
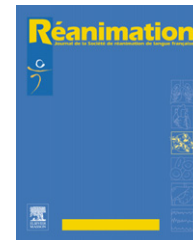




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Prise en charge des patients adultes souffrant d'un coma chronique postanoxique : résultats de l'enquête de la SRLF

Postanoxic coma in adult patients: Results from the SRLF survey

Commission du congrès infirmier de la SRLF^{1,2}

Service de réanimation médicale, hôpitaux Sud, 270, boulevard de Sainte-Marguerite, 13274 Marseille cedex 9, France

Reçu le 29 mai 2009 ; accepté le 25 juin 2009
Disponible sur Internet le 24 juillet 2009

Travail présenté au congrès de la SRLF, Paris, 18 janvier 2008

MOTS CLÉS

Coma postanoxique ;
Réanimation ;
Enquête ;
Infirmier

Résumé Cette enquête avait pour objectifs d'identifier les problématiques liées à la prise en charge des patients souffrant de coma chronique postanoxique (CCPA) et de rapporter l'expérience et le vécu des équipes soignantes. Le questionnaire a été élaboré par les membres de la Commission du congrès infirmier de la Société de réanimation en langue française (SRLF). Sa version électronique a été élaborée par la Commission Web et mise en ligne de juin à septembre 2007. Sur les 441 répondants (232 infirmiers et 209 médecins), 99% avaient déjà été confrontés à la prise en charge d'un patient souffrant d'un CCPA, 74% considéraient qu'elle posait des problèmes spécifiques et la moitié indiquaient que cette situation de soin engendrait des conflits au sein de l'équipe soignante et avec les proches. Seulement 3% des répondants ont indiqué que la prise en charge d'un patient en CCPA ne devrait comporter aucune limitation de soins même si la moitié des répondants estimait qu'il fallait attendre au moins deux semaines avant de prendre une décision d'arrêt thérapeutique incluant une extubation terminale. Cependant, lors de la mise en situation par le cas concret du patient présentant un CCPA, trois fois plus d'infirmiers que de médecins pensaient que l'absence de limitation était justifiée. Plus

¹ Membres par ordre alphabétique : Emmanuelle Bertholet, Laurence Bloch, Isabelle Camilatto, Dr Karine Clabault, Pr Alain Combes, Dr Xavier Delabranche, Sandrine Dray, Lucette Fourrier, Inès Hauchard, Christelle Ledroit, Isabelle Lelias, Pr Laurent Papazian, Dr Antoine Roch, Dr Frédérique Schortgen, Sophan Soing-Altrach, Aude Soury-Lavergne.

² Auteur correspondant. A. Roch ; *adresse email* : antoine.roch@ap-hm.fr.

de médecins que d'infirmiers indiquaient un sentiment de pénibilité et de stress à la prise en charge d'un patient en CCPA. Moins de médecins que d'infirmiers déclaraient s'impliquer de la même manière dans les soins apportés au patient souffrant d'un CCPA que dans les soins d'un autre patient. Cette enquête montrait une forte conscience partagée des soignants sur le mauvais pronostic des patients présentant un CCPA et la nécessité d'un arrêt thérapeutique dans la plupart des cas. Toutefois, de nombreux facteurs rendaient difficile une telle prise de décision, source de malaise et de conflits. La reconnaissance des problèmes spécifiques posés par cette situation, une meilleure connaissance des facteurs pronostics par les soignants et une communication précoce et suivie semblent donc importantes.

© 2009 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Postanoxic coma;
Survey;
Nurses;
Intensive care unit

Summary This survey evaluated the feeling of caregivers regarding patients with postanoxic coma. The online questionnaire was built by the Nurse Congress Commission and the Website Commission of the French Society of Critical Care Medicine (SRLF). Among the 441 responders (232 nurses and 209 physicians), 74% thought that postanoxic coma raised specific concerns and half of responders indicated that this situation induced conflicts between caregivers and family members. Only 3% thought that no treatment withholding was justified although half of responders indicated that a decision of withdrawing including extubation should be taken after at least 2 weeks of evolution. Physicians indicated even more stress and arduousness and also less motivation than nurses when caring patients with postanoxic coma.

© 2009 Société de réanimation de langue française. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La prise en charge des patients souffrant d'un coma chronique postanoxique (CCPA) est une réalité à laquelle sont confrontés les services de réanimation. Les situations de soins qui en découlent rendent la prise en charge de ces patients complexe. Pronostics vital et fonctionnel engagés, réflexions éthiques, chronicité des hospitalisations et indisponibilité des lits d'aval sont quelques unes des problématiques à risque de fragiliser le personnel soignant, que celui-ci soit médical ou paramédical. À ce jour, peu de données objectivent la fréquence de ces situations de soins en réanimation et évaluent le vécu des soignants. Ainsi, s'est justifiée l'enquête de la Société de réanimation de langue française (SRLF) élaborée par la Commission du congrès infirmier (CCI).

Cette enquête avait pour objectifs d'identifier les problématiques liées à la prise en charge des patients souffrant de CCPA, de rapporter l'expérience et le vécu des équipes soignantes quant à l'accompagnement de ce type de patients.

Matériel et méthodes

Cette enquête a été menée grâce à l'élaboration d'un questionnaire réalisé par les membres de la CCI de la SRLF. Cette commission a été créée en 2006, elle est composée de neuf infirmières et cinq médecins (dont quatre représentants de la commission scientifique de la SRLF). Le questionnaire a été développé de mars à avril 2007. Il a été préalablement testé par 35 soignants, médecins et infirmiers, dans les services des membres de la CCI. Avant sa diffusion, le questionnaire a été validé par la commission scientifique et le conseil d'administration de la SRLF.

Ce questionnaire était anonyme et comportait des questions à réponses fermées, identiques pour les infirmiers et

les médecins. Les réponses étaient formalisées sous la forme d'une échelle analogique comportant quatre niveaux allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ». Pour chaque item les répondants avaient la possibilité de ne pas se prononcer.

Trois parties distinctes permettaient d'évaluer la prise en charge des patients souffrant d'un CCPA. Le CCPA était défini par un patient non sédaté, sans communication possible depuis plus d'une semaine après un arrêt cardiaque, une pendaison, une noyade ou un accident de plongée. La première partie du questionnaire concernait les caractéristiques des personnes interrogées ainsi que de leur hôpital et leur service. Des informations sur les modalités internes de fonctionnement des unités ont également été recueillies. La deuxième partie du questionnaire était destinée à évaluer l'expérience et le ressenti des personnes interrogées sur la prise en charge en général des patients souffrant de CCPA. Enfin deux cas concrets permettaient une mise en situation de la prise en charge de ce type de patient. Ces deux cas correspondaient à la prise en charge d'un patient admis pour un infarctus du myocarde inaugural compliqué d'un arrêt cardiaque. Les deux patients avaient le même âge (50 ans), le même contexte sociofamilial (favorable), la même durée d'évolution (deux mois) et le même engagement thérapeutique (maximal). Le premier patient avait un réveil normal mais présentait de graves complications de la réanimation (chocs septiques, amputation). Dans le second cas le patient souffrait d'un CCPA nécessitant une trachéotomie et une gastrotomie sans autre complication de la réanimation. Des questions identiques étaient posées dans ces deux cas cliniques afin d'évaluer et comparer le ressenti sur la prise en charge.

La version électronique du questionnaire a été élaborée par la Commission Web de la SRLF. Les réponses étaient effectuées en ligne via le site web de la société avec un export sur base Excel. Afin de créer une liste de diffu-

sion électronique infirmière, les membres de la CCI ont contacté les cadres des différents services de réanimation de leur région. Les services ont été sollicités par téléphone pour fournir l'adresse e-mail des personnels paramédicaux intéressés par la diffusion des informations concernant les événements organisés par la SRLF pour les infirmiers.

L'enquête a été mise en ligne (www.srlf.org) du 14 juin 2007 au 15 septembre 2007. Chacun des 600 contacts infirmiers et des 3577 contacts médicaux ont reçu trois e-mails d'annonce de l'enquête durant la période de mise en ligne.

L'analyse statistique, essentiellement descriptive, a été réalisée par les membres de la CCI. Les résultats sont présentés en nombre et pourcentage de répondants au questionnaire. Un test du Chi² bilatéral, ou un test exact de Fisher quand nécessaire, a été utilisé afin d'évaluer les différences d'opinion et de ressenti en fonction des caractéristiques du répondant, de la perception du pronostic de la pathologie et entre les deux cas cliniques. Pour l'analyse des cas concrets, seuls les répondants ayant renseigné les deux cas ont été inclus. Une valeur de *p* inférieure à 0,05 était considérée comme significative. L'analyse statistique a été réalisée avec le programme STATA 8.2 (StatCorp LP, Texas, États-Unis).

Résultats

Caractéristiques des répondants

Nous avons reçu 441 réponses au questionnaire, dont 232 (52%) par des infirmiers et 209 (48%) par des médecins (Tableau 1). La quasi-totalité des répondants avaient déjà été confrontés à la prise en charge d'un patient souffrant d'un CCPA. Quatre-vingt-dix pour cent des répondants indiquaient avoir déjà participé à une discussion éthique sur une limitation ou un arrêt des soins (LATA) chez un patient souffrant d'un CCPA. Trente neuf des 232 infirmiers (17%) déclaraient n'avoir jamais participé à une telle discussion, 36/39 ayant pourtant déjà eu en charge ce type de patient et 16/39 indiquant avoir déjà participé à la réalisation d'une extubation terminale dans ce contexte.

Évaluation de l'opinion et du ressenti sur la prise en charge en générale des patients souffrant de CCPA

Soixante-quatorze pour cent des répondants considéraient que la prise en charge d'un patient avec un coma chronique après une anoxie posait des problèmes spécifiques par rapport à un patient « standard » de réanimation. La présence d'une problématique spécifique était significativement plus fréquemment mentionnée par les médecins que par les infirmiers (Tableau 2). Cinquante-trois pour cent des répondants considéraient cependant que la prise en charge de ces patients faisait partie des missions des services de réanimation. Environ la moitié des répondants indiquaient que cette situation de soin engendrait des conflits au sein de l'équipe soignante et avec les proches (Tableau 2). Les facteurs qui semblaient influencer l'investissement des personnels soignants dans la prise en charge de ces patients étaient l'engagement thérapeutique

Tableau 1 Caractéristiques des 441 répondants.

	Répondants n = 441
Sexe homme/femme n (%)	213 (48)/228 (52)
Âge, médiane (IQR 25–75)	36 (30–44)
Fonction	
Infirmier, n (%)	232 (52)
dont cadres, n (%)	35 (8)
Médecins, n (%)	209 (48)
dont chefs de service, n (%)	42 (10)
Conditions d'exercice	
Pays d'exercice	
France, n (%)	415 (94)
Autres, n (%)	26 (6)
Service universitaire, n (%)	235 (53)
Service > 12 lits, n (%)	219 (50)
Service admettant plus de 30 ACC/an, n (%)	118 (27)
Années d'expérience en réanimation	
< 2 ans, n (%)	108 (25)
2–5 ans, n (%)	137 (31)
5–10 ans, n (%)	88 (19)
> 10 ans, n (%)	108 (25)
Religion, n (%)	
Pratiquant, n (%)	70 (16)
Expérience de la prise en charge d'un patient avec un CCPA	
Ont déjà eu en charge un patient avec un CCPA	435 (99)
Ont déjà participé à une discussion de LATA d'un patient avec un CCPA	438 (99)
Ont déjà participé à une extubation terminale d'un patient avec un CCPA	315 (71)

CCPA : coma chronique postanoxique ; LATA : limitation ou arrêt des thérapeutiques actives ; ACC : arrêt cardiocirculatoire.

(présence ou non de LATA), la possibilité d'une structure d'accueil après la réanimation et la durée d'hospitalisation pour les médecins. Les IDE étaient également sensibles à la durée d'hospitalisation mais moins fréquemment au degré d'investissement thérapeutique et à la possibilité d'une structure d'accueil (Tableau 2). Cinquante-cinq pour cent des IDE ressentaient un investissement moins important de l'équipe médicale, 41% des médecins étaient d'accord avec cette opinion.

Seulement 3% des répondants indiquaient que la prise en charge d'un patient en CCPA ne devrait comporter aucune limitation des soins et 11% (17 infirmiers et 14 médecins) aucun arrêt des thérapeutiques actives. Parmi les répondants d'accord avec l'indication d'un arrêt des thérapeutiques actives comportant une extubation terminale, 36% ne se prononçaient pas sur le délai de cet arrêt après que le diagnostic d'un CCPA ait été porté (Fig. 1). La majorité des répondants (54%) étaient d'accord avec la réalisation d'une trachéotomie pour la prise en charge de ces patients (Fig. 2). Ces répondants étaient plus fréquemment des infirmiers (57% vs 48%, *p*=0,054), travaillaient plus fréquemment dans un service non universitaire (56% vs 37%, *p*<0,001), dans un service comportant moins de

Tableau 2 Opinions sur la prise en charge des patients avec un coma chronique postanoxique.

	D'accord	Pas d'accord	Ne se prononce pas
<i>La prise en charge d'un patient avec un coma chronique après une anoxie</i>			
Pose des problèmes spécifiques par rapport à un patient « standard »			
Infirmiers (n = 211)	135 (64%)*	70 (33 %)	6 (3 %)
Médecins (n = 189)	162 (86 %)	27 (14 %)	0
Engendre des conflits entre paramédicaux			
Infirmiers (n = 211)	60 (28%)*	145 (69%)	6 (3 %)
Médecins (n = 189)	82 (43 %)	100 (53%)	7 (4 %)
Engendre des conflits médico-paramédicaux			
Infirmiers (n = 211)	125 (59%)*	83 (40 %)	3 (1 %)
Médecins (n = 189)	87 (46 %)	99 (52 %)	3 (2 %)
Engendre des conflits entre le personnel soignant et la famille			
Infirmiers (n = 211)	121 (57%)	81 (39 %)	9 (4 %)
Médecins (n = 189)	104 (55%)	84 (44 %)	1 (1 %)
<i>Mon investissement dans la prise en charge d'un patient avec un coma devenu chronique après une anoxie</i>			
Dépend de l'âge du patient			
Infirmiers (n = 211)	67 (32%)*	144 (68%)	0
Médecins (n = 189)	107 (57%)	78 (41 %)	4 (2 %)
Dépend de la présence de ses proches			
Infirmiers (n = 211)	69 (33%)*	142 (67%)	0
Médecins (n = 189)	103 (54 %)	85 (45 %)	1 (1 %)
Dépend de la durée de son hospitalisation dans le service de réanimation			
Infirmiers (n = 211)	115 (54%)	95 (45 %)	1 (1 %)
Médecins (n = 189)	110 (58%)	74 (39 %)	6 (3 %)
Dépend de la possibilité d'une structure d'accueil après la réanimation			
Infirmiers (n = 211)	96 (45%)*	109 (52%)	6 (3 %)
Médecins (n = 189)	112 (59%)	73 (39 %)	4 (2 %)
Dépend de la cause suicidaire ou accidentelle de l'anoxie			
Infirmiers (n = 211)	36 (17%)	174 (82%)	1 (1 %)
Médecins (n = 189)	29 (15%)	156 (83%)	4 (2 %)
Dépend de la présence ou non de limitation des thérapeutiques			
Infirmiers (n = 211)	88 (42%)*	119 (56%)	4 (2 %)
Médecins (n = 189)	117 (62%)	64 (34 %)	8 (4 %)
<i>L'investissement de l'équipe médicale me paraît</i>			
Insuffisant vis-à-vis des soins médicaux			
Infirmiers (n = 211)	60 (28%)*	147 (70%)	4 (2 %)
Médecins (n = 189)	28 (15%)	156 (82%)	5 (3 %)
Insuffisant vis-à-vis des proches			
Infirmiers (n = 211)	73 (35%)*	133 (63%)	5 (2 %)
Médecins (n = 189)	42 (22%)	143 (76%)	4 (2 %)
Insuffisant vis-à-vis de l'avenir du patient			
Infirmiers (n = 211)	91 (43%)*	112 (53%)	8 (4 %)
Médecins (n = 189)	41 (22%)	140 (74%)	8 (4 %)
Moins important que celui de l'équipe paramédicale			
Infirmiers (n = 211)	117 (55%)*	82 (39 %)	12 (6 %)
Médecins (n = 189)	77 (41%)	106 (56%)	6 (3 %)
<i>L'investissement de l'équipe paramédicale me paraît</i>			
Insuffisant vis-à-vis des soins paramédicaux			
Infirmiers (n = 211)	18 (9%)*	188 (89%)	5 (2 %)
Médecins (n = 189)	7 (3 %)	181 (96%)	1 (1 %)
Insuffisant vis-à-vis des proches			
Infirmiers (n = 211)	27 (13%)	181 (86%)	3 (1 %)
Médecins (n = 189)	27 (14%)	162 (86%)	0
Insuffisant vis-à-vis de l'avenir du patient			
Infirmiers (n = 211)	45 (21%)	158 (75%)	8 (4 %)
Médecins (n = 189)	32 (17%)	153 (81%)	4 (2 %)
Moins important que celui de l'équipe médicale			
Infirmiers (n = 211)	10 (5%)	192 (91%)	9 (4 %)
Médecins (n = 189)	8 (4%)	177 (94%)	4 (2 %)

* p < 0,05 versus médecins.

À votre avis, la prise en charge d'un patient avec un coma chronique post anoxique devrait consister en : un arrêt des thérapeutiques actives avec extubation

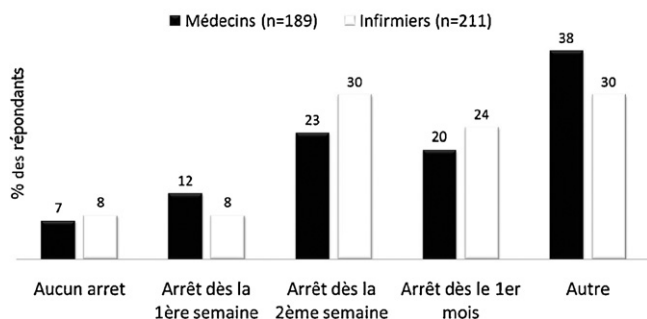


Figure 1 Opinion des répondants sur l'indication d'un arrêt des thérapeutiques actives chez un patient souffrant d'un coma chronique postanoxique.

À votre avis la prise en charge d'un patient avec un coma chronique post anoxique devrait consister en : la réalisation d'une trachéotomie

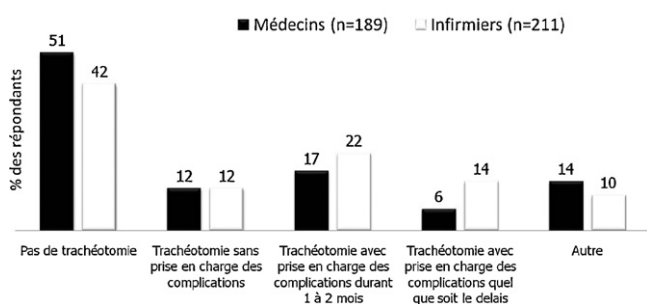


Figure 2 Opinion des répondants sur la réalisation d'une trachéotomie chez un patient souffrant d'un coma chronique postanoxique.

16 lits (67% vs 50%, $p < 0,0001$) et dans un service où il n'existe pas de réunion d'éthique formalisée (40% vs 29%, $p = 0,002$). L'expérience de la réanimation, le nombre de patients admis pour arrêt cardiaque dans l'unité, la présence d'une unité de surveillance continue et les répondants ayant une religion (pratiquant ou non) n'avaient pas d'influence sur le jugement vis-à-vis de l'indication de la trachéotomie.

Mise en situation par deux cas concrets

Parmi les répondants, 333 personnels (173 infirmiers et 160 médecins) avaient répondu aux questions portant sur les deux cas concrets de patients admis pour arrêt cardiaque. L'évaluation du pronostic était significativement différente pour les deux patients et entre IDE et médecins (Tableau 3). Soixante-seize pour cent des répondants (254/333) estimaient que la chance de sortir vivant de l'hôpital du patient souffrant d'un CCPA depuis deux mois était nulle ou faible. Significativement plus de médecins (80%) que d'infirmières (66%) estimaient cette chance nulle ou faible.

Les médecins jugeaient le pronostic du patient souffrant du CCPA plus péjoratif comparé au pronostic du patient avec un réveil normal mais présentant de multiples complications de la réanimation (Tableau 3). Le pronostic vital des deux patients était jugé mauvais par la majorité des IDE mais identique dans les deux cas (Tableau 3).

Dans les deux cas, l'engagement thérapeutique était maximal. Soixante et onze pour cent des IDE et 82% des médecins trouvaient cela justifié pour le patient avec un réveil normal mais présentant de multiples complications de réanimation. Vingt-huit pour cent des IDE et 10% des médecins trouvaient cela justifié dans le cas du patient avec CCPA. Les raisons avancées pour une absence de limitation des thérapeutiques actives étaient indiquées sur la Fig. 3.

Le ressenti sur la prise en charge du patient avec un CCPA semblait plus négatif pour les médecins que pour les

<p>Cas 1 : Patient sans séquelle neuro mais avec multiples complications de la réanimation</p> <p>L'absence de LATA me paraît justifié: Infirmiers : 71% Médecins: 82%</p>	<p>Cas 2 : Patient avec coma chronique trachéotomisé sans complication de la réanimation</p> <p>L'absence de LATA me paraît justifié: Infirmiers: 28% Médecins: 10%</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

L'absence de LATA me paraît justifié car:

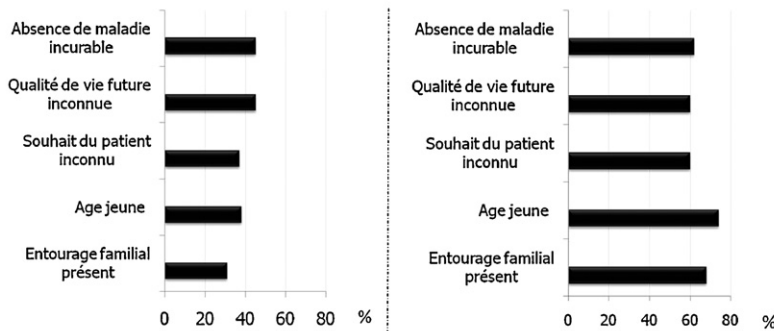


Figure 3 Opinion des répondants sur l'indication d'une limitation des thérapeutiques actives chez un patient souffrant d'un coma chronique postanoxique.

Tableau 3 Évaluation du pronostic d'un patient souffrant d'un coma chronique postanoxique.

Hommes 50 ans, arrêt cardiaque sur infarctus, même contexte sociofamilial (favorable), même engagement thérapeutique (maximal), même durée d'évolution (2 mois)						
Cas n° 1 : patient sans séquelle neurologique mais avec multiples complications de la réanimation			Cas n° 2 : patient avec coma chronique trachéotomisé sans complication de la réanimation			
	Nulle/faible	Bonne/certaine	Ne se prononce pas	Nulle/faible	Bonne/certaine	Ne se prononce pas
Quelle est la chance que ce patient retourne vivre au domicile avec ses proches						
Infirmiers (n = 173)	125 (72%)*	22 (13%)	25 (15%)	152 (88%)**	10 (6%)	11 (6%)
Médecins (n = 160)	103 (64%)	44 (28%)	13 (8%)	151 (94%)**	4 (3%)	5 (3%)
Quelle est la chance que ce patient puisse communiquer à nouveau un jour avec sa famille						
Infirmiers (n = 173)	86 (50%)*	63 (36%)	24 (14%)	154 (89%)**	8 (5%)	10 (6%)
Médecins (n = 160)	63 (40%)	85 (53%)	11 (7%)	151 (95%)**	1 (1%)	6 (4%)
Quelle est la chance que ce patient soit sevré de la trachéotomie						
Infirmiers (n = 173)	119 (68%)*	27 (16%)	27 (16%)	140 (81%)	19 (11%)	14 (8%)
Médecins (n = 160)	83 (52%)	64 (40%)	13 (8%)	139 (87%)**	16 (10%)	4 (3%)
Quelle est la chance que ce patient remarque						
Infirmiers (n = 173)	136 (79%)*	16 (9%)	21 (12%)	164 (95%)**	2 (1%)	6 (4%)
Médecins (n = 160)	110 (69%)	38 (24%)	12 (7%)	156 (98%)**	0	3 (2%)
Quelle est la chance que ce patient sorte vivant de l'hôpital						
Infirmiers (n = 173)	110 (64%)*	28 (16%)	34 (20%)	121 (70%)*	34 (20%)	18 (10%)
Médecins (n = 160)	97 (61%)	49 (31%)	14 (8%)	133 (83%)**	19 (12%)	7 (5%)
Quelle est la chance que ce patient soit vivant dans 1 an						
Infirmiers (n = 173)	103 (60%)*	16 (10%)	52 (30%)	114 (66%)*	27 (16%)	32 (18%)
Médecins (n = 160)	107 (67%)	34 (21%)	19 (12%)	127 (80%)**	17 (11%)	14 (9%)

*p < 0,05 versus médecins ; **p < 0,05 versus cas n° 1.

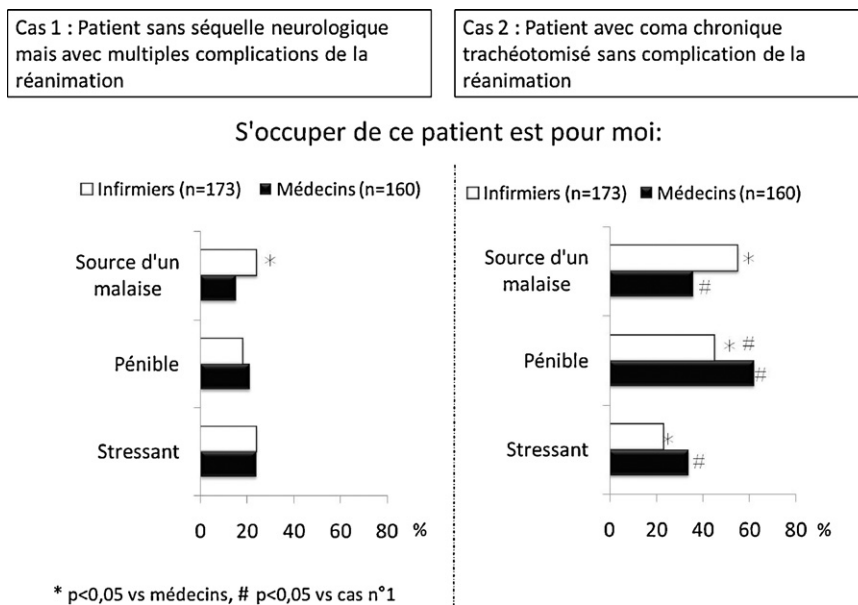


Figure 4 Ressenti des répondants sur la prise en charge d'un patient souffrant d'un coma chronique postanoxique.

infirmières avec significativement plus de médecins indiquant un sentiment de pénibilité et de stress (Fig. 4).

Dans le cas clinique du patient présentant un CCPA, significativement plus d'IDE et de médecins (respectivement 38% et 51%) indiquaient que s'ils avaient eu le choix, ils auraient préféré s'occuper d'un autre patient que dans le cas clinique du patient sans séquelle neurologique (respectivement 8% et 20%). Significativement moins de médecins (50%) que d'infirmiers (84%) déclaraient s'impliquer de la même manière dans les soins apportés au patient souffrant d'un CCPA que dans les soins d'un autre patient de la réanimation (Fig. 5). Soixante-neuf pour cent des médecins contre 56% des IDE se sentaient découragés par la prise en charge du patients souffrant d'un CCPA ($p = 0,02$). Les

raisons principales de ce découragement étaient l'absence de progrès et de communication possible avec le patient (Fig. 6). Cinquante-cinq pour cent des médecins qui se sentaient découragés par cette situation considéraient que leurs soins ne servaient à rien contre 25% seulement pour les IDE ($p < 0,0001$).

La prise en charge des proches dans les deux cas concrets montrait que la majorité des personnels éprouvait de la compassion, 73% pour les proches du patient sans coma et 74% pour les proches du patient avec CCPA. Dix-neuf pour cent des infirmiers et 31% des médecins déclaraient consacrer plus de temps aux proches du patient avec un CCPA qu'aux proches des autres patients de la réanimation. Cependant, plus d'infirmiers (28%) et de médecins (39%)

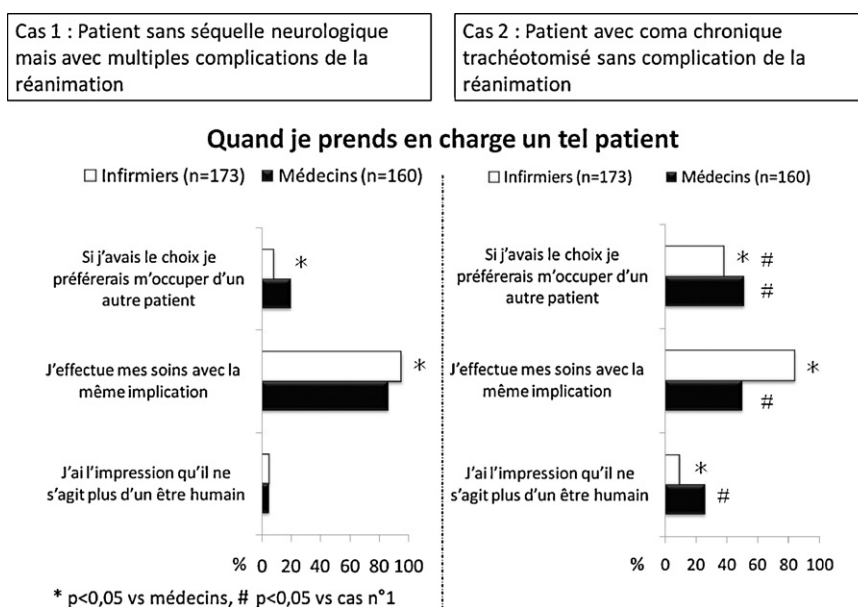


Figure 5 Investissement des répondants dans la prise en charge d'un patient souffrant d'un coma chronique postanoxique.

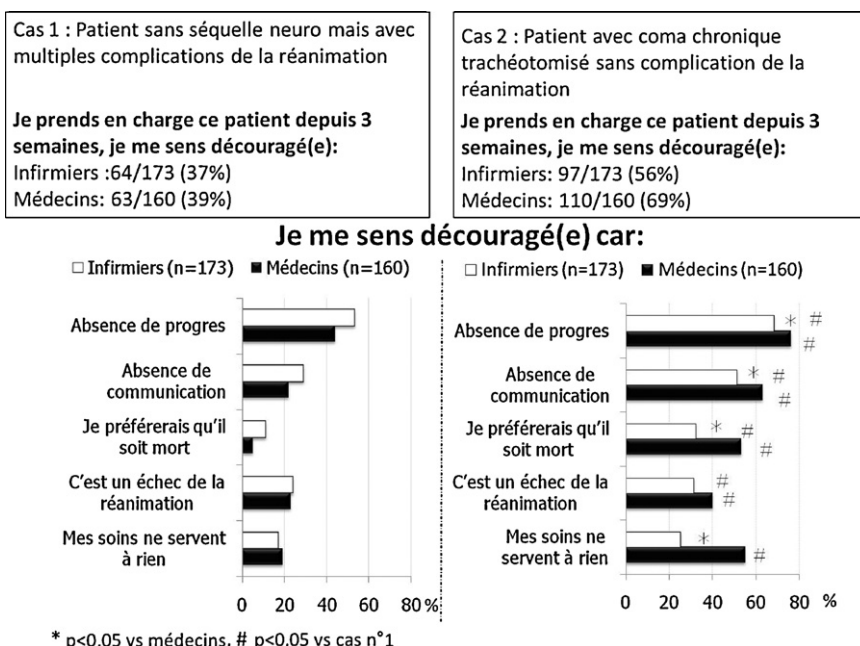


Figure 6 Motivation des répondants pour la prise en charge d'un patient souffrant d'un coma chronique postanoxique.

déclaraient également consacrer plus de temps aux proches du patient sans CCPA mais avec de multiples complications. Dix-sept pour cent des infirmiers et 20% des médecins indiquaient éviter de parler aux proches du patient avec un CCPA car ils « ne savaient plus quoi dire ». Ce pourcentage était inférieur dans le cas du patient sans CCPA (IDE : 9%, médecins : 10%).

Discussion

Le CCPA, complication d'une hypoxie cérébrale le plus souvent consécutive à un arrêt cardiaque, est une des principales causes de coma nécessitant une hospitalisation prolongée en réanimation. Il est aussi fréquemment appelé état végétatif. Comme la problématique majeure est la prédiction d'un état végétatif irréversible, la plupart des travaux se sont intéressés aux facteurs pronostiques chez les patients présentant un arrêt cardiaque [1–3]. En revanche, les pratiques et le vécu des soignants quant à la prise en charge de ces patients restent méconnus. Dans cette enquête, le CCPA était défini par un patient non sédaté, sans communication possible depuis plus d'une semaine après un arrêt cardiaque, une pendaison, une noyade ou un accident de plongée.

Un des objectifs principaux de cette enquête était de comparer le ressenti des infirmiers et des médecins sur la prise en charge du patient en CCPA. En ce sens, les résultats sont intéressants puisque nous avons reçu autant de réponses de médecins que d'infirmiers. Nos résultats confirment qu'une large majorité des soignants considère que la prise en charge des patients présentant un CCPA pose des problèmes spécifiques par rapport à d'autres patients. Cet avis est cependant plus marqué chez les médecins. Différents facteurs peuvent contribuer à cette différence mais la distinction entre prises en charge médicale et paramédicale

intervient probablement. En effet, les soins relevant du rôle propre de l'infirmier sont probablement moins spécifiques de la pathologie que ne l'est la prise en charge médicale. De plus, l'expérience plus importante des médecins accroît certainement leur connaissance des problématiques liées au CCPA. On peut cependant s'interroger sur un éventuel manque d'information des infirmiers de certains services quant aux problèmes spécifiques posés par ces patients puisque 17% des infirmiers répondants déclaraient n'avoir jamais participé à une discussion éthique sur le cas d'un patient en CCPA alors qu'ils en avaient déjà eu en charge.

Un des problèmes majeurs dans la prise en charge du CCPA est la difficulté d'évaluation du pronostic et donc la difficulté de fixer le niveau et le moment des limitations thérapeutiques. On remarque cependant dans notre enquête une conscience très marquée, y compris chez les infirmiers, d'un pronostic très sombre quant aux chances d'un patient présentant un CCPA de communiquer à nouveau avec son entourage ou de pouvoir un jour retourner à son domicile. Malgré cela, les infirmiers sont moins pessimistes que les médecins sur les chances de survie à long terme d'un patient en CCPA. Cette conscience d'un mauvais pronostic explique que la presque totalité des soignants, quel que soit leur statut, trouve un arrêt thérapeutique justifié au cours de la prise en charge d'un patient en CCPA, même si une moitié pense qu'il faut attendre au moins deux semaines avant de prendre cette décision. Cependant, lors de la mise en situation par le cas concret du patient présentant un CCPA, trois fois plus d'infirmiers que de médecins pensaient que l'absence de LATA était justifiée, avis notamment expliqué par l'incertitude sur la qualité de vie future et les souhaits du patient, celui-ci ayant rarement pu exprimer des directives étant donné son jeune âge et l'absence de maladie incurable. L'avis des soignants était beaucoup plus partagé sur la pertinence de l'indication d'une trachéotomie chez les patients en CCPA, environ la moitié des répondants la

jugeant justifiée. Cela semble en contradiction avec l'avis favorable de la grande majorité des soignants à réaliser un arrêt des thérapeutiques avec extubation. Les soignants semblent donc distinguer la réalisation d'une trachéotomie du niveau d'engagement thérapeutique. Les implications de la réalisation d'une trachéotomie chez un patient en CCPA devraient sans doute être plus discutées dans les équipes, puisque sa réalisation implique le plus souvent l'absence d'arrêt des thérapeutiques.

Les résultats de notre enquête montrent aussi que la prise en charge des patients en CCPA est moralement difficile. Il est plus pénible et stressant de s'occuper d'un patient en CCPA que d'un patient sans séquelle neurologique, même s'il présente de lourdes complications de la réanimation. Cette pénibilité est encore plus marquée pour les médecins. On peut imaginer le sentiment d'inutilité au patient que le médecin peut ressentir alors que l'infirmier trouvera une certaine motivation et satisfaction dans la réalisation des soins de confort et dans une relation privilégiée avec les proches qui représentent l'essentiel de la prise en charge. Dans le même sens, on note chez les médecins un sentiment plus marqué de découragement à prendre en charge ces patients, expliqué par l'absence de progrès, de communication et le sentiment plus marqué d'inutilité. Cette pénibilité est également accentuée par le malaise exprimé par les médecins quant à la relation difficile avec les proches, 20 % d'entre eux avouant éviter de parler aux proches de patients en CCPA car ils « ne savent plus quoi leur dire ».

La moitié des répondants estimaient que la prise en charge des patients en CCPA génère des conflits, aussi bien entre soignants qu'avec les proches. Plus inquiétant, 59 % des infirmiers estimaient que la prise en charge des patients en CCPA est cause de conflits entre eux et l'équipe médicale. Le manque de communication sur le cas de ces patients et le manque de motivation médicale pour la prise en charge de ces patients sont probablement deux des facteurs en cause. En effet, on note que les infirmiers ont une vision négative de l'investissement des médecins auprès des patients en CCPA, plus négative que la vision que les médecins en ont eux-mêmes. De plus, l'investissement et la motivation des médecins sont beaucoup plus influençables que celui des infirmiers par des facteurs tels que l'âge du patient, la présence de proches ou la possibilité de structures d'accueil après la réanimation. Cette labilité de l'investissement médical peut contribuer à la genèse de conflits entre soignants. Cela doit probablement inciter les médecins à plus discuter de ces patients avec l'équipe infirmière.

Une des limites à l'interprétation de nos résultats est la question de la représentativité de la population des répondants, limite inhérente à toute enquête basée sur la spontanéité des participations. En effet, 99 % des répondants ont déjà pris en charge un ou plusieurs patients en CCPA. Cependant, même si très peu de répondants ont exprimé un avis sans avoir jamais pris en charge de tels

patients, la force de cette enquête repose notamment sur le riche vécu du CCPA par ses répondants. Par ailleurs, la formulation des questions peut influencer les réponses. C'est la raison pour laquelle nous avons utilisé une échelle analogique avec la possibilité de ne pas se prononcer pour toutes les questions et que nous avons essayé de mettre les soignants en situation par des cas concrets.

Même si l'utilisation de critères cliniques, radiologiques et électriques a permis une amélioration de la prédiction précoce d'un mauvais pronostic neurologique après la survenue d'un arrêt cardiaque [1–3], il est souvent difficile d'établir un pronostic formel dans les premiers jours d'évolution. Cela contribue à entretenir le dilemme entre poursuite et arrêt des thérapeutiques chez des patients avec très forte probabilité d'évolution vers un CCPA. Il ressort de cette enquête une forte conscience partagée des soignants sur le mauvais pronostic des patients présentant un CCPA et la nécessité d'un arrêt thérapeutique dans la plupart des cas. Toutefois, de nombreux facteurs rendent difficile une telle prise de décision. C'est par une meilleure connaissance des facteurs pronostics par les soignants, par une communication précoce et constante entre soignants, mais aussi avec les proches, qu'une véritable stratégie d'équipe, adaptée à chaque patient en CCPA, permettra d'améliorer le vécu des soignants et de prévenir les conflits.

Conflits d'intérêts

Aucun.

Remerciements

La commission du congrès infirmier remercie la Commission Web et plus particulièrement le Dr Alexis Tabbah pour son aide dans la mise en ligne du questionnaire et la collection des résultats.

Références

- [1] Wijdicks EF, Hijdra A, Young GB, Bassetti CL, Wiebe S. Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameter: prediction of outcome in comatose survivors after cardiopulmonary resuscitation (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2006;67:203–10.
- [2] Zandbergen EG, Koelman JH, de Haan RJ, Hijdra A, PROPAC study group. SSEPs and prognosis in postanoxic coma: only short or also long latency responses? *Neurology* 2006;67:583–6.
- [3] Fischer C, Luauté J, Némoz C, Morlet D, Kirkorian G, Manguière F. Improved prediction of awakening or nonawakening from severe anoxic coma using tree-based classification analysis. *Crit Care Med* 2006;34:1520–4.