de médecine interne ou d'infectiologie, parfois absente des services d'oncohématologie, soit parce qu'ils sont « trop graves » (60 à 80% des cas), avec défaillances viscérales vues trop tardivement et/ou une néoplasie évoluée sans ressource thérapeutique.

On peut alors se demander si la réanimation d'un centre de lutte contre le cancer, établissement entièrement dédié au traitement des malades atteints de cancer, peut refuser les malades proposés, ou au contraire doit être disponible pour apporter tous les soins que les autres unités ne peuvent délivrer. Cette réflexion est actuellement en cours dans notre établissement. Il faut cependant dire clairement que le passage en réanimation n'est pas dénué d'effets délétères physiques et psychologiques, comme le soulignait Jean-Marie Fonrouge : « Celui qui n'a pas vu ce tuyau glissé

dans la gorge juste au-dessus des bronches, ces cathéters enfoncés dans les veines après trop d'échecs, cet appareil permettant de lire l'électrocardiogramme qui vient déranger la pièce de ses bips toujours plus forts et parfois de ses alarmes stressantes... » (44). On peut même écrire de façon crue et cruelle que la réanimation n'est le meilleur endroit pour mourir, même si la densité de personnel y est plus élevée que dans les autres unités, si la compétence en thérapeutiques palliatives y est habituellement élevée, et si le niveau de réflexion éthique y est peut-être plus affirmé. Une des stratégies proposées par les spécialistes de la réanimation oncohématologique est la réanimation d'attente. Tous les patients proposés sont admis en réanimation et réévaluer systématiquement de façon séquentielle à l'aide des scores de gravité (45, 46). Cette stratégie est justifiée par l'amélioration constante du pronostic des malades d'oncologie admis en réanimation, mais ne tient pas compte des effets délétères éventuels du passage en réanimation. Ces différentes stratégies pourraient être comparées afin de mesurer leurs conséquences pronostiques, physiques et psychologiques.

#### **5.5. Entre contextualité et singularité, la « troisième voie » (47): mais finalement qu'attendent de la réanimation les patients et leur famille ?**

Dans notre étude, les patients et les familles semblaient bien accepter les décisions des réanimateurs, même si l'un des défauts de ce travail est de n'avoir pas pu questionner directement les patients et les familles. Il nous a paru difficile, voire cruel, d'obtenir l'opinion des patients et des familles, en particulier après une décision de non-admission en réanimation, même si elle était motivée et comprise.

De plus, il est difficile d'interpréter les sentiments des patients après ce genre de décision. « ... le même sourire d'un malade dit la confiance dans l'avenir et la guérison ou l'acceptation de la mort prochaine, ... » (38). Nous avons vu, plus haut, qu'en situation palliative les patients acceptaient les décisions de limitation thérapeutique. Le pré requis indispensable est donc leur connaissance de la situation carcinologique, ce qui n'était pas fréquemment le cas dans notre étude, 19 fois sur 34 seulement. Cette situation est liée au défaut d'informations transmises aux patients, alors qu'elles sont plus souvent transmises à la famille - « surtout ne lui dites rien, il ne le supporterait pas ». Nous retrouvons là le conflit intérieur du cancérologue, entre sa volonté de respecter l'autonomie du patient,

maintenir un climat de confiance avec la famille, et limiter les angoisses du patient. De plus, se référant à la famille plutôt qu'au patient lui-même, il doit faire face à leurs possibles changements d'avis concernant l'investissement thérapeutique, générés par leurs difficultés à assumer la fin prochaine de la vie de l'autre, « cette vie autre aussi importante que la mienne » suggérée par Paul Ricœur. Jean-Marie Fonrouge faisait ce constat : « même à la fin d'un cancer qui a rongé le corps et l'espoir, des familles appellent au secours » (44). Nous retrouvons cette contradiction jusque dans la culture populaire, et par exemple dans cette chanson de la canadienne Linda Lemay, qui dans la première partie écrit : « Retirez vos aiguilles, Laissez là donc partir ... C'est requis et vos machines Qui tirent chacun requis bord ... », puis dans la seconde partie : « ...Mais ranimez-la donc ... Gonflez-lui les poumons Augmentez-lui ses doses ... » (48). Cet appel de détresse exprime autant un besoin d'aider le mourant que d'être aidé à accepter cette mort. Il est malheureusement souvent entendu dans son sens premier, et entraîne parfois des admissions en réanimation apportant peu ou pas de bénéfice aux patients. Le bénéfice « anxiolytique » de cette admission pour les proches n'est d'ailleurs pas plus évident. Elles ne font que prolonger l'agonie, les souffrances du mourant et celles des parents.

La désignation systématique d'une personne de confiance, comme le propose la loi du 04 mars 2002 (49) et la mise en place des directives anticipées (loi du 22 avril 2005 (50)) pourraient limiter ces conflits intérieurs et extérieurs, et rendre au patient l'autonomie souvent maltraitée dans ces situations de limitations thérapeutiques.

## Conclusions

Ce travail n'a pas cherché à comparer plusieurs stratégies d'admission, ni différents critères de choix. Elle a plutôt tenté de faire accepter par la pratique, par le consensus, des critères préalablement établis. Une décision prise en urgence, peut dans une certaine mesure, être collégiale, autonomiste, mais doit aussi laisser la place à la singularité et à la contextualité. Cette décision soumise aux soignants et aux soignés est le plus souvent bien accueillie, lorsqu'elle est justifiée et expliquée. Cet accord nécessite malgré tout une meilleure information préalable du patient et de sa famille.

Un cadre décisionnel pour l'admission des malades en réanimation oncohématologique, fondé sur l'évolutivité tumorale et les recours thérapeutiques possibles, la réversibilité de l'épisode aigu, et l'état fonctionnel antérieur, peut être mis en place dans un centre de lutte contre le cancer. A partir des résultats de cette étude une nouvelle charte établissant les règles d'admission en réanimation est en cours d'élaboration. Une mise à jour régulière tenant compte des progrès des traitements spécifiques d'oncohématologie pourrait être proposée. Des explications claires et complètes au patient et à sa famille au moment de la décision, et aux soignants en charge du patient, permettent, le plus souvent, à tous, d'adhérer à une décision objective, raisonnable et consensuelle (51). Cependant, une meilleure préparation des patients et des familles aux risques d'aggravation clinique, pourrait améliorer cette situation. Une discussion régulière du médecin référent avec le patient et sa famille concernant l'évolution de la néoplasie, les alternatives thérapeutiques, et les risques évolutifs, amènerait naturellement le patient à se déterminer face au risque de thérapeutiques agressives et d'un transfert en réanimation. Au mieux, et comme le proposent les lois du 04 mars 2002 et du 22 avril 2004 (49, 50), la désignation d'une personne de confiance et la rédaction de directives anticipées, révisées, par exemple, en fonction de l'évolution tumorale et du projet thérapeutique, permettraient de connaître rapidement les volontés du patient en cas de dégradation rapide de son état. A l'institut Gustave Roussy, la désignation de la personne de confiance est proposée au patient par les oncologues. Mais cette proposition est encore trop souvent anecdotique, et rarement suivie d'effet, pour être visible dans notre pratique de réanimation. La création, en juin 2005, d'un groupe de réflexion éthique à l'institut Gustave Roussy, devrait permettre d'accélérer la mise en place de ces

outils de décision. Ce groupe de réflexion, composé en particulier de deux médecins diplômés en éthique (Martine Gabolde et Philippe Poulain), a proposé sa compétence aux unités cliniques pour aider le personnel soignant à structurer un questionnement éthique à propos d'un cas particulier.

De plus, une réflexion, entreprise à l'occasion de la préparation du déménagement de la réanimation dans de nouveaux locaux, devrait permettre de mieux cerner les rôles de la réanimation et des réanimateurs dans un centre de lutte contre le cancer. Lieu privilégié par sa densité de personnel infirmier et médical, par son expérience dans la réflexion éthique, et par son regroupement de compétences, elle pourrait être une unité d'accueil des malades graves pouvant bénéficier de la réanimation, des malades graves ne bénéficiant pas *a priori* d'une réanimation lourde mais dont la situation est trop complexe pour être prise en charge en hospitalisation classique, mais aussi le point de départ de la réflexion éthique concernant l'information aux malades et aux familles, les décisions d'arrêt ou de limitations des thérapeutiques, le consentement des patients aux traitements spécifiques et aux gestes invasifs, etc.

Enfin, l'ensemble de ces pratiques pourrait être évalué et discuté dans tous des centres de lutte contre le cancer. Nous pourrions ainsi établir des règles communes d'admission en réanimation.

**Tableau 1. Tableau récapitulatif des critères d'admission des malades d'oncohématologie en réanimation (d'après 3)**

<p><b>1</b>  Néoplasie sous-jacente permettant d'espérer une survie <math>\geq</math> 6 mois,  Traitement innovant mis en route récemment et dont l'efficacité supposée pourrait permettre une survie <math>\geq</math> 6 mois,  Précocité de l'appel du réanimateur,  Réversibilité supposée de la (des) défaillance(s) aiguë(s),  Défaillance mono- ou pauci-viscérale,  Défaillance rénale, hématologique ... (plutôt que respiratoire ou circulatoire) ...  <b>... sont des critères EN FAVEUR de l'admission en réanimation</b></p>
<p><b>2</b>  Existence d'un cancer plutôt que d'une hémopathie  Durée d'aplasie prolongée, ou sortie d'aplasie non imminente,  Scores généralistes de gravité élevés ...  <b>... NE SONT PAS des critères permettant de récuser un transfert en réanimation</b></p>
<p><b>3</b>  Complication iatrogène ou toxicité inattendue,  Inclusion dans un essai thérapeutique,  Jeune âge du patient,  Demande pressante de la famille (indépendamment de l'avis du malade),  <b>... NE SONT PAS des critères suffisants pour un transfert en réanimation</b></p>
<p><b>4</b>  Néoplasie au stade terminal, palliatif, ou ne laissant pas espérer une survie <math>\geq</math> 6 mois,  Altération majeure de l'état général, ou requis sévères (quel que soit le statut tumoral),  Irréversibilité prévisible de la défaillance aiguë (jugée sur le nombre de défaillances d'organes d'emblée, la gravité de la défaillance respiratoire, ...),  Insuffisance respiratoire tardive après allogreffe nécessitant la ventilation mécanique,  Complication tardive de l'allogreffe, en contexte requis et d'immunodépression sévères,  Refus du malade de toute intervention invasive ...  <b>... sont des critères plaidant CONTRE un transfert en réanimation</b></p>



**Tableau 2. Situations oncohématologiques ne relevant pas, *a priori*, de la réanimation (d'après 4 et 5)**

<b>Hémopathies lymphoïdes</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ LNH de bas grade en rechute et réfractaire sans possibilité d'autogreffe ou d'allogreffe (voir le nombre de lignes antérieures et les possibilités thérapeutiques restantes)</li> <li>▪ LNH agressif en rechute après autogreffe, sans allogreffe envisageable</li> <li>▪ LNH agressif en rechute après chimiothérapie, sans autogreffe ou allogreffe envisageable</li> <li>▪ LNH de Burkitt en rechute chimiorésistant</li> <li>▪ Myélome en rechute et réfractaire sans possibilité d'autogreffe ou d'allogreffe</li> <li>▪ Leucémie lymphoïde chronique en rechute et réfractaire sans possibilité d'autogreffe ou d'allogreffe (voir le nombre de lignes antérieures et les possibilités thérapeutiques restantes)</li> </ul>
<b>Leucémies aiguës, hémopathies myéloïdes et greffes</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ LA &gt; 70 ans (discuter ventilation non invasive selon état général et chimiosensibilité)</li> <li>▪ LA réfractaire, AREB transformée ou syndrome myéloprolifératif acutisé sans projet d'allogreffe</li> <li>▪ GVH grade IV au cours d'une allogreffe : à discuter au cas par cas</li> </ul>
<b>Tumeurs solides</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cancer du sein métastatique en échec avec rechute précoce</li> <li>▪ Cancer bronchique non à petites cellules avec métastase viscérale</li> <li>▪ Carcinome bronchiolo-alvéolaire à forme pneumonique</li> <li>▪ Cancer bronchique à petites cellules en rechute précoce (&lt; 3 mois)</li> <li>▪ Lymphangite carcinomateuse (quel que soit le primitif)</li> <li>▪ Cancer de l'œsophage en récurrence ou métastatique</li> <li>▪ Cancer du pancréas métastatique</li> <li>▪ Cancer du col de l'utérus stade admission, ou de l'endomètre stade IV</li> <li>▪ Carcinose péritonéale extragynécologique (sauf tumeur colique ou maladie gélatineuse du péritoine avec chirurgie maximaliste et CHIP)</li> <li>▪ Cancer anaplasique de la thyroïde, notamment si non résécable</li> <li>▪ Cancer du rein avec métastase hépatique (voire pulmonaire)</li> <li>▪ Glioblastome cérébral chez un patient âgé ou en mauvais état général</li> <li>▪ Métastase cérébrale de tumeur solide (sauf cancer du sein, ou si possibilité de neurochirurgie ou de radiothérapie stéréotaxique)</li> <li>▪ Méningite carcinomateuse</li> <li>▪ admission sans possibilité chirurgicale</li> <li>▪ Hépatocarcinome sans possibilité chirurgicale ou de chimio-embolisation</li> </ul>

**Tableau 3. Caractéristiques démographiques, carcinologiques et pronostiques des 34 patients inclus**

<b>Caractéristiques</b>	
<i>Age (années)*</i>	51,4 (55,0) [24,0-76,0]
<i>femmes/hommes**</i>	9/25 (26%/74%)
<i>Tumeurs solides/ hémopathies**</i>	21/13 (62%/38%)
<i>Présence de métastases** (oui/non)</i>	15/6 (71%/29%)
<i>Durée d'évolution de la néoplasie (mois)*</i>	31,3 (17,0) [1-156]
<i>Traitement spécifique en cours** (oui/non)</i>	24/10 (71%/29%)
<i>Nombre de défaillances à l'inclusion*</i>	1,9 (2,0) [0,0-5,0]
<i>IGS II*</i>	44,9 (43,5) [17,0-90,0]
<i>Etat fonctionnel** (a ou b/c ou d)</i>	23/11 (68%/32%)
<i>Décès hospitalier** (oui/non)</i>	16/18 (47%/53%)

\*exprimées par moyenne (médiane) [valeurs seuils] ;

\*\*exprimées par le nombre (pourcentage)

**Tableau 4. Caractéristiques démographiques des soignants ayant participé à l'étude**

	Infirmiers (n=28)	Oncologues (n=29)	Réanimateurs (n=7)
Age (années)*	32,6 (28) [25-47]	34,4 (32) [24-46]	33,9 (34) [29-38]
Femme/Homme	23/5	13/16	4/3
Ancienneté IGR (années)*	8 (3) [2-22]	4 (2) [0-12]	2 (1) [0-11]
Thésés (médecins) ou titulaires (infirmiers) (%)	100%	55%	86%
Expérience de la réanimation (%)	11%	17%	100%

\*moyenne (médiane) [valeurs seuils]

**Tableau 5. Comparaison des patients admis et des patients refusés**

Caractéristiques	Patients admis n=24	Patients refusés n=10	p
Age* (années)	48,3 (± 13,6)	58,9 (± 10,6)	< 0,05
Femmes/Hommes	7/17	2/8	ns
Tumeur solide/Hémopathie	11/13	10/0	<0,005
Présence de métastases (oui/non)	8/3	7/3	ns
Durée dévolution de la néoplasie* (mois)	30,4 (± 40,7)	33,7 (± 34,2)	ns
Traitement spécifique en cours (oui/non)	16/5	8/2	ns
Nombre de défaillances*	1,9 (± 1,2)	1,5 (± 0,9)	ns
IGS II*	46,8 (± 17,2)	40,3 (± 14,6)	ns
MPM II*	35,1 (± 22,8)	44,6 (± 11,2)	ns
Mortalité hospitalière (%)	33,3	90,0	<0,005
Statut fonctionnel (ab/cd)	19/5	4/6	<0,05
Etat nutritionnel (a/bc)	4/20	1/9	ns
Espérance de vie estimée par l'oncologue* (mois)	28,8 (± 6,6)	5,4 (± 6,0)	< 0,001
Espérance de vie estimée par le réanimateur* (mois)	18,5 (± 7,5)§	4,5 (± 2,1)§	< 0,001
Nombre de lits disponibles en réanimation*	1,71 (± 1,04)	1,60 (± 1,07)	ns
Nombre de décès en réanimation dans les 7 jours précédents la décision*	0,91 (± 0,34)	0,80 (± 0,32)	ns
Heure de décision (jour/nuit)	11/13	4/6	ns
Jour de décision (semaine/WE et JF)	19/5	6/4	ns

\*moyenne (± déviation standard) ;

§ Comparaison entre espérance de vie estimée par le réanimateur et par l'oncologue : ns.

Abréviations : WE et JF : week-end et jour férié

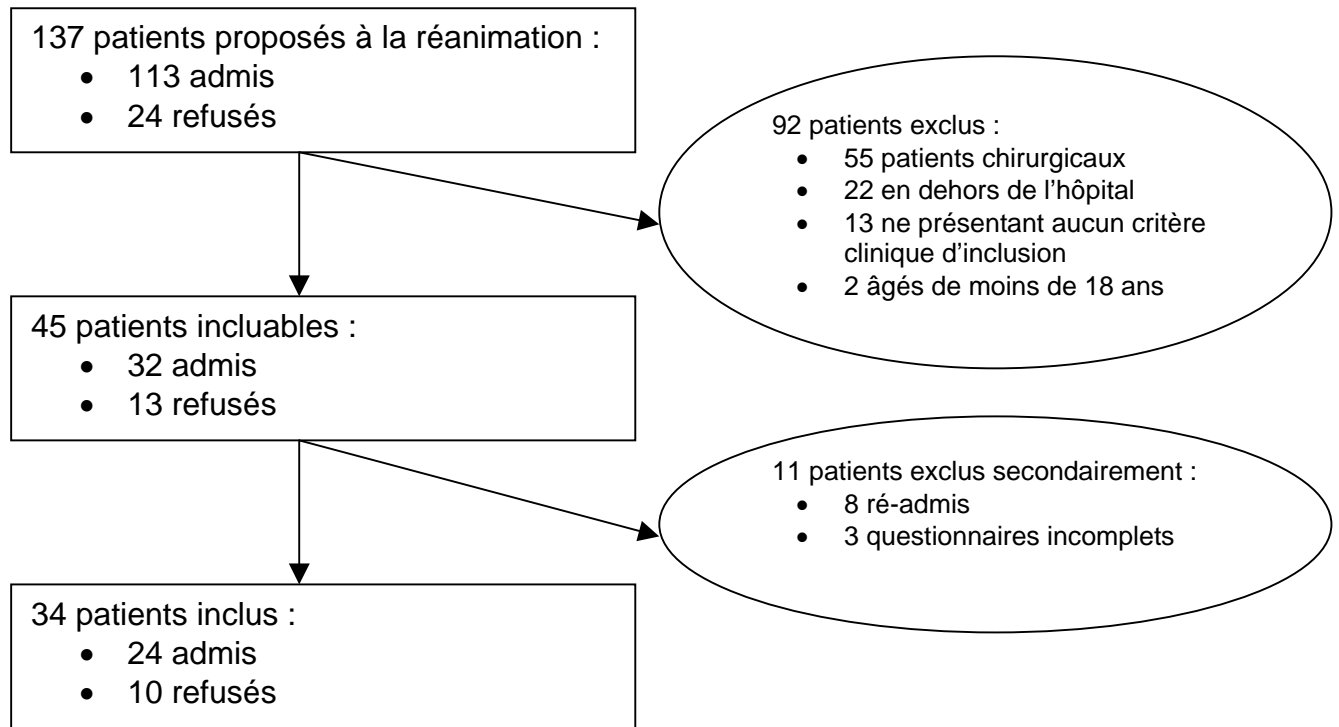
**Tableau 6. Etudes comparant la mortalité hospitalière des malades refusés ou admis en réanimation**

Auteur Année de publication (réf.)	N proposés/ N refusés	Durée d'évaluation	Mortalité hospitalière		
			Admis	Refusés « trop graves »	Refusés « pas assez graves »
Joynt 2001 (34)	624 / 236	6 mois	37%	90%	6%
Garrouste-Orgeas 2003 (35)	334 / 145	8 mois	23%	60%	7,5%
Sprung 1999 (39)	382/61	7 mois	14%	81%	18%***
Thiery 2003* (43)	206 / 88	12 mois	45,7%**	75%**	8,5%**
IGR (données personnelles)*§	690 / 220	15 mois	18%	78%	-
IGR (présente étude)*	137 / 47	4 mois	33,3%	90%	7,7%

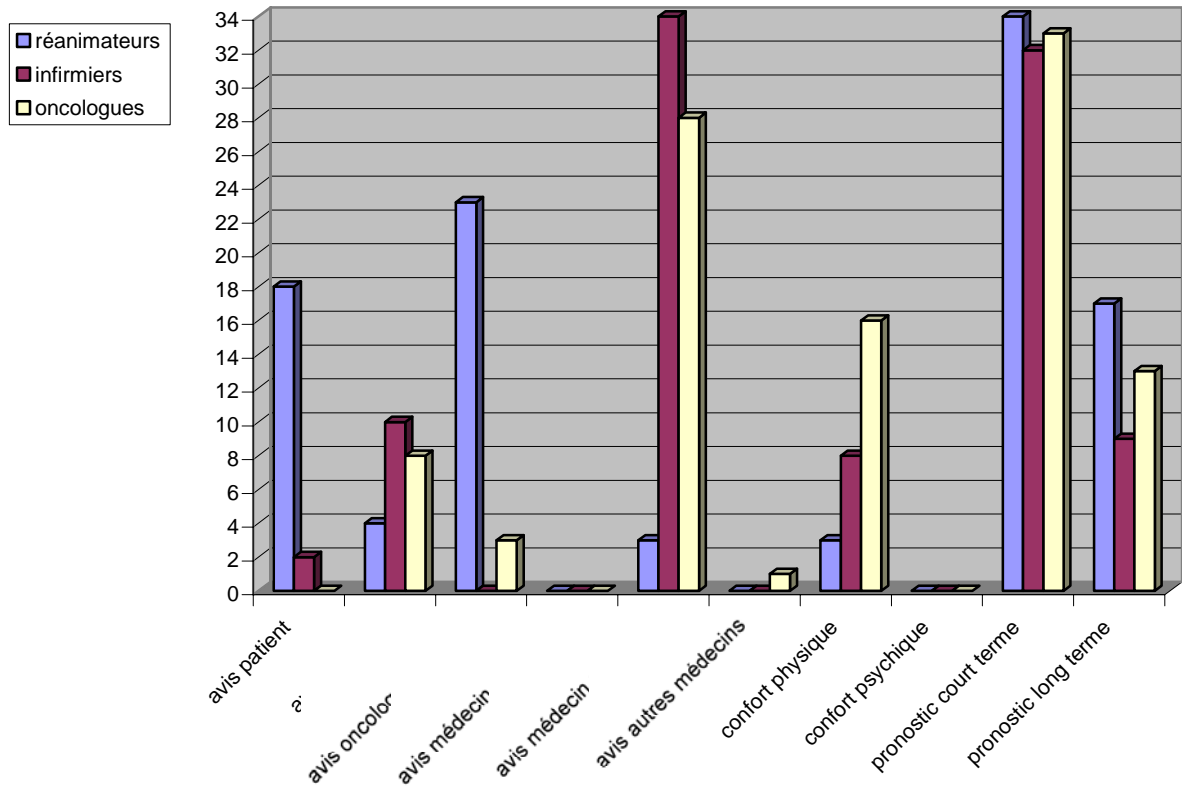
\*Patients d'oncohématologie exclusivement ; \*\*Mortalité à J30 ; \*\*\*Mortalité hospitalière des patients refusés avec un APACHE II  $\leq$  20 (mortalité hospitalière à 12,5% si APACHE II  $\leq$  10).

§Étude rétrospective monocentrique, non publiée, réalisée entre le 01/01/2003 et le 31/03/2004.

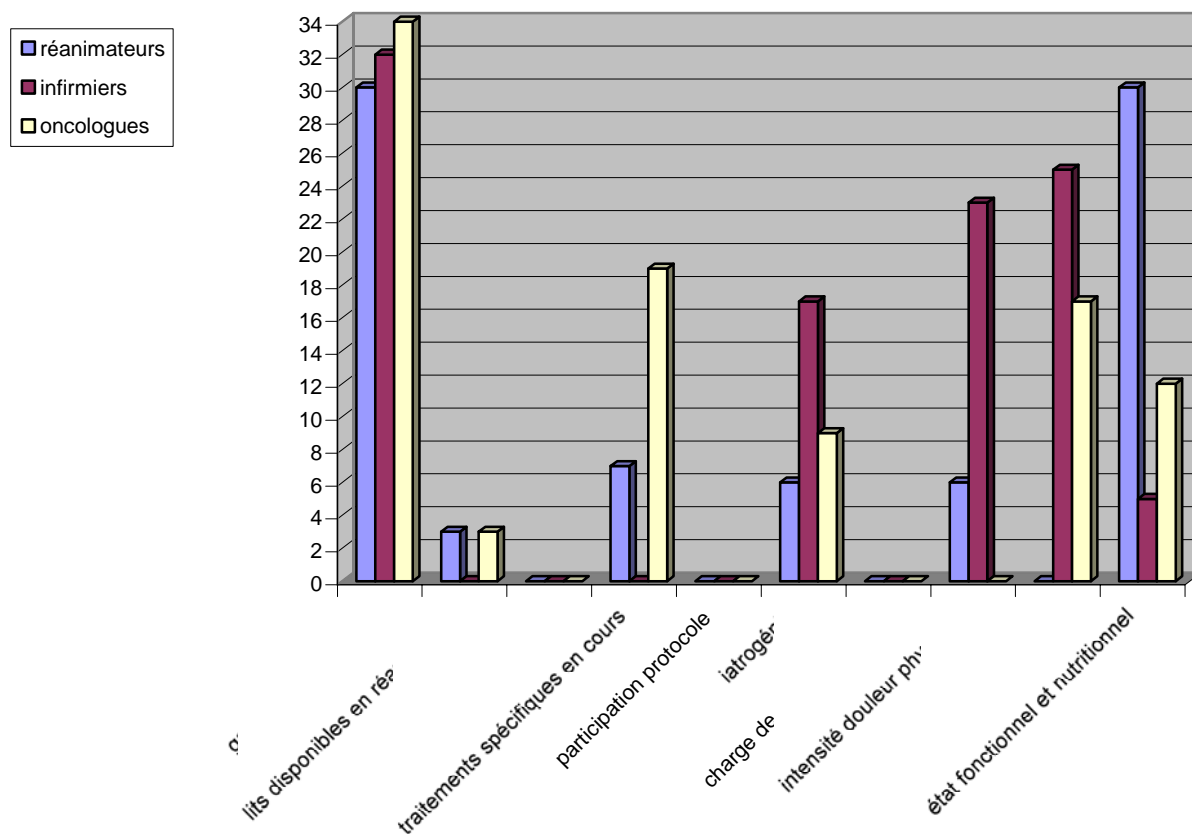
Figure 1. Profil d'étude



**Figure 2. Critères ayant motivé l'intervention du réanimateur. Nombre de fois où le critère a été classé parmi les 3 plus importants**



**Figure 3. Critères ayant motivé la décision finale d'admission ou de refus. Nombre de fois où le critère a été classé parmi les 3 plus importants**





## Références :

1. Azoulay E, Blot F. Critères d'admission des patients d'oncohématologie en réanimation. In : Blot F, Conti G, eds. Réanimation en oncohématologie. Elsevier 2004. p760-770.
2. Hilbert G, Gruson D, Vargas F, Valentino R, Gbikpi-Benissan G, Dupon M, Reiffers J, Cardinaud JP. Noninvasive ventilation in immunosuppressed patients with pulmonary infiltrates, fever, and acute respiratory failure. *N Engl J Med*. 2001 15; 344: 481-7.
3. Si Larbi AG, Aubier B, Maillet S, Lévy C, Laplanche A, Raynard B, Nitenberg G, Blot F. Influence de la néoplasie sur le pronostic à moyen et long terme de patients d'oncohématologie après un séjour en réanimation. Résultats préliminaires d'une étude rétrospective sur 10 ans. *Réanimation* 2003; 12 (suppl3): 148s.
4. Poynard T, Munteanu M, Ratziu V, Benhamou Y, Di Martino V, Taieb J, Opolon P. Truth survival in clinical research: an evidence-based requiem? *Ann Intern Med*. 2002; 136: 888-95.
5. Leblond V, Renaud M. Pronostic des hémopathies malignes en 2003. In : Blot F, Conti G, eds. Réanimation en oncohématologie. Elsevier 2004. p716-734.
6. Meric JB, Alexandre I, Rixe O. Pronostic des tumeurs solides en 2003. In : Blot F, Conti G, eds. Réanimation en oncohématologie. Elsevier 2004. p735-759.
7. Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. *JAMA*. 1993 22-29; 270: 2957-63.
8. Lemeshow S, Teres D, Klar J, Avrunin JS, Gehlbach SH, Rapoport J. Mortality probability models (MPM II) based on an international cohort of intensive care patients. *JAMA* 1993; 270: 2478-86.
9. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. Prognosis in acute organ-system failure. *Ann Surg*. 1985; 202: 685-93.
10. Knaus WA, Wagner DP, Draper EA, Zimmerman JE, Bergner M, Bastos PG, Sirio CA, Murphy DJ, Lotring T, Damiano A, et al. The APACHE III prognostic system. Risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults. *Chest*. 1991; 100: 1619-36.

11. Baker JP, Detsky AS, Wesson DE, Wolman SL, Stewart S, Whitewell J, Langer B, Jeejeebhoy KN. Nutritional assessment: a comparison of clinical judgement and objective measurements. *N Engl J Med*. 1982; 306: 969-72.
12. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Vinsonneau C, Garrouste M, Cohen Y, Thuong M, Paugam C, et al. Compliance with triage to intensive care recommendations. *Crit Care Med* 2001; 29: 2132-6.
13. Olver IN, Elliott JA, Blake-Mortimer J. Cancer patients' perceptions of do-not-resuscitate orders. *Psycho-oncology* 2002; 11: 181-7.
14. Pentz RD, Lenzi R, Holmes F, Khan MM, Verschraegen. Discussion of the do-not-resuscitate order: a pilot study of perceptions of patients with refractory cancer. *Intensive Care Med* 2002; 10: 573-8.
15. McCahill LE, Krouse RS, Chu DZ, Juarez G, Uman GC, Ferrell BR, Wagman LD. Decision making in palliative surgery. *J Am Coll Surg* 2002; 195: 422-3.
16. Fallowfield LJ, Jenkins Va, Beveridge HA. Truth may hurt but deceit hurt more: communication in palliative care. *Palliat Med* 2002; 16: 297-303.
17. Weeks JC, Cook EF, O' Day ST, Peterson LM, Wenger N, Reding D, et al. Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their testament preferences. *JAMA* 1998; 239: 1709-14.
18. Tokuda Y, Nakazato N, Tamaki K. Evaluation of end of life care in cancer patients at a teaching hospital in Japan. *J Med Ethics* 2004; 30: 264-7.
19. Grassi L, Giraldi T, Messina EG, Magnani K, Valle E, Cartei G. Physicians' attitudes to and problems with truth-telling to cancer patients. *Support Care Cancer* 2000; 8: 40-5.
20. Schwartz L. *Métastases. Vérités sur le cancer*. Hachette Littérature, Paris, 1998.
21. Carol A. *Les médecins et la mort*. Collection Historique Aubier. Flammarion, Paris, 2004.
22. Llobera J, Esteva M, Rifa J, Benito E, Terrasa J, Rojas C, et al. Terminal cancer duration and prediction of survival time. *Eur J Cancer* 2000; 36: 2036-43.
23. Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients; prospective cohort study. *BMJ* 2000; 320: 469-73.

24. Lamont EB, Christakis NA. Prognostic disclosure to patients with cancer near the end of life. *Ann Intern Med* 2001; 134: 1096-1105.
25. Chow E, Harth T, Hruby G, Finkelstein J, Wu J, Danjeux C. How accurate are physicians' clinical predictions of survival and the available prognostic tools in estimating survival times in terminally ill cancer patients ? A systematic review. *Clin Oncol* 2001; 13: 209-18.
26. Glare P, Virik K, Jones M, Hudson M, Eychmuller S, Simes J, Christakis NA. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ* 2003; 327: 195-200.
27. Thiery G, Raynard B, Gruson D, Rabbat A, Combes A, Larché J, de Lassence A, Capellier G, Blot F, Azoulay E. Sélection des patients d'onco-hématologie pour l'admission en réanimation : comparaison des critères utilisés par les onco-hématologues et les réanimateurs. *Réanimation* 2003 ; 12 (suppl 3) : 236s.
28. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F; French LATAREA Group. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. *Lancet*. 2001; 357: 9-14.
29. Chelluri L, Grenvik A, Silverman M. Intensive care for critically ill elderly: mortality, costs, and quality of life. Review of the literature. *Arch Intern Med*. 1995; 155: 1013-22.
30. Jasmin C, Levy JA, Bez G. Cancer Sida ... La qualité de vie. Collections « Les empêcheurs de tourner en rond ». Synthélabo Groupe, Paris, 1996.
31. Bréhant J. Thanatos. Le malade et le médecin devant la mort. Laffont, Paris, 1976.
32. Berghmans T, Paesmans M, Sculier JP. Is a specific oncological scoring system better at predicting the prognosis of cancer patients admitted for an acute medical complication in an intensive care unit than general gravity scores ? *Support Care Cancer*. 2004; 12: 234-9.
33. Soares M, Fontes F, Dantas J, Gadelha D, Cariello P, Nardies F, et al. Performance of six severity-of-illness scores in cancer patients requiring admission to the intensive care unit : a prospective observational study. *Crit Care* 2004; 8: R194-R203.
34. Joynt GM, Gomersall GD, Tan P, Lee A, Yu Cheng CA, Yi Wong EL. Prospective evaluation of patients refused admission to an intensive care unit: triage, futility and outcome. *Intensive Care Med* 2001; 27: 1459-65.

35. Garrouste-Orgeas M, Montuclard L, Timsit JF, Misset B, Christias M, Carlet J. Triaging patients to the ICU : a pilot study of factors influencing admission decisions and patients outcomes. *Intensive Care Med* 2003; 29: 774-81.
36. Viganò A, Donaldson N, Higginson IJ, Bruera E, Mahmud S, Suarez-Almazor. Quality of life survival prediction in terminal cancer patients. A multicenter study. *Cancer* 2004; 101: 1090-8.
37. Massion PB, Dive AM, Doyen C, Bulpa P, Jamart J, Bosly A, Installé E. Prognosis of hematologic malignancies does not predict intensive care unit mortality. *Crit Care Med* 2002; 30: 2260-70.
38. Marin I. *Allez donc mourir ailleurs*. Editions requis, Paris, 2004.
39. Sprung CL, Geber D, Eidelman LA, Baras M, Pizov R, Nimrod A, Oppenheim A, Epstein L, Cotev S. Evaluation of triage decisions for intensive care admission. *Crit Care Med* 1999; 27: 1073-9.
40. Escher M, Perneger TV, Chevrolet JC. National questionnaire survey on what influences doctors' decisions about admission to intensive care. *BMJ* 2004; 329: 425-8.
41. Montuclard L. Réanimation : éviter l'affrontement stérile des convictions. *Le courrier de l'éthique médicale* 2001 ; 1 : 10-3.
42. Emmanuelli X. Postface. In : Fonrouge JM. *Et si l'homme devait mourir ... Paroles d'un médecin réanimateur*. Littératures Autrement, Paris, 2003.
43. Thiery G, Azoulay E, Moreau D, Darmon M, Le Gall JR, Schlemmer B. Evaluation de la sélection des patients d'onco-hématologie pour l'admission en réanimation. *Réanimation* 2003 ; 12 (suppl 3) : 237s.
44. Fonrouge JM. *Et si l'homme devait mourir ... Paroles d'un médecin réanimateur*. Littératures Autrement, Paris, 2003.
45. Blot F, Cordonnier C, Buzin A, Nitenberg G, Schlemmer B, Bastuji-Garin S, ; for the group Club sur L'Infection en Onco-Hématologie. Severity of illness scores : are they useful in febrile neutropenic adult patients in hematologic wards ? a prospective multicenter study. *Crit Care Med* 2001; 29: 2125-31.

46. Azoulay E, Thiery G, Moreau D, Darmon M, Le Gall JR, Schlemmer B. Insuffisance respiratoire aiguë chez les patients d'onco-hématologie : plaidoyer pour une réanimation d'attente. *Réanimation* 2003 ; 12 (suppl 3) : 148s.
47. Pochard F. Actes de fin de vie médicalisée en réanimation : l'éthique médicale entre théorie et pratique. Doctorat d'Université, mention éthique médicale et santé publique. Université René Descartes Paris V. Année 1999-2000.
48. Lemay L. Paul-Emile a des fleurs. In : Linda Lemay 1998. Warner Music Canada Ltd.
49. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002. *Journal Officiel* du 5 mars 2002
50. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005. *Journal Officiel* du 23 avril 2005
51. Blot F, Raynard B. Fin de vie en réanimation cancérologique. In : Boles JM, Lemaire F, eds : *Fin de vie en réanimation*. Paris : Elsevier 2004 : p303-317.

## Protocole CAROH (Critères d'Admission en Réanimation Onco-Hématologique)

### Informations aux soignants

*Cette étude a pour but d'évaluer la façon dont la décision d'admission en réanimation onco-hématologique est acceptée par le patient, ses proches, et les soignants en charge du patient. Cette évaluation est réalisée à l'aide d'un questionnaire à réponses fermées qui sera proposé à l'infirmière en charge du patient au moment de la décision, au médecin ayant appelé le réanimateur, et au réanimateur ayant examiné le patient et ayant pris la décision. Les questionnaires seront proposés dans les 24 heures suivant la décision.*

#### Critères d'inclusion des patients :

- ≥ 18 ans
- proposé en réanimation pour un motif médical
- présentant au moins un des paramètres d'alerte suivants :
  - hypotension systolique inférieure à 80 mmHg ne répondant pas au remplissage
  - oxygénothérapie supérieure à 6L/minute
  - diurèse inférieure à 30 mL/heure
  - score de Glasgow inférieur à 12
- qu'il soit finalement admis ou non.

#### Critères d'exclusion des patients :

- admis en réanimation après chirurgie programmée ou non programmée
- admis pour un motif médical sans aucun critère d'alerte (par exemple pour surveillance de traitement chez un malade à haut risque)
- admis en réanimation et venant directement de leur domicile ou d'un autre établissement de soins
- précédemment inclus dans cette étude.

Le patient, ou s'il n'est pas communicant, ses proches, devront être informés de l'inclusion du patient dans une enquête prospective ne relevant pas de la loi Huriet.

Les résultats de cette étude vous seront communiqués dès la fin de l'étude. En cas de problème, pour toute question ou suggestion, vous pouvez joindre le Dr. Bruno Raynard aux postes 4506 ou 4484.

ETIQUETTE  
PATIENT

DATE (JJMAA) : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] HEURE (HHMM) : [ ][ ][ ][ ][ ]

SERVICE : [ ][ ][ ][ ]

*Partie à découper avant saisie des données*

**ETUDE CAROH – QUESTIONNAIRE REANIMATEUR**

Initiales du patient [ ][ ] Date de la décision [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

1. **Pensez-vous que pour ce patient le passage en réanimation puisse apporter un confort physique ?**

Plus important  Identique  Moins important

2. **Pensez-vous que pour ce patient le passage en réanimation puisse apporter un confort psychique ? :**

Plus important  Identique  Moins important

3. **Pensez-vous pour ce patient que le passage en réanimation puisse améliorer son pronostic à court terme ?**

Oui  Non

4. **Pensez-vous pour ce patient que le passage en réanimation puisse améliorer son pronostic à long terme ? :**

Oui  Non

5. **Pensez-vous que les informations données à ce patient sur sa situation carcinologique avant l'épisode aigu ayant motivé votre intervention étaient ?**

Totales  Presque totales  Insuffisantes  Absentes

6. **Pensez-vous que les informations données à ce patient sur les risques d'une admission en réanimation avant l'épisode aigu ayant motivé votre intervention étaient ?**

Totales  Presque totales  Insuffisantes  Absentes

7. **Au moment de votre décision le patient connaissait-il la gravité de son état général ? :**

Totalement  Presque totalement  Très partiellement  Pas du tout

8. **Vous a-t-il donné oralement des informations susceptibles d'influencer votre décision ?**

Oui  Non  NA\*

\*NA = Non Applicable, si : patient non communicant

Si oui, lesquelles ? :

.....

9. **Quelles ont été ses réactions immédiates ?**

Volontarisme  Soulagement  Agitation  Pleurs  Mutisme  Prostration

Autres ; en clair : .....

10. **A-t-il compris votre décision ?**

Totalement  Presque totalement  Très partiellement  Pas du tout  NA\*

\*NA = Non Applicable, si : patient non communicant

11. **Avez-vous expliqué votre décision au patient ?**

Totalement  Presque totalement  Très partiellement  Pas du tout  NA\*   
\*NA = Non Applicable, si : patient non communicant

**12. Les proches de ce patient connaissaient-ils la gravité de l'état général du patient ? :**

Totalement  Presque totalement  Très partiellement  Pas du tout  NA\*   
\*NA = Non Applicable, si : pas de proches ou non joignables au moment de la décision

**13. Les proches de ce patient connaissaient-ils l'évolution tumorale du patient ? :**

Totalement  Presque totalement  Très partiellement  Pas du tout  NA\*   
\*NA = Non Applicable, si : pas de proches ou non joignables au moment de la décision

**14. Vous ont-ils donné oralement des informations susceptibles d'influencer votre décision ?**

Oui  Non  NA\*   
\*NA = Non Applicable, si : pas de proches ou non joignables au moment de la décision  
Si oui, lesquelles ? :  
.....

**15. Ont-ils compris votre décision ? :**

Totalement  Presque totalement  Très partiellement  Pas du tout  NA\*   
\*NA = Non Applicable, si : pas de proches ou non joignables au moment de la décision

**16. Avez-vous expliqué votre décision aux proches du patient dans les 12 heures suivant cette décision ?**

Totalement  Presque totalement  Très partiellement  Pas du tout  NA\*   
\*NA = Non Applicable, si : pas de proches ou non joignables au moment de la décision

**17. Classez, de 1 à 10, les éléments qui vous ont paru les plus importants au moment de prendre votre décision ?**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| L'avis du patient                                  | <input type="checkbox"/> |
| L'avis des proches                                 | <input type="checkbox"/> |
| L'avis de l'oncologue référent                     | <input type="checkbox"/> |
| L'avis du médecin de famille                       | <input type="checkbox"/> |
| L'avis du médecin présent au moment de la décision | <input type="checkbox"/> |
| L'avis d'autres médecins                           | <input type="checkbox"/> |
| Le confort physique du patient (douleur, ...)      | <input type="checkbox"/> |
| Le confort psychique du patient (anxiété, ...)     | <input type="checkbox"/> |
| Le pronostic à court terme du patient              | <input type="checkbox"/> |
| Le pronostic à long terme du patient               | <input type="checkbox"/> |

**18. Existait-il une information claire dans le dossier concernant la décision à prendre en cas de défaillance vitale ?**

Oui  Non   
Si oui, laquelle ?.....

**19. Le patient avait-il des desiderata particuliers retranscrits dans le dossier ?**

Oui  Non   
Si oui, lesquels ?  
.....  
.

**20. Existait-il une personne référente ?**

Oui  Non

**21. Si oui, a-t-elle été informée de la décision ?**

Oui  Non



22. Si oui, a-t-elle été consultée avant la prise de décision ?

Oui  Non

23. La plus grande liberté de choix laissée au patient par la loi du 04 Mars 2002 (renforcement de l'autonomie du patient) a-t-elle influencé votre décision ?

Oui  Non

Pourquoi ?.....

24. Concernant la prise de décision concernant ce patient, a-t-elle été ?

Très facile  facile  difficile  très difficile

Si difficile ou très difficile, pourquoi (en clair) ? :

.....

25. Auriez-vous pris une décision différente pour ce patient dans un autre hôpital ?

Oui  Non

Pourquoi ?.....

26. Classez les éléments suivants (de 1 à 10) du plus important au moins important comme devant intervenir dans la décision de passage en réanimation de ce patient :

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Gravité de l'épisode aigu   | <input type="checkbox"/> |
| Nombre de lits disponibles en réanimation                           | <input type="checkbox"/> |
| Gravité du cancer   | <input type="checkbox"/> |
| Traitement spécifique en cours (chimio, radio, ...)                 | <input type="checkbox"/> |
| Participation du patient à un protocole thérapeutique               | <input type="checkbox"/> |
| Caractère iatrogène de l'épisode aigu                               | <input type="checkbox"/> |
| Charge de travail infirmier dans le service où se trouve le patient | <input type="checkbox"/> |
| Intensité de la douleur physique                                    | <input type="checkbox"/> |
| Age du patient  | <input type="checkbox"/> |
| Etat fonctionnel et nutritionnel                                    | <input type="checkbox"/> |

**Localisation tumorale** (en clair) : ..... **Métastatique** : OUI  NON

**Date de découverte du cancer (MMAA)** :

**Traitements spécifiques du cancer dans le dernier mois** : OUI  NON

Si oui, lesquels ? .....

**Défaillances** :

Hémodynamique

Respiratoire

Rénale

Hématologique

Neurologique

**Etat fonctionnel (Knaus)** :

**Etat nutritionnel subjectif** :

**IGSII** :     **MPMO** :    %

**Espérance de vie estimée par le réanimateur**:  mois  années

**Passage en réanimation dans le 3 derniers mois** : OUI  NON

Si oui : motif, en clair.....

**Consignes à la sortie de réanimation** : OUI  NON

Si oui, lesquelles ?.....

**Décision** : Admission immédiate  Non admission  Réévaluation à distance (> 12 heures)

Si réévaluation : délai / / / heures      Décision : Admission  Non admission

Si non admission, motif :.....

Critères de décision (en clair) :

.....

Critère de décision principal : .....

Si admis :

Limitations thérapeutiques :

J0 : OUI  NON

J3 : OUI  NON

**REANIMATEUR**

Age :   sexe : M  F  thésé : OUI  NON   
Expérience en réanimation :   années expérience IGR :   années  
Appel du réanimateur d'astreinte : OUI  NON  NA

**REANIMATION**

Nombre de lits ouverts :   Nombre de lits disponibles :    
Nombre d'infirmières :   Nombre d'infirmières titulaires :    
Nombre de décès en réanimation dans les 7 derniers jours :

**(A remplir à la fin de l'étude)**

Situation à M3 : vivant  décédé  Si décédé, date :

**ETUDE CAROH – QUESTIONNAIRE MEDECIN ONCOLOGUE ou HEMATOLOGUE**

Initiales du patient [ ][ ] Date de la décision [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

1. **Pensez-vous que pour ce patient le passage en réanimation puisse apporter un confort physique ?**

Plus important  Identique  Moins important

2. **Pensez-vous que pour ce patient le passage en réanimation puisse apporter un confort psychique ? :**

Plus important  Identique  Moins important

3. **Pensez-vous pour ce patient que le passage en réanimation puisse améliorer son pronostic à court terme ?**

Oui  Non

4. **Pensez-vous pour ce patient que le passage en réanimation puisse améliorer son pronostic à long terme ? :**

Oui  Non

5. **Classez, de 1 à 10, les éléments qui vous ont paru les plus importants au moment d'appeler le réanimateur ?**

- L'avis du patient
- L'avis des proches
- L'avis de l'oncologue référent
- L'avis du médecin de famille
- L'avis du médecin présent au moment de la décision
- L'avis d'autres médecins
- Le confort physique du patient (douleur, ...)
- Le confort psychique du patient (anxiété, ...)
- Le pronostic à court terme du patient
- Le pronostic à long terme du patient

6. **Le réanimateur vous a-t-il expliqué sa décision ?**

Oui  Non

7. **Pensez-vous que votre charge de travail actuelle doive intervenir dans la décision d'admission en réanimation de ce patient ? :**

Oui  Non

Pourquoi ?.....

8. **Etes-vous d'accord avec la décision prise par le réanimateur ?**

Complètement  Presque complètement  Partiellement  Pas du tout d'accord

9. **Avez-vous appelé le médecin senior d'astreinte ?**

Oui  Non  NA \*

\*NA : si le médecin senior était présent au moment de la décision

10. **Si oui, a-t-il donné des informations susceptibles d'influencer la décision pour ce patient ?**

Oui  Non

Si oui, lesquelles ? :.....

**11. Avez-vous appelé l'oncologue référent du patient ?**

Oui  Non  NA \*

\*NA : si le médecin senior était présent au moment de la décision

**12. Si oui, a-t-il donné des informations susceptibles d'influencer la décision pour ce patient ?**

Oui  Non

Si oui, lesquelles ? : .....

**13. Classez les éléments suivants (de 1 à 10) du plus important au moins important comme devant intervenir dans votre décision d'appeler le réanimateur :**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Gravité de l'épisode aigu   | <input type="checkbox"/> |
| Nombre de lits disponibles en réanimation                           | <input type="checkbox"/> |
| Gravité du cancer   | <input type="checkbox"/> |
| Traitement spécifique en cours (chimio, radio, ...)                 | <input type="checkbox"/> |
| Participation du patient à un protocole thérapeutique               | <input type="checkbox"/> |
| Caractère iatrogène de l'épisode aigu                               | <input type="checkbox"/> |
| Charge de travail infirmier dans le service où se trouve le patient | <input type="checkbox"/> |
| Intensité de la douleur physique                                    | <input type="checkbox"/> |
| Age du patient  | <input type="checkbox"/> |
| Etat fonctionnel et nutritionnel                                    | <input type="checkbox"/> |

**Localisation tumorale** (en clair) : ..... **Métastatique** : OUI  NON   
**Stade thérapeutique** : curatif  palliatif  terminal   
**Espérance de vie estimée** :  mois  années  
**Motif d'appel du réanimateur** : .....  
**Durée d'évolution de ce symptôme** :  heures  jours

**MEDECIN ONCOLOGUE ou HEMATOLOGUE**

Age :  sexe : M F thésé : OUI  NON   
Expérience en onco-hématologie :  années expérience IGR :  années  
Expérience professionnelle en réanimation : OUI  NON

**ETUDE CAROH – QUESTIONNAIRE INFIRMIERE ONCOLOGIE ou HEMATOLOGIE**

Initiales du patient [ ][ ] Date de la décision [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

1. **Pensez-vous que pour ce patient le passage en réanimation puisse apporter un confort physique ?**

Plus important  Identique  Moins important 

2. **Pensez-vous que pour ce patient le passage en réanimation puisse apporter un confort psychique ? :**

Plus important  Identique  Moins important 

3. **Pensez-vous pour ce patient que le passage en réanimation puisse améliorer son pronostic à court terme ?**

Oui  Non 

4. **Pensez-vous pour ce patient que le passage en réanimation puisse améliorer son pronostic à long terme ? :**

Oui  Non 

5. **Classez, de 1 à 10, les éléments qui vous ont paru les plus importants au moment d'appeler le réanimateur ?**

L'avis du patient	<input type="checkbox"/>
L'avis des proches	<input type="checkbox"/>
L'avis de l'oncologue référent	<input type="checkbox"/>
L'avis du médecin de famille	<input type="checkbox"/>
L'avis du médecin présent au moment de la décision	<input type="checkbox"/>
L'avis d'autres médecins	<input type="checkbox"/>
Le confort physique du patient (douleur, ...)	<input type="checkbox"/>
Le confort psychique du patient (anxiété, ...)	<input type="checkbox"/>
Le pronostic à court terme du patient	<input type="checkbox"/>
Le pronostic à long terme du patient	<input type="checkbox"/>

6. **Le réanimateur vous a-t-il expliqué sa décision ?**

Oui  Non 

7. **Pensez-vous que votre charge de travail actuelle doive intervenir dans la décision d'admission en réanimation de ce patient ? :**

Oui  Non 

Pourquoi ?.....

8. **Etes-vous d'accord avec la décision prise par le réanimateur ?**

Complètement  Presque complètement  Partiellement  Pas du tout d'accord 

9. **Avez-vous appelé le médecin senior d'astreinte ?**

Oui  Non  NA \*

\*NA : si le médecin senior était présent au moment de la décision

10. **Si oui, a-t-il donné des informations susceptibles d'influencer la décision pour ce patient ?**

Oui  Non 

Si oui, lesquelles ? :.....

11. **Avez-vous appelé l'oncologue référent du patient ?**

Oui  Non  NA \*

\*NA : si le médecin senior était présent au moment de la décision

**12. Si oui, a-t-il donné des informations susceptibles d'influencer la décision pour ce patient ?**

Oui  Non

Si oui, lesquelles ? : .....

**13. Classez les éléments suivants (de 1 à 10) du plus important au moins important comme devant intervenir dans votre décision d'appeler le réanimateur :**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Gravité de l'épisode aigu   | <input type="checkbox"/> |
| Nombre de lits disponibles en réanimation                           | <input type="checkbox"/> |
| Gravité du cancer   | <input type="checkbox"/> |
| Traitement spécifique en cours (chimio, radio, ...)                 | <input type="checkbox"/> |
| Participation du patient à un protocole thérapeutique               | <input type="checkbox"/> |
| Caractère iatrogène de l'épisode aigu                               | <input type="checkbox"/> |
| Charge de travail infirmier dans le service où se trouve le patient | <input type="checkbox"/> |
| Intensité de la douleur physique                                    | <input type="checkbox"/> |
| Age du patient  | <input type="checkbox"/> |
| Etat fonctionnel et nutritionnel                                    | <input type="checkbox"/> |

**INFIRMIERE ONCOLOGIE ou HEMATOLOGIE**

Age :  sexe : M  F  contrat : CDI  CDD  vacataire  intérimaire

Expérience en onco-hématologie :  années expérience IGR :  années

Expérience professionnelle en réanimation : OUI  NON

## Annexe 5. Définitions des défaillances viscérales selon Knaus et al. (9)

### 1. Défaillance cardiovasculaire (présence d'au moins un des critères suivants)

- Fréquence cardiaque  $\leq 54 \text{ b} \cdot \text{min}^{-1}$
- Pression artérielle moyenne  $\leq 49 \text{ mmHg}$
- Tachycardie ventriculaire et/ou fibrillation ventriculaire
- pH  $\leq 7,24$  avec PaCO<sub>2</sub>  $\leq 49 \text{ mmHg}$

### 2. Défaillance respiratoire (présence d'au moins un des critères suivants)

- Fréquence respiratoire  $\leq 5$  ou  $\geq 49 \text{ c} \cdot \text{min}^{-1}$
- PaCO<sub>2</sub>  $\geq 50 \text{ mmHg}$
- AaDO<sub>2</sub>  $\geq 350 \text{ mmHg}$  (AaDO<sub>2</sub> = 713 FIO<sub>2</sub> - PaCO<sub>2</sub> - PaCO<sub>2</sub>)
- Ventilation au 4<sup>e</sup> jour de défaillance viscérale

### 3. Défaillance rénale (présence d'au moins un des critères suivants chez des malades sans insuffisance rénale chronique)

- Diurèse  $\leq 479 \text{ mL}/24 \text{ h}$  ou  $\leq 159 \text{ mL}/8 \text{ h}$
- Créatininémie  $\geq 3,5 \text{ mg}/100 \text{ mL}$

### 4. Défaillance hématologique (présence d'au moins un des critères suivants)

- Leucocytose  $\leq 1\,000/\text{m}^3$
- Plaquettes  $\leq 20\,000 \text{ mm}^3$
- Hématocrite  $\leq 20 \%$

### 5. Défaillance neurologique

- Score de Glasgow  $\leq 6$ , en l'absence de sédation