



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

T/Ncy 2005/DELMAS

DOUBLE

183954

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY 1  
2005

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY  
N° 153

29 NOV. 2005

THESE

pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE**



Présentée et soutenue publiquement  
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Gaël DELMAS

Le 23 Novembre 2005

**LIMITATION ET ARRET THERAPEUTIQUE EN  
MEDECINE D'URGENCE :  
A PROPOS D'UNE ENQUETE NATIONALE  
D'OPINION**

Examineurs de la thèse :

M. BOLLAERT	Professeur	}	Président
M. PIERSON	Professeur		}
M. BELLOU	Professeur		
M. ROTHMANN	Docteur en Médecine		

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D 007 251383 6



THESE

pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Gaël DELMAS

Le 23 Novembre 2005



**LIMITATION ET ARRET THERAPEUTIQUE EN  
MEDECINE D'URGENCE :  
A PROPOS D'UNE ENQUETE NATIONALE  
D'OPINION**

Examineurs de la thèse :

M. BOLLAERT	Professeur		Président
M. PIERSON	Professeur	}	
M. BELLOU	Professeur	}	Juges
M. ROTHMANN	Docteur en Médecine	}	

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

-----  
**Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE**

**Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER**

**Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE**

**Asseseurs**

du 1<sup>er</sup> Cycle :

du 2<sup>ème</sup> Cycle :

du 3<sup>ème</sup> Cycle :

de la Vie Facultaire :

**Mme le Docteur Chantal KOHLER**

**Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**

**Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI**

**Mr le Professeur Bruno LEHEUP**

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND

=====  
**PROFESSEURS HONORAIRES**

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU – Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT

Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Jean-Pierre NICOLAS –

Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET

=====  
**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -  
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cytologie et histologie)**

Professeur Bernard FOLIGUET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD

-----  
**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)**

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT - Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM - Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,  
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes)**

Professeur Jean-Pierre KAHN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie)**

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean-Marie ANDRE

-----

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénérologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)**

Professeur François DAP

-----

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie)**

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIÈRE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

-----

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)**

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie digestive)**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

-----

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne)**

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

-----

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Docteur François ALLA

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**

Docteur Pierre GILLOIS

-----

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Docteur François SCHOONEMAN

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Docteur Anne KENNEL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Docteur Christophe PHILIPPE

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)**

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)**

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

-----

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET  
RÉÉDUCATION**

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Docteur Jean PAYSANT

-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,  
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)**

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**05<sup>ème</sup> section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE**

Monsieur Vincent LHUILLIER

-----

**32<sup>ème</sup> section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE**

Monsieur Jean-Claude RAFT

-----

**40<sup>ème</sup> section : SCIENCES DU MÉDICAMENT**

Monsieur Jean-François COLLIN

-----

**60<sup>ème</sup> section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**

Monsieur Alain DURAND

-----

**61<sup>ème</sup> section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

-----

**64<sup>ème</sup> section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

Monsieur Franck DALIGAULT

-----

**65<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

## SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".



## **A notre Maître et juge**

Monsieur le Professeur PE BOLLAERT  
Professeur de Réanimation Médicale

*Vous nous faites le grand honneur de présider cette thèse*  
Nous vous sommes reconnaissant de votre accueil et de votre disponibilité  
Soyez-en remercié et trouvez ici la marque de notre profond respect

## **A notre Maître et juge**

Monsieur le Professeur M PIERSON  
Professeur émérite de génétique  
Officier dans l'ordre des Palmes Académiques  
Officier de la Légion d'Honneur

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail  
Nous avons été particulièrement touchés par votre accueil et votre ouverture  
Trouvez ici l'expression de notre sincère gratitude et de notre profond respect

## **A notre Maître et juge**

Monsieur le Professeur A BELLOU  
Professeur de médecine interne et d'urgence

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail  
Nous avons particulièrement apprécié vos enseignements et votre sens de la pédagogie au  
cours des gardes  
Soyez en remercié et trouvez ici la marque de notre plus haute estime

## **A notre Maître et juge**

Monsieur le Docteur C ROTHMANN

Vous nous avez accompagné lors de l'élaboration de notre travail et vous nous faites l'honneur de le juger  
Nous avons été tout particulièrement sensible à votre disponibilité et à vos judicieux conseils  
Trouvez ici l'expression de notre sincère reconnaissance et le témoignage de notre profond respect

## **Remerciements**

A mes parents pour leur soutien et leur prévenance tout au long de ces années

A Claudine, Daniel, Nathalie, Diana, Gilles et Pauline

## **Remerciements**

A l'ensemble de l'équipe médicale et para-médicale du service d'accueil des urgences du  
CHR METZ Bonsecours

Au Docteur Alzahouri pour sa disponibilité et son efficacité

# TABLE DES MATIERES



<b>Introduction</b> .....	16
<b>I. 1<sup>e</sup> Partie : Aspects théoriques</b> .....	17
<b>I.1. Histoire de la limitation et de l'arrêt des soins en médecine d'urgence</b> .....	18
<b>I.2. Définitions et notions connues concernant la limitation et l'arrêt des soins</b> .....	20
A. Définitions : traitement de suppléance, limitation des soins, arrêt des soins, euthanasie, suicide assisté.....	20
B. Facteurs justificatifs de la limitation et de l'arrêt des soins.....	22
C. Principes d'autonomie du patient et de bénéfice pour le patient .....	25
D. Soins palliatifs et principe du double effet .....	26
E. Similarité morale entre limitation et arrêt des soins .....	28
<b>I.3. Intérêts reconnus de la limitation ou de l'arrêt des soins dans la pratique médicale</b> .....	29
A. Pour le patient .....	29
B. Pour les proches .....	30
C. Pour l'équipe médicale .....	30
D. Pour la société .....	31
<b>I.4. Aspect éthique et aspects déontologiques</b> .....	32
A. Aspect éthique .....	32
1. Le consentement, le contrat de soins, l'information en urgence.....	32
2. Responsabilité morale .....	34
B. Aspects déontologiques .....	35
<b>I.5. Aspects juridiques et point de vue religieux</b> .....	36
A. Aspects juridiques .....	36
B. Aspects religieux .....	37
1. La religion catholique .....	37
2. Le protestantisme .....	38
3. L'Islam .....	38
4. Les instances juives .....	39
<b>I.6. Etat des lieux dans d'autres spécialités</b> .....	39
A. En réanimation .....	39
B. En gériatrie .....	41
<b>I.7. Spécificités de la médecine d'urgence</b> .....	41
A. La médecine d'urgence pré-hospitalière et hospitalière et ses contraintes .....	41
B. Limitation des soins en urgence .....	43
C. Prise en charge de l'entourage en situation d'urgence .....	46
D. Cas particulier de la médecine de catastrophe .....	47
<b>I.8. Mise en perspective du sujet et intérêt de l'étude réalisée</b> .....	48

# TABLE DES MATIERES

<b>II. 2° Partie : Etude personnelle.....</b>	<b>50</b>
<b>II.1. Matériel et Méthode.....</b>	<b>51</b>
A. Méthode de sélection.....	51
1. Population des médecins urgentistes interrogés.....	51
a. Critères d'inclusion.....	51
b. Intérêts de distinguer l'activité extra-hospitalière de l'activité hospitalière.....	51
c. Critères de non-inclusion.....	52
2. Etude descriptive de prévalence et analyse transversale.....	53
a. Etude descriptive de prévalence.....	53
b. Analyse transversale.....	53
B. Méthode d'intervention.....	54
1. Conditions de réalisation de l'étude.....	54
a. Méthodologie du recueil des données.....	54
b. Cas particulier du refus de répondre aux questions.....	54
2. Présentation et fonctionnalité du questionnaire.....	55
C. Méthode d'évaluation.....	55
1. Critères de jugement.....	55
a. Etude sociologique et de pratique.....	55
b. Etude des situations de limitation ou d'arrêt thérapeutique.....	56
c. Etude de la modalité d'application des décisions.....	57
2. Méthodes d'analyse.....	57
a. Logiciels utilisés.....	57
b. Technique de randomisation.....	57
3. Méthodes statistiques.....	58
a. Test du Chi <sup>2</sup> .....	58
b. Test de Fisher.....	58
<b>II.2. Résultats.....</b>	<b>58</b>
A. Etudes descriptives pour le SMUR et les services d'accueil des urgences.....	58
1. Présentation synthétique des résultats.....	59
2. Présentations particulières.....	65
a. Pour les SAU ou UPATOU.....	65
b. Pour le SMUR.....	72
B. Analyse transversale.....	79
1. Pour les SAU ou UPATOU.....	79
2. Pour le SMUR.....	81
3. Pour les deux populations.....	82



# TABLE DES MATIERES



<b>III. 3<sup>e</sup> Partie : Discussion</b> .....	84
<b>III.1. Critique de la méthode</b> .....	85
A. Biais de sélection.....	85
B. Biais d'intervention.....	86
C. Biais de mesure.....	87
D. Biais d'analyse.....	87
E. Biais d'interprétation.....	88
<b>III.2. Principaux résultats et implications</b> .....	88
A. Etude descriptive de prévalence.....	88
1. Etude sociologique et de pratique.....	88
2. Etude des situations de limitation ou d'arrêt thérapeutique.....	90
a. Situations susceptibles d'entraîner une limitation ou un arrêt thérapeutique.....	90
b. Motifs de la décision.....	92
3. Etude de la modalité d'application des décisions.....	92
B. Etude transversale.....	94
1. Corrélations positives.....	94
2. Absence de lien.....	96
<b>III.3. Revue de la littérature</b> .....	96
A. Etude sociologique et de pratique.....	97
B. Situations de limitation ou d'arrêt thérapeutique.....	100
C. Modalités d'application des décisions de limitation ou d'arrêt thérapeutiques.....	104
D. Analyses statistiques.....	108
<b>III.4. Propositions pratiques</b> .....	109
<b>Conclusion</b> .....	114
<b>Bibliographie</b> .....	115
<b>Annexe : questionnaire d'opinion</b> .....	130

# INTRODUCTION

En médecine d'urgence, la prise de décision constitue une des principales difficultés pratiques. La diversité des pathologies rencontrées, les conditions particulières d'exercice dues à la demande pressante des patients, à l'exercice à la vue de nombreux témoins, à l'action combinée de multiples intervenants autour du patient, compliquent les situations pathologiques rencontrées.

La limitation ou l'arrêt des soins dans cette étude concerne la limitation ou l'arrêt des thérapeutiques actives de suppléance des fonctions vitales. En aucune manière, il ne s'agit d'un abandon du patient ou, d'une limitation ou d'un arrêt de tous les soins. Le bien être et le confort du patient demeure en toute situation la préoccupation première de tout médecin, y compris en médecine d'urgence.

La limitation thérapeutique est le refus de mettre en œuvre ou d'intensifier un ou plusieurs traitements actifs qui relèvent alors de l'obstination déraisonnable.

L'arrêt thérapeutique est le refus de poursuivre une ou des thérapeutiques actives qui relèvent de l'obstination déraisonnable, avec l'intention explicite de ne pas y substituer un traitement alternatif équivalent en ayant conscience que le patient en mourra (147).

Limitation et arrêt thérapeutique semblent, au premier abord contraire à une médecine d'urgence de qualité. Que penser de la gestion d'une détresse vitale qui consisterait à ne rien faire ou en faire très peu ?

Le but de cette thèse est d'étudier la limitation et l'arrêt thérapeutique en médecine d'urgence hospitalière et pré-hospitalière. Peut-on, dès le premier contact avec un patient limiter ou arrêter les soins ? Cette pratique est-elle généralisée à l'ensemble des services d'urgences français ? Quelles sont les situations pathologiques, les modalités d'application de la décision et les mesures thérapeutiques concernées ?

Après l'exposition d'aspects théoriques, les résultats d'une enquête nationale d'opinions sont énumérés et analysés, servant de base à la discussion et à une revue de la littérature. Quelques propositions pratiques sont ensuite exposées.

# Aspects Théoriques

## **I.1. Histoire de la limitation et de l'arrêt des soins en médecine d'urgence**

La prolongation de la vie sans condition était encore récemment l'objectif prioritaire de la médecine. Or, selon Luce (85), il semble que le Corpus Hippocratique décrivait déjà les trois rôles de la médecine, à savoir, calmer la douleur, atténuer la maladie, et s'abstenir de traiter les malades qui n'ont aucun espoir de guérison, auquel cas le médecin était considéré comme incompetent.

L'émergence de la médecine en tant que science a conduit les médecins à envisager les maladies selon une approche physiopathologique. Devant les progrès successifs, les médecins, la société et les patients se sont convaincus que la vie pouvait être prolongée. Dès lors les médecins ont développé des techniques de suppléance des fonctions vitales toujours plus performantes dans le but de maintenir le patient en vie le plus longtemps possible.

Depuis un demi-siècle, un débat autour de la fin de vie et des modalités de sa prise en charge est réapparu, indépendamment des progrès des différentes techniques de réanimation. De nombreuses disciplines médicales sont concernées, qui, jusque là, géraient l'approche de la mort selon les principes humanistes généraux de la médecine hippocratique.

Peu à peu, du fait de l'étendue des connaissances et de la spécialisation toujours plus poussée, s'est développée la médecine des soins palliatifs, centrée sur la fin de vie. Cependant, l'accompagnement des mourants en fin de vie n'est pas limité aux interventions des unités de soins palliatifs et concerne chaque médecin.

Depuis la description, en 1960, de la réanimation de l'arrêt cardio-respiratoire par Kouwenhoven (78), il est désormais possible de ramener à la vie des personnes victimes d'un arrêt cardiaque, c'est-à-dire en état de mort apparente. Initialement, cette technique concernait les individus en bonne santé, présentant un arrêt cardiaque ou respiratoire durant une intervention chirurgicale ou les victimes de noyade secourues précocement.

La mise en place progressive, sur le territoire national, des services d'aide médicale urgente (SAMU) et des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) a permis des interventions toujours plus rapides en cas d'arrêt cardio-respiratoire.

Il est désormais possible de bénéficier de soins médicaux de type réanimation dans des délais très courts. Le bénéfice d'une réanimation cardio-respiratoire débutée le plus précocement possible est devenu évident dans certaines situations, surtout depuis la diffusion des défibrillateurs semi-automatiques. Les services médicaux d'urgence alertés prennent le relais avec des thérapeutiques de suppléance, un monitoring et des soins adaptés.

Il s'est avéré cependant que le nombre d'échec était important avec un fort taux de décès en milieu extra-hospitalier et un taux de survie après prise en charge hospitalière très faible. Ces mauvais résultats s'expliquent par des délais trop longs avant les premières mesures de réanimation, mais également par leur instauration sur des personnes déjà diminuées. Dès lors, le bénéfice à attendre d'une réanimation médicale secondaire peut sembler médiocre, les défaillances d'organe en particulier cérébrales étant quasi-irrémediables.

Du fait de ses multiples adaptations, de son développement progressif dans le monde médical ainsi qu'au sein de la population générale, la réanimation cardio-respiratoire peut être initiée dans toute situation où se produit un arrêt cardio-respiratoire, quels que soient les antécédents et l'état physiologique de la victime. De même, des soins intensifs peuvent être prodigués, afin de maintenir en état de viabilité des organes quelles que soient les atteintes du reste de l'organisme. Ainsi, une pratique à outrance de la médecine intensive peut maintenir artificiellement en vie des organes chez un individu en état de mort cérébrale, c'est-à-dire sans espoir d'un retour à une vie relationnelle. Ce peut être bénéfique dans la situation particulière du don d'organe.

Mais, son utilité dans toute autre situation semble de plus en plus remise en question, et elle n'a d'ailleurs jamais été acceptable selon les principes de la morale et de l'éthique des plus anciens. En effet, il a toujours été préférable de mourir dans la dignité, plutôt que de s'acharner à prolonger vainement une vie qui se termine.

Ainsi, les avancées médicales immenses réalisées au cours de la deuxième partie du vingtième siècle ont permis de prolonger la vie de façon artificielle. Quels que soient les moyens, l'objectif était, dans certains cas, le maintien à outrance de la vie.

Le mythe de la vie éternelle et le combat face à la mort ont de tout temps suscités fascination et fantasmes parmi les hommes. Ces sentiments irrationnels ont pu un temps, être exaltés par des progrès médicaux spectaculaires. Lorsqu'il était en situation critique, tout individu était susceptible de recevoir des soins médicaux maximalistes. L'objectif à court terme était la durée de la survie quel qu'en soit le coût en terme médical et économique. Le devenir ultérieur après la prise en charge extrême initiale était occulté et il n'était pas rare de maintenir artificiellement en vie des

personnes en état végétatif dans les services de réanimation. Le bien être de la personne intervenait parfois dans un second temps.

Mais, après les premiers excès consécutifs aux importants espoirs engendrés, il semble désormais acquis qu'un retour à des pratiques plus mesurées redevienne la règle. Ainsi, plutôt que de vouloir prolonger la vie au maximum, l'objectif principal de tout médecin demeure le soulagement de son patient. Si, en dépit de soins optimaux, ce dernier devait décéder, le rôle du médecin est alors de lui apporter les soins de confort les plus adaptés à cette période terminale de l'existence.

## **I.2. Définitions et notions concernant la limitation et l'arrêt des soins**

Afin d'éviter les ambiguïtés liées à l'emploi de termes proches mais profondément différents, tant d'un point de vue médical qu'éthique ou juridique, il sera présenté un bref rappel de quelques définitions et les termes employés seront précisés.

### **A. Définitions : traitement de suppléance, limitation des soins, arrêt des soins, euthanasie, suicide assisté**

Un traitement de suppléance des fonctions vitales concerne toute thérapeutique qui permet de prolonger la vie, sans permettre une guérison de la pathologie sous-jacente. On peut y inclure, selon les cas et de façon non exhaustive, la ventilation mécanique, la dialyse rénale, la transfusion sanguine, l'administration intraveineuse d'agents inotropes, la chimiothérapie anti néoplasique, les antibiotiques, ainsi que la nutrition parentérale et l'hydratation.

La limitation des soins peut être définie comme le refus de mettre en œuvre ou d'intensifier un ou plusieurs traitements actifs qui relèvent (si la décision doit être prise aussitôt) ou relèveraient (dans un futur plus ou moins proche) de l'obstination déraisonnable. Elle correspond au withholding des Anglo-Saxons. Ainsi, les décisions dite « de ne pas réanimer » (DNR Orders des Anglo-Saxons) en sont un exemple, comme celles de ne pas admettre les malades en réanimation.

L'arrêt des soins est le refus de poursuivre une ou des thérapeutiques actives qui relèvent de l'obstination déraisonnable. Il correspond au withdrawing des Anglo-Saxons. Ces décisions peuvent être partielles. Par exemple, devant un malade ventilé mécaniquement à 60% de FiO<sub>2</sub>, réduire la FiO<sub>2</sub> à 21%, puis le laisser « ventiler spontanément sur son tube », et enfin l'extuber, relèvent de mesures graduelles d'arrêt de thérapeutiques actives. Certains arrêts de soins n'entraînent pas inéluctablement la mort. A l'inverse, d'autres, comme l'arrêt de l'alimentation ou de l'hydratation, sont toujours mortels à court terme.

Ces deux notions, centrales dans notre travail, ont émergé au cours des trente dernières années et constituent aujourd'hui des pratiques courantes dans les services de réanimation. Un débat éthique, toujours vivace, a permis d'argumenter en faveur de ces actions ou « non actions ».

En effet, dans les situations où la justification morale de l'action médicale par le principe de bienfaisance n'est plus valide, le principe de non malfaisance s'impose à la conscience morale des participants, qu'il s'agisse du malade ou de ses proches, des médecins ou des infirmières. La poursuite ou la mise en œuvre de certains traitements relève alors de ce que le Code de déontologie qualifie « d'obstination déraisonnable ». Il ne faut pas retarder une mort imminente et inévitable, ne pas ajouter à la souffrance et à la détresse des malades et des proches. Poursuivre indûment des thérapeutiques qui relèveraient de l'obstination déraisonnable est donc moralement condamnable.

Cependant, dans les faits, les choses sont loin d'être simples. En effet il peut sembler plus confortable moralement de poursuivre les soins « sans se poser trop de questions ». Dans cette perspective, toutes les thérapeutiques devraient être mises en œuvre jusqu'au bout, pour tous les malades, tant que le moindre espoir persiste. Et qui pourrait prétendre qu'il n'y a réellement plus aucun espoir ? Pourtant, il est clair qu'une telle attitude peut devenir déraisonnable, donc immorale et illégitime selon le Code de déontologie.

Parler d'obstination déraisonnable suppose une évaluation exacte du pronostic chez un malade particulier, une connaissance tout aussi précise de son espérance de vie et de sa qualité de vie ultérieure, et surtout de celle qu'il serait capable d'accepter à distance, après sa sortie de l'hôpital. Il est indéniable qu'il existe un certain nombre de situations où, avec du recul, le processus de mort paraît irréversible et où tout traitement autre que de confort devient vain. Mais, dans bien des circonstances, les choses sont moins nettes. Il faut alors se fonder en premier lieu sur les données toujours floues du pronostic médical, de la qualité de vie escomptée et des volontés hypothétiques du malade. Les Anglo-Saxons, pour tenter de décider plus tôt, ont

développé le concept de « futility », qui renvoie à l'idée d'une action inutile et vaine ou vouée à un échec annoncé, pour un malade donné. Ce concept est issu de la constatation que certains patients meurent, après une période considérable de temps de séjour en réanimation ou après avoir été transférés dans un service de médecine, ou peu de temps après leur sortie de l'hôpital. Il est critiqué en raison de son ambiguïté, de la difficulté à le définir, et sur le fait qu'il puisse être un prétexte évoqué facilement pour cacher d'autres motifs moins défendables, en particulier d'ordre économique.

Il existe deux notions, l'euthanasie et le suicide assisté, qui ne concernent pas le sujet traité, mais dont la mention s'avère nécessaire du fait de la confusion importante entourant généralement le thème de la fin de vie. Chaque terme a une signification précise et ne saurait être substitué sans précaution.

L'euthanasie est un acte ayant pour intention de donner la mort, ce que l'on croit être un bien pour la personne. L'injection létale en est la forme la plus commune. L'euthanasie, pratiquée sur une personne consciente et compétente lors de sa demande, est possible sous couvert d'une procédure très stricte dans certains pays comme les Pays-Bas. En France, la pratique de l'euthanasie est assimilée, dans le Code Pénal, à un assassinat, c'est-à-dire un meurtre avec préméditation. Le consentement du patient ou de ses proches n'autorise pas une telle pratique.

Le suicide assisté est l'aide apportée à un malade parfaitement lucide pour qu'il puisse se donner la mort lui-même. Cette pratique, psychologiquement éprouvante pour les médecins sollicités, est dépenalisée sous des conditions très strictes dans certains états américains comme l'Oregon et aux Pays-Bas.

Euthanasie et suicide assisté diffèrent ainsi dans le degré de participation du médecin à ces actes.

Les facteurs intervenant dans les décisions de limitation ou d'arrêt de traitement sont multiples prenant en compte, la volonté du patient exprimée directement ou rapportée par les proches, l'avis du ou des médecin (s) et de l'équipe soignante, ainsi que la distribution équitable des ressources médicales, dont il faut également tenir compte.

## **B. Facteurs justificatifs de la limitation et de l'arrêt des soins**

Les arguments scientifiques concernent la maladie et le terrain. En effet, une ou plusieurs défaillance (s) d'organe (s), particulièrement cérébrale, la nature et



l'évolution défavorable d'une maladie chronique, la mauvaise réponse au traitement, peuvent amener à discuter une limitation ou un arrêt thérapeutique.

Ainsi, en réanimation, il n'est pas surprenant de constater que les patients pour lesquels ces décisions sont prises sont plus souvent atteints de plusieurs défaillances viscérales et ont une durée de séjour plus longue que ceux décédant sans décision.

En France, les patients les plus gravement atteints sont significativement plus souvent l'objet de décisions de limitation ou d'arrêt de traitements. Les scores de gravité établis sont des modèles prédictifs de la survie des patients gravement atteints. Des algorithmes d'aide à la décision ont été proposés, et sont susceptibles d'être utilisés dans les décisions de limitation ou d'arrêt des traitements.

L'espérance de vie est un paramètre difficile à évaluer pour un malade donné. Il est parfois possible, devant un malade moribond en phase terminale d'une maladie, de dire que la survie sans traitement de suppléance ou de maintien des fonctions vitales n'excéderait pas quelques heures ou minutes. Mettre alors en œuvre une réanimation serait vain.

Un argument de justification de limitation ou d'arrêt thérapeutique fréquemment évoqué par les médecins est la qualité de vie. La qualité de vie future est, avec l'inutilité des soins, l'un des critères essentiels sur lequel reposent les décisions de cessation ou de limitation de traitement. Malheureusement, il n'existe pas d'outil de mesure fiable de la qualité de vie, ni en médecine d'urgence, ni en réanimation. En effet, la qualité de vie a par essence un caractère subjectif, et il est difficile de quantifier une valeur qualitative qui dépend elle-même de paramètres multiples. La qualité de vie doit être évaluée du point de vue du malade (et non pas de celui de l'équipe soignante), en tenant compte de ses capacités cognitives, affectives, spirituelles et du contexte culturel. Il faut prendre en compte les implications professionnelles ou financières, en particulier lors de décompensation aiguë de maladies (insuffisance respiratoire chronique, sclérose latérale amyotrophique ...), évoluant sur plusieurs mois ou années.

L'expression de la volonté du malade dévoilée, directement, ou par l'entremise de ses proches, ou par l'intermédiaire de la personne de confiance, est un élément majeur à prendre en considération. Il est très difficile de savoir jusqu'où le malade aimerait qu'on poursuive la réanimation, et pour quel résultat à moyen et long termes.

Un malade conscient peut refuser l'ensemble des soins ou certaines thérapeutiques. La fréquence de ces situations, souvent mal acceptées par les médecins, est mal évaluée.

Dans le cadre du consentement aux soins, tout doit être fait pour préserver l'autonomie de l'individu compétent. Ainsi, les refus de soins émanant directement de

la famille, « protecteur naturel » des intérêts du malade aux termes mêmes de la jurisprudence, doivent être analysés avec prudence. Dans les situations d'urgence, où le malade ne peut s'exprimer, il faut garder présent à l'esprit que le fil directeur est le bien du malade.

Il faut signaler également que les notions de qualité et d'espérance de vie estimée par les malades sont éminemment disparates et variables dans le temps.

Un autre facteur intervenant dans la décision de limitation ou d'arrêt des traitements est l'avis personnel des médecins et de l'équipe soignante. En effet, le regard des médecins dans diverses circonstances peut être frappé de préjugés manifestes. Plusieurs auteurs soulignent que les valeurs personnelles des praticiens ont plus d'importance que les données médicales objectives.

L'argument économique n'est habituellement guère pris en compte dans les décisions de limitation ou d'arrêt des traitements, tout du moins en France.

La décision de limitation et d'arrêt des traitements doit se baser autant que possible sur des éléments objectifs. Le dossier médical, les médecins référents spécialistes, le médecin traitant doivent être consultés. L'interrogatoire de la famille et des proches, surtout si le patient est inconscient, s'avère également indispensable.

L'avis d'un confrère, pas nécessairement référent du patient, permet au médecin de conforter son analyse et doit être recherché.

Cette décision, très difficile d'un point de vue éthique et humain, nécessite calme et pondération, et ne saurait admettre la précipitation. En cas d'incertitude, les traitements sont poursuivis dans leur intégralité et la discussion pourra être reprise ultérieurement, en cas de nouvel élément défavorable. Comme l'écrit Roupie, « le doute doit bénéficier au patient ».

La prise de décision et les modalités de mise en œuvre de la limitation ou de l'arrêt des traitements peuvent s'avérer difficiles.

Les décisions de limitation et d'arrêt des traitements ne sont pas toujours suivies de la mort du malade. Par exemple, prendre la décision de ne pas intuber n'implique pas forcément la mort. Certaines décisions de limitation thérapeutique n'ont souvent aucune conséquence. Par contre, les décisions d'arrêt thérapeutique sont suivies plus régulièrement d'une issue fatale rapide.

Si la famille, le malade participant rarement à la discussion, les médecins et l'équipe soignante sont en accord sur la décision à prendre, le processus de décision est relativement simple. En revanche, en cas de désaccord, il n'existe pas de démarche codifiée ni de consensus sur la conduite à tenir. Tout doit être fait pour obtenir

l'adhésion des proches en privilégiant la communication, le recueil de la volonté du patient et en prenant du temps.

## **C. Principes d'autonomie du patient et de bénéfice pour le patient**

Le principe d'autonomie du patient, très développé aux Etats-Unis, est basé sur le fait qu'un patient compétent a la possibilité d'accepter ou de refuser tout type de traitement. Ainsi, un sujet ayant conservé l'intégralité de ses facultés mentales peut lui-même décider la limitation ou l'arrêt de ses traitements. Dès lors, le médecin a le devoir de respecter sa décision. Le droit américain reconnaît, dans certains états, cette liberté de faire des choix, en accord avec ses propres valeurs, et considère qu'elle fait partie intégrante du respect de la dignité humaine.

Cette obligation de la part du médecin de se conformer à la volonté de son patient ne l'autorise cependant pas à prodiguer des soins qui ne sont pas médicalement justifiés. En effet, les médecins ne peuvent déontologiquement pas administrer des traitements qui n'ont pas fait la preuve de leur efficacité, ou qui n'ont pas pour objectif de traiter une maladie ou de soulager le patient.

Le principe de bénéfice pour le patient ou de non malfaisance demeure un élément essentiel de la prise en charge des patients. Elément princeps de la médecine hippocratique, le principe de non malfaisance interdit à tout médecin d'utiliser ses connaissances médicales ou techniques en défaveur du patient. A l'opposé, le principe de bénéfice implique que les soins prodigués par le médecin sont en faveur de la santé ou du bien-être du malade. L'intentionnalité de l'action est ici prise en considération.

Habituellement, un traitement susceptible de causer la mort est en contradiction avec le principe de non malfaisance. Cependant, en ce qui concerne les décisions autour de la fin de vie, le patient ne considère pas sa propre mort comme un événement forcément indésirable. Une fin paisible et sans douleur, en paix avec lui-même, demeure la préoccupation principale du malade et de ses proches. Dès lors, le devoir éthique du médecin est de soulager les douleurs, de calmer l'anxiété et de respecter au maximum la dignité et l'autonomie du patient en fin de vie.

Ainsi, limitation ou arrêt des traitements ne signifient pas abandon du malade. La limitation et l'arrêt thérapeutique concernent les traitements à visée curative, dont l'efficacité est estimée nulle, et les traitements intensifs qui permettent de suppléer les fonctions vitales en cas de défaillance aiguë. Cette limitation thérapeutique se fait le

plus souvent de manière progressive, devant les échecs successifs des différents traitements et l'évolution clinique défavorable.

Cependant, l'arrêt ou l'abstention thérapeutique de soins de réanimation peut se faire de façon beaucoup plus rapide, en médecine hospitalière ou extra-hospitalière, si la situation est estimée irréversible.

Une fois la décision prise selon des critères médicaux et humains les plus objectifs possibles, et en accord avec les proches, des soins palliatifs et de confort devraient être instaurés.

## **D. Soins palliatifs et principe du double effet**

Les soins palliatifs, selon la définition donnée par le dictionnaire Larousse, concernent les traitements ou remèdes qui visent à diminuer ou à supprimer les symptômes pénibles d'une maladie, sans agir sur la maladie elle-même.

Pour les malades que la médecine, quel que soit son degré de technicité, ne peut plus guérir, les soins palliatifs se proposent de réduire, voire de faire disparaître leurs symptômes. L'observation soigneuse de ces malades dont la mort est annoncée, ainsi qu'une attention portée à leurs besoins réels, ont progressivement conduit à prendre conscience qu'ils soulèvent des problèmes très particuliers.

L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique et spirituelle. Il faut ainsi permettre au processus naturel de la fin de vie de se dérouler dans les meilleures conditions, tant pour le malade lui-même que pour son entourage familial et institutionnel. Le contrôle de la douleur et des autres symptômes d'inconfort doivent le plus possible préserver la vigilance et la capacité de relation du malade avec l'entourage.

L'accompagnement des personnes en fin de vie est une démarche dynamique et participative. Il justifie des dispositifs d'écoute, de concertation, d'analyse, de négociation qui favorisent une évaluation constante et évolutive des options envisagées.

Les décisions concernant la prise en charge des symptômes doivent être fondées sur l'intensité de ceux-ci, quels que soient la maladie et son stade, sur l'appréciation des besoins du patient, sur ses préférences, et sur l'analyse du rapport bénéfices/risques de chacune des options en termes de capacité à soulager la souffrance et à préserver la dignité et la qualité de vie.

Les soins palliatifs peuvent assurer, entre autres, la nutrition et l'hydratation de façon adaptée à la fin de vie, en évitant les manœuvres instrumentales inutiles. Ils

s'efforcent également de maintenir la communication avec le malade, en lui apportant le soutien relationnel adéquat, quand la communication verbale reste possible, ou, lorsque celle-ci s'avère impossible, en exploitant les ressources de la communication non-verbale.

Les soins palliatifs nécessitent une approche globale du patient, ainsi qu'une évaluation et un suivi de son état psychique.

De même, le maintien ou la restauration des liens familiaux est un élément important. Il faut apporter à la famille les dispositions matérielles et le soutien psychologique nécessaires, pour qu'elle puisse vivre l'accompagnement de son parent dans des conditions de confort matériel et moral satisfaisantes.

La prise en charge de la phase terminale et de l'agonie, ainsi que la préparation au deuil, sont des étapes nécessaires, qui nécessitent une approche spécifique. Après le décès, l'action se poursuit par un soutien auprès de la famille, dans un but de prévenir les complications somatiques et psychologiques du deuil, notamment le suicide, auxquelles les conjoints âgés, particulièrement les hommes, sont exposés.

En France, l'importance des soins palliatifs fut reconnue dès 1986 dans une circulaire ministérielle relative à l'organisation des soins aux patients en phase terminale. Cette circulaire définit les soins palliatifs et officialise la création d'unités appropriées.

Depuis 1991, ces soins font partie des missions de l'hôpital et leur accès est présenté comme un droit des malades. La loi du 9 juin 1999 (83) vise à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. Celle du 4 mars 2002 (84) est relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Des recommandations professionnelles, sur les modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs et sur l'accompagnement des personnes en fin de vie ainsi que de leurs proches, ont été publiées par l'ANAES en décembre 2002 (24) et janvier 2004 (23) respectivement. Ainsi, selon ces recommandations, « l'abstention thérapeutique, l'arrêt d'une thérapeutique de suppléance vitale ou la sédation ne s'opposent pas au processus conduisant à la mort, tout en ne la provoquant pas de manière délibérée. Il s'agit là d'une démarche d'accompagnement de la personne jusqu'au terme de sa vie relevant strictement des missions, compétences et responsabilités des professionnels de santé ». Cette précision est importante, car la réalisation de soins palliatifs ou de confort, en particulier l'analgésie et la sédation pour soulager la douleur et l'anxiété, peuvent avoir de funestes effets.

Ce principe du double effet est un aléa des thérapeutiques palliatives. Chez les patients pour lesquels une limitation ou un arrêt des traitements est décidé, le contrôle de la douleur et de l'anxiété peut nécessiter des doses importantes de dérivés morphiniques ou de benzodiazépines, sans limitation des doses.

Il faut en rapprocher la sédation terminale, qui consiste à mettre en œuvre ou à renforcer chez ces patients en fin de vie une sédation adéquate à leurs souffrances. Le but premier du prescripteur est le soulagement du patient. Ainsi, la mort est prévisible, mais non intentionnelle.

## **E. Similarité morale entre limitation et arrêt des soins**

La responsabilité est identique, du point de vue moral, pour la limitation et l'arrêt des traitements. En effet, limiter consiste à ne pas mettre en œuvre un traitement actif ou à ne pas intensifier une thérapie active qui se révèle inefficace. Arrêter admet de ne plus poursuivre le traitement entrepris ou de diminuer les doses de ce qui n'a plus l'efficacité attendue. Dans l'un et l'autre des cas, on procède par abstention (ne pas ou ne plus), que cette abstention soit initiale ou qu'elle intervienne comme suspension de ce qui a été commencé. Il est donc erroné de penser que, dans le cadre de la limitation, on a affaire à une omission, et que dans l'arrêt, on a affaire à une action. Il s'agit en réalité de deux formes d'omission, même si l'une (l'arrêt) peut se transcrire par un geste qu'on effectue (retrait d'un appareil, extubation, par exemple), alors que l'autre (la limitation) n'implique pas le prescripteur de manière concrète et sensible.

D'autre part, l'arrêt comme la limitation découlent d'une décision, d'une volonté délibérée. Or, l'agent moral est aussi responsable de ce qu'il s'abstient volontairement de faire que de ce qu'il fait intentionnellement. Il y a toujours un choix. C'est ce choix qui compte, qu'il se traduise par un acte ou par un comportement de passivité. La distinction entre acte et omission, faire ou ne pas faire, reste cependant pertinente pour la conscience morale.

L'omission se range dans la catégorie des actes ayant valeur morale. Elle procède d'une volonté mauvaise à partir du moment où l'on a les moyens d'intervenir utilement pour éviter un danger majeur. Ainsi découlent la condamnation de l'euthanasie passive et la non condamnation de la limitation thérapeutique dans le cas de patients en fin de vie.

## **I.3. Intérêts reconnus de la limitation ou de l'arrêt des soins dans la pratique médicale**

### **A. Pour le patient**

A partir du moment où l'espoir d'une amélioration clinique significative a disparu, l'ensemble des thérapeutiques à visée curative devient inutile. La plupart de ces traitements, parfois agressifs, nécessitent une surveillance invasive, soit par monitoring, soit par des contrôles biologiques ou radiologiques répétés. La reconnaissance par l'équipe médicale d'un pronostic péjoratif inexorable permet donc au patient d'éviter les souffrances répétées, occasionnées par les traitements à visée curative.

Mais l'arrêt des traitements curatifs n'exclut pas une prise en charge adaptée du patient. En effet, la certitude d'une fin de vie proche réoriente l'ensemble des soins médicaux vers des soins palliatifs et de confort. L'objectif est désormais une mort paisible.

Le contrôle des symptômes physiques immédiats (douleur, agitation, anxiété, encombrement bronchique, sensation d'étouffement,...) devient une des priorités des soins médicaux. Les médecins et l'équipe paramédicale évaluent et réadaptent régulièrement le confort du patient. Différentes études ont mis en évidence l'importance du bien être psychique du patient à l'approche de la mort.

Steinhauser (131, 132) a étudié les caractéristiques d'une « belle » mort selon la conception, des patients, des membres de la famille et des différents intervenants. Six facteurs principaux ont été mis en évidence : le contrôle de la douleur et des symptômes, la clarté de la prise de décision, la préparation à la mort, l'achèvement des tâches en cours, être en paix avec les autres, le respect et la dignité de la personne.

Chaque thème possède une composante médicale, psychologique, sociale et spirituelle.

L'approche thérapeutique concerne principalement les médecins, tandis que la famille et les autres acteurs de santé permettent de compléter les critères qualitatifs d'une belle mort. Ainsi, les médecins de même que l'équipe paramédicale ne sont pas les seuls interlocuteurs et pourvoyeurs de soins à l'approche de la mort.

Cette étude met également en évidence qu'il n'existe pas de « bonne et unique » façon de mourir. Ces six items, dont l'importance varie selon chaque intervenant, doivent en fait servir de fil conducteur dans la gestion spécifique de chaque fin de vie.

La prise en charge du patient en fin de vie doit être globale et initiée dès que possible, en privilégiant l'information, la communication, le confort psychologique, tout autant que la gestion des symptômes physiques.

## **B. Pour les proches**

La place de la famille et de l'entourage, ainsi que leurs rôles, ne sont pas à négliger à l'approche de la mort. Leurs choix doivent être respectés, et il convient de rechercher une alliance entre la personne malade, sa famille, ses proches et les soignants. Le dialogue et la concertation sont à la base de tout accompagnement. Une explication claire de la situation clinique et du pronostic fatal permet d'obtenir, dans la grande majorité des cas, un consensus quant aux soins à apporter au patient.

La cohérence de la prise en charge est essentielle pour tous : le patient, l'équipe médicale, les intervenants extérieurs et la famille. La communication avec la famille doit être initiée dès la prise en charge initiale du patient et poursuivie tout au long du processus de soins.

La famille a besoin d'une information précise et adaptée à sa culture, afin de se préparer progressivement à la perte de son proche. La préparation au deuil nécessite la clarté des explications, en évitant de laisser entrevoir des espoirs impossibles.

Les recommandations de l'ANAES (23) préconisent d'identifier, dans l'entourage du malade, les facteurs prédisposant à une réaction dite « compliquée » de chagrin (relation ambivalente ou de dépendance, multiples deuils antérieurs, antécédent de maladie mentale, en particulier de dépression), pour tenter de prévenir une situation de deuil pathologique.

Rappelons que l'accompagnement des familles ne s'interrompt pas au décès, et qu'il doit se prolonger, sous d'autres formes, durant la période de deuil sans pour autant solliciter l'équipe soignante dans une fonction qu'elle n'est pas en mesure d'assumer.

## **C. Pour l'équipe soignante**

Les médecins et l'équipe paramédicale, de part leur formation et leur expérience, sont les plus qualifiés pour évaluer la gravité d'une situation pathologique. L'inutilité des soins leur semble parfois évidente. L'indication de poursuivre la réanimation, si l'éventualité d'une aggravation n'a pas été envisagée avec la famille, conduit parfois à la poursuite de soins inadaptés.



De même, en cas de refus de limitation ou d'arrêt des soins de la part des familles (très rare en cas d'explications adéquates), les soins intensifs sont poursuivis, sans aucun bénéfice pour le patient. Ces situations étaient autrefois plus fréquentes, quand la pratique de la limitation ou de l'arrêt des soins était peu répandue. Une réanimation de complaisance était alors parfois pratiquée, source d'insatisfaction et de conflit au sein de l'ensemble de l'équipe soignante.

L'institution d'un « slow code » ou « code blue » (17), expression mentionnée dans le dossier médical, était une façon détournée d'envisager une aggravation brutale et irréversible de l'état clinique, sans réalisation de mesure de réanimation poussée. Cette approche, quelque peu hypocrite de la situation, a en grande partie disparu au profit des patients et de l'ensemble des professionnels de santé.

## **D. Pour la société**

Au premier abord, il semble qu'une limitation ou un arrêt des thérapeutiques intensives pourraient permettre d'éviter des dépenses inutiles en terme financier et de gestion des ressources médicales. En effet, les soins de réanimation sont très coûteux. Ils utilisent de nombreuses drogues spécifiques, un monitoring technique très élaboré, un personnel médical et paramédical nombreux et les traitements sont le plus souvent prolongés.

Cependant, selon Emmanuel (41,42), il serait illusoire de vouloir faire des économies substantielles lors de la gestion des patients en fin de vie. En effet, le respect de la volonté des patients, un contrôle efficace de la douleur et des symptômes, ainsi que des soins palliatifs continus et de qualité dans des lits dédiés, sont également expansifs.

Inacceptable d'un point de vue éthique, l'indication de limitation ou d'arrêt des soins ne saurait donc être d'ordre financier. De plus, l'économie réalisée en évitant les soins inutiles pour le patient se fait au profit d'une meilleure prise en charge des fins de vie.

Ainsi, le bénéfice réalisé est essentiellement qualitatif. Il est à signaler que cette préoccupation financière existe depuis de nombreuses années aux Etats-Unis.

## **I.4. Aspects éthiques et déontologiques**

### **A. Aspects éthiques**

#### **1. Le consentement, le contrat de soins, l'information en urgence**

La règle du consentement éclairé aux soins représente un élément majeur et fondamental de la protection des personnes. En effet, elle découle du principe d'autonomie de l'être humain et constitue un des principes essentiels de l'éthique médicale.

Le consentement est libre, conscient et éclairé, en fonction d'une information qui doit être simple, intelligible, approximative et loyale. Malgré les mesures législatives concernant les situations d'urgence, le consentement obtenu dans ces situations pose de nombreuses interrogations. En effet, l'acte de consentir suppose la double capacité de comprendre et de pouvoir se déterminer librement. Que peut alors valoir le consentement d'une victime d'un traumatisme douloureux ou d'un infarctus du myocarde avec anxiété ? Si les personnes, dont la capacité de compréhension est réduite ou quasi nulle (en cas de syndrome confusionnel, par exemple) ou celles dont la liberté n'est pas entière (prisonniers, par exemple), sont incapables à donner un consentement, certains patients des urgences vont être incapables temporairement à consentir aux soins (intoxiqué aux médicaments psychotropes ou à l'alcool éthylique, par exemple).

De plus, se pose le problème du représentant du patient. Le membre de la famille ou de l'entourage présent en urgence autour du patient est-il vraiment celui que ce dernier aurait désigné comme interlocuteur des soignants pour le représenter au moment où il serait hors d'état d'exprimer ses choix ou volontés ? Des travaux réalisés dans le cadre de protocoles de recherche clinique ou d'hospitalisation en réanimation ont montré, qu'il y avait discordance entre le représentant désigné par le patient et la personne à prévenir notée dans le dossier médical, et que peu de patients participant à certains protocoles thérapeutiques donnaient leur consentement par écrit en toute connaissance de cause.

Le contrat de soins, qui lie le patient à un médecin ou à une structure de soins dans le cas de l'hospitalisation publique, est par nature déséquilibré, car établi entre « un qui sait » et « un qui ne sait rien ». L'obligation d'information s'impose à chaque

fois qu'un professionnel propose une prestation à quelqu'un qui ne détient pas ses connaissances. Il s'agit d'un contrat synallagmatique, les deux parties ayant des obligations réciproques. Le médecin doit établir un diagnostic, donner des soins « consciencieux, attentifs et réserves faites des circonstances exceptionnelles conformes aux données acquises de la Science » (64), et informer afin d'obtenir un consentement libre et éclairé. Le malade doit suivre les prescriptions du médecin.

A l'hôpital public, médecins et patients n'entretiennent aucune relation juridique. Les patients usagers du service public hospitalier entrent en relation avec l'hôpital public représenté par son directeur. Toute idée de prestation de service, objet d'un contrat, est étrangère au service public, qui fonctionne sur le modèle des fins à poursuivre et des missions à accomplir en se conformant à des obligations. En principe, les soins ne sauraient être administrés aux patients qu'avec leur accord, selon le décret n° 74-27 du 14 janvier 1974, relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers, qui prévoit que « le médecin chef de service, ou les médecins du service doivent donner aux malades les informations sur leur état qui leur sont accessibles ; dans toute la mesure du possible les traitements et soins proposés aux malades doivent aussi faire l'objet d'une information de la part du médecin ». Si le consentement n'est pas mis en avant, c'est parce que ce n'est pas lui qui noue la relation.

En médecine d'urgence, le médecin a le droit, voire le devoir, d'intervenir sans le consentement de la personne malade, lorsqu'il estime que celle-ci est en danger. En effet, certains malades sont inconscients et certains autres conscients sont dépendants de techniques ou traitements lourds. Dans ces situations particulières, la réaction habituelle des médecins de l'urgence est de prendre la responsabilité d'appliquer les techniques de soins en fonction de la balance bénéfice/risques encourus par le patient, sans attendre le consentement éclairé du patient ou de son entourage. Ainsi, dans certaines situations de médecine d'urgence comme en réanimation, le principe d'autonomie, sur lequel repose le consentement, apparaît comme privé de sens et la bienfaisance semble alors plus efficace, le médecin devant agir en vue du bien de son malade, positivement (faire le plus de bien possible) ou négativement (faire le moins de mal possible, « primum non nocere »).

Certains médecins ont de plus, tendance à penser qu'une personne en état de souffrance, physique ou moral, n'est pas capable de prendre une décision libre et éclairée quant aux soins qui lui sont nécessaires, et qu'il faut donc d'abord soulager, pour ensuite discuter.

Pour Platon, « il n'appartient qu'aux médecins de mentir en toute liberté... ». Ce principe est révolu de nos jours et la relation autrefois « sacrée » entre le patient et son

médecin est devenue contractuelle, avec ses obligations notamment en terme d'information. Le fondement juridique de l'obligation d'information repose sur le droit fondamental dont dispose toute personne humaine sur son propre corps. Ainsi, un patient va devoir obtenir une information suffisante, pour décider avec son médecin et consentir aux soins proposés.

Le droit à l'information et au consentement a fait son entrée dans le Code Civil par l'intermédiaire le l'article 16-3, dérivé de la loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain, dite « loi de bioéthique ». Pour le Code de la Santé Publique, le patient devient un « acteur de santé » et la loi 2002-303 du 04 Mars 2002 (84) consacre un chapitre entier à l'information du patient et à l'expression de sa volonté. Dans le Code de Déontologie de 1995, la place de l'information du patient est primordiale et régie par les articles 35 et 36, cette information étant qualifiée de loyale, claire et appropriée.

Dans son intérêt, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave, sauf en cas de risque de contamination, notion reprise dans l'article 1111-2 de la loi 2002-303 du 04 Mars 2002 (84). En cas de pronostic fatal, les proches doivent être prévenus, sauf interdiction préalable du patient.

L'information délivrée au patient ou à son entourage doit être simple et intelligible, c'est-à-dire des explications adaptées à la compréhension et à l'état émotionnel des acteurs en présence. Cette information doit également être approximative, et il ne saurait être question de tout dire, mais seulement de révéler les éléments nécessaires et suffisants à la compréhension de la situation actuelle, des traitements proposés et de l'évolution suspectée. Enfin, cette information doit être loyale, et il vaut mieux se taire que de donner une information erronée ou de donner une information inutile, prématurée ou inacceptable. En effet, l'information délivrée peut ne pas être le reflet d'une vérité, mais d'une appréciation en conscience de ce qui devrait être ou non révélé.

## **2. Responsabilité morale**

Un individu est responsable s'il a la maîtrise de ses décisions, si les déterminations multiples (sociales, psychiques...) qui le conditionnent lui ménagent une part de liberté et que le monde lui laisse une part d'initiative. La responsabilité des initiatives et des décisions humaines est majeure en médecine d'urgence car, les techniques mises en œuvre attribuent aux médecins le pouvoir de disposer de la vie d'autrui. Supports vitaux, sédations remettent parfois entre les mains du médecin la totalité corps-esprit qu'est un homme.

Souvent en raison de limitation ou d'arrêt de soins, un lien de causalité, même indirect, existe entre une initiative volontaire des médecins et la mort des patients. On peut dès lors leur imputer ce décès. A la différence de l'euthanasie passive où il existe une intention claire de donner la mort, la limitation ou l'arrêt des soins relèvent à l'opposé d'une renonciation à l'obstination déraisonnable.

Il existe deux grandes façons d'envisager les choix moraux ou la décision d'orienter l'action individuelle.

La première consiste à dire qu'on a visé un bien. La responsabilité du médecin consiste à déterminer quel est le meilleur intérêt du malade et à choisir les moyens adéquats d'y parvenir. Il est raisonnable éventuellement de ne pas contrarier la nature, de laisser mourir, si c'est le mieux ou le moins mal que l'on puisse faire. Les risques de ces choix inévitables tiennent à l'incertitude des indications données par la nature et l'expérience. Ainsi, l'évaluation médicale prend valeur morale et peut conduire, au nom du mieux pour le patient, à prendre des décisions qui vont à l'encontre d'une règle morale établie, comme l'interdit de tuer.

La seconde façon de justifier ses choix moraux consiste à dire que l'on a agi suivant les lois de la raison, que l'on a fait son devoir qui est de toujours se comporter en être de liberté et de raison. On raisonne alors de façon déontologique, « deon » signifiant devoir en grec. Ce ne sont ni la nature ni la science qui nous fixent notre devoir. L'action correcte est celle qui se conforme à des normes que l'homme a lui-même établies. Ainsi, dans la perspective déontologique, on s'attache à des principes universels et indérogeables comme, par exemple, le caractère sacré de la vie.

Dans la vie courante l'intrication des deux sortes de morales est constante. On recourt souvent à des compromis entre elles, en raison des dilemmes auxquels leur opposition accule les consciences.

## **B. Aspects déontologiques**

Le Code de déontologie, qui énonce l'ensemble des règles devant être suivies pour faire le bien, aborde la limitation et l'arrêt thérapeutique dans les articles 37 et 38 du décret n°95-1000 du 06 septembre 1995 (34).

L'article 37 précise qu'en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique.

Quant à l'article 38, il souligne que le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriées la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.

Dans l'article 36, le consentement du malade est abordé. Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité.

Rappelons l'article 2 : « le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité ».

## **I.5. Aspects juridiques et point de vue religieux**

### **A. Aspects juridiques**

Le Code de la Santé Publique, dans son article R4127-38, reprenant les dispositions du Code de déontologie, interdit sans aucune ambiguïté la pratique de l'euthanasie. En ce qui concerne la limitation et l'arrêt des soins, de nouveaux textes législatifs sont apparus en avril 2005.

Ainsi, l'article L1110-5 du Code de la Santé Publique (loi n°2005-370 du 22 avril 2005) (15) énonce que les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie, en dispensant les soins visés à l'article L1110-10. De même, cet article précise que la procédure suivie doit être inscrite dans le dossier médical.

L'article L1110-10 (16) mentionne que lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, qu'elle qu'en soit la cause, décide de

limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin doit respecter sa volonté après l'avoir informé des conséquences de ses choix. De même, il précise que la décision du malade doit être inscrite dans son dossier médical.

## **B. Aspects religieux**

Les principales instances religieuses présentes en France abordent la question de la fin de vie et de la limitation ou de l'arrêt des soins de façon mesurée.

### **1. La religion catholique**

Mgr Doré (11), dans une contribution au bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, rappelle que la vie humaine est par définition limitée, fragile et mortelle. La mort et la souffrance méritent donc d'être regardées en face et assumées, et non pas systématiquement niées ou contournées. La foi chrétienne, qui professe que la vie a été voulue par Dieu et que chaque être humain a été créé à son image, respecte au plus haut point toute personne humaine, surtout lorsqu'elle est la plus atteinte ou la plus menacée. Ainsi, le soulagement de la douleur et l'accompagnement des mourants apparaissent évidents. La volonté ne porte pas sur l'accélération d'une mort déjà jugée souhaitable, mais sur le service de la vie estimée encore possible. Il s'agit, selon un médecin des soins palliatifs cité par un membre de l'église catholique, « non pas de rajouter artificiellement des jours à la vie, mais de rajouter de la vie dans les derniers jours ».

Le Pape Pie XII, en 1957, avait conclu à propos des pratiques de réanimation « qu'on n'est pas tenu d'employer des moyens extraordinaires pour prolonger à tout prix une vie qui va vers son terme » et « que l'interruption des tentatives de réanimation n'est jamais qu'indirectement cause de la cessation de la vie ». De même, le Pape Jean-Paul II, en 1995, a écrit « qu'on peut en conscience renoncer à des traitements qui ne procureraient qu'un sursis précaire et pénible de la vie, sans interrompre pourtant les soins dus au malade en pareil cas ». La limitation des acharnements n'est donc pas contraire à l'éthique chrétienne. De même, l'emploi de moyens disproportionnés à la situation clinique n'est pas recommandé. La question est alors de déterminer quels sont les éléments à faire entrer en compte dans le calcul de proportions.

Selon Thomas d'Aquin, au XIII<sup>e</sup> siècle, la qualification morale d'un acte humain (bonté ou malice) fait appel à l'intention qui est capitale dans le cas d'un acte

à double effet, ainsi qu'aux circonstances. C'est la sagesse pratique qui doit être mise en œuvre et qui engage la responsabilité.

## **2. Le protestantisme**

La conception protestante n'envisage pas plus l'éthique comme une science exacte, qui pourrait être codifiée de façon abstraite mais implique un sujet qui s'interroge sur le sens et sur la justesse de ses actes. Elle fait appel à la responsabilité : agir éthiquement c'est pouvoir répondre de ses actes.

Selon le pasteur Collange (69), la parole de Dieu est source d'interrogations, de réflexions, mais aussi d'appels à agir de façon responsable. Toute règle, maintenue de façon dogmatique, produit des effets pervers, voire se retourne contre elle-même.

Ainsi, un usage outrancier de la technique médicale risque d'éloigner l'homme moderne de sa condition d'être humain à savoir son identité, ses valeurs et le sens de son existence.

La mort est l'expression ultime et privilégiée qui exprime la condition et l'identité d'êtres limités. Elle est un processus naturel qu'il convient de respecter. Il faudrait accepter de ne pas tout maîtriser.

## **3. L'Islam**

L'Islam, comme d'autres religions monothéistes, considère que la mort n'est que le passage d'une vie éphémère vers un au-delà de félicité et d'éternité et que « le devenir est à Dieu seul, auquel nous retournerons » (Coran 63-3). Aussi, le croyant musulman se prépare-t-il spirituellement à quitter ce bas-monde selon l'exacte volonté divine. En effet, le moment de la mort ne dépend, dans l'Islam, que du décret de Dieu (Ajal). Le Coran ajoute que « nul ne pourra l'avancer ni le reculer fut-ce d'une heure... » (Coran 16-61).

Le médecin, d'après le recteur Boubakeur (12), bien loin d'être l'auteur d'une guérison ou d'un supplément de cette vie, n'est que l'effecteur de cette volonté divine, à qui appartient la vie ou la mort. Pour le croyant, ce sont deux phases naturelles de notre commune et humaine destinée. Nul ne peut y mettre un terme. Suicide et euthanasie sont interdits, comme la destruction des corps (crémation). La mort est le terme accompli d'une vie entièrement tournée vers l'attente de cet instant, que personne ne pourra modifier sans la permission de Dieu. Ainsi, chaque croyant est un cas à part, unique, dont la fin de vie ne peut lui être substituée et qui peut nécessiter un soutien spirituel.



## **4. Les instances juives**

Si l'on considère, avec Sitruk (14), que le mort est celui qui n'a plus d'espérance, quand bien même est-il « techniquement » vivant, alors il semble inutile de repousser « l'inéluctable ». Ainsi, lorsque les médecins ayant tout tenté pour sauver un patient se trouvent obligés de baisser le niveau des soins, en particulier pour les cas les plus lourds, ils ne font que remettre l'homme dans son statut d'homme, face à sa mort, face à son destin.

Cependant, le judaïsme affirme qu'il n'y a pas de vocation à la souffrance chez l'homme. Le traitement de la douleur est un impératif d'humanité. De même, la souffrance morale doit être évitée. Elle est souvent la conséquence d'une solitude très forte face aux questions de la vie et de la mort. La tradition juive promeut au maximum la socialisation de la mort.

## **I.6. Etat des lieux dans d'autres spécialités**

### **A. En réanimation**

La réanimation a été depuis de nombreuses années confrontée à la limitation ou l'arrêt des thérapeutiques actives dans la pratique quotidienne. L'institution ou la poursuite d'actions thérapeutiques, jugées déraisonnables dans certaines situations, est en effet un dilemme parfois difficile à résoudre. Par ailleurs, la médecine d'urgence emploie fréquemment des techniques de réanimation

La Société de Réanimation en Langue Française (SLRF) a publié en 1999 des recommandations (51) qui visent à guider les choix des réanimateurs. Il est recommandé, dans toutes les situations, que la décision de limitation ou d'arrêt de thérapeutiques actives soit prise en toute sérénité, clarté et collégialité, dans une stratégie de prise en charge globale du patient. Les thérapeutiques limitées ou arrêtées peuvent avancer le moment de la mort.

Dans ses principes la SRLF énonce qu'il n'y a pas d'obligation à instituer ou à maintenir une thérapeutique active, dès lors que la synthèse des éléments anamnestiques, cliniques, paracliniques et pronostiques montre qu'il n'y a pas, ou plus, de bénéfice à attendre pour le patient. Cette évaluation doit reposer sur l'état de l'art de la littérature et doit être menée, si besoin est, en collaboration avec les experts de la spécialité concernée.

Il est également précisé que la décision de limitation ou d'arrêt de thérapeutiques actives n'est en aucun cas un arrêt de soins ou un abandon de soins. Celle-ci entre dans le cadre d'une stratégie de soins palliatifs, comme alternative à un engagement thérapeutique à visée curative jugé inapproprié ou inutile. Cette décision est prise et mise en application dans le respect de la dignité du patient et des proches.

De même, la décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives suppose qu'a été menée auparavant une réflexion argumentée, raisonnée, raisonnable et partagée entre l'ensemble des acteurs de soins concernés par la prise en charge du patient.

Les recommandations concernent également les circonstances pouvant conduire à une limitation ou un arrêt des thérapeutiques actives. Soulignons que l'urgence ou l'absence de possibilité d'entreprendre une réflexion collégiale, au minimum entre deux médecins et le personnel paramédical en charge du patient, ne permet pas d'engager un processus de décision de limitation ou d'arrêt de thérapeutiques actives. Ces propos sont atténués ensuite, l'urgence et l'absence de discussion collégiale ne devant pas conduire à l'acharnement thérapeutique, si le pronostic est à l'évidence désespéré à très brève échéance (quelques heures).

Les rôles de chacun des intervenants médicaux et paramédicaux est abordé, ainsi que la démarche à suivre selon la particularité de chaque patient : patient apte à consentir (compétent), refus de traitement exprimé par le patient apte à consentir, patient inapte à consentir (incompétent). Le rôle des proches et des tiers extérieurs est également évoqué.

La question de l'argumentation est précisée. L'argumentation doit être guidée par l'atteinte d'objectifs précis concernant la prise en charge globale du patient. Celle-ci doit tenir compte non pas seulement de la capacité du patient à passer un cap aigu, mais aussi de la balance engagement thérapeutique/bénéfice en termes de survie et de qualité de vie future.

De plus, l'argumentation doit concerner, d'une part, la décision de limitation ou d'arrêt d'une ou plusieurs thérapeutiques actives et, d'autre part, les modalités d'application de la décision.

Ces recommandations explicitent finalement les modalités d'application de la décision, rappellent que la responsabilité est avant tout médicale, et précisent que la décision doit être notifiée dans le dossier médical. L'information des proches, du

personnel médical et paramédical, ainsi que la résolution des conflits sont également évoquées.

## **B. En gériatrie**

L'augmentation de l'espérance de vie et les progrès scientifiques ont introduit la problématique de la limitation ou de l'arrêt des thérapeutiques en médecine du sujet âgé. En effet, à titre d'exemple, l'admission en réanimation des malades très âgés pose souvent plus de difficulté que celle de patients plus jeunes, à pathologie équivalente, bien que plusieurs études ont démontré le peu d'influence de l'âge sur le pronostic.

Selon Laszlo (77), c'est l'effet d'un traitement et le bénéfice par rapport à l'effet qui doivent conduire à la prescription et à la réalisation d'une thérapeutique. Cet auteur souligne que la plupart des travaux scientifiques excluent les patients âgés, et de ce fait rendent difficiles l'application d'une médecine basée sur les preuves. Le risque d'une sous-estimation de la qualité de vie estimée des personnes âgées est grand à cause de la subjectivité des décisions médicales, d'autant plus qu'elles sont prises par « des médecins jeunes et en bonne santé ». En situation d'urgence, cet écart est encore plus criant et la prise de décision risque alors d'être défavorable au patient.

Une autre dérive à éviter concernant la prise en charge des personnes âgées est un rationnement des soins en fonction de l'âge, volontaire ou pas, à partir d'impératifs économiques.

La limitation ou l'arrêt des traitements est bien entendu appliquée en gériatrie, selon les mêmes modalités que dans les autres spécialités. La forte culture en soins palliatifs de cette spécialité permet la réalisation optimale de cette démarche.

## **I.7. Spécificités de la médecine d'urgence**

### **A. La médecine d'urgence pré-hospitalière et hospitalière et ses contraintes**

Selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de l'Emploi et de la solidarité, plus de 11 millions de personnes ont été examinées dans les différents services d'urgence en 1999. Selon cette même source, les SAMU-Centres 15 ont reçu plus de 11 millions d'appels en 1997, dont 500 000 ont

nécessité un transport médicalisé vers un hôpital. Ces chiffres sont depuis en constante augmentation.

Les différents services d'urgence (Service d'Accueil des Urgences ou SAU et Unité de Proximité d'Accueil et de Traitement des Urgences ou UPATOU) ont pour missions de prendre en charge, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, des pathologies somatiques ou psychiatriques, aiguës et suraiguës, mais aussi chroniques, évolutives ou non. Des problèmes sociaux, voire culturels, se surajoutent fréquemment. Les services d'urgence sont ainsi le lieu de recours pour toutes les urgences médico-psycho-sociales.

L'activité dans les services d'urgence se caractérise par des flux permanents et non contrôlables de patients, une faible disponibilité des lits d'aval, une accessibilité plus ou moins aisée aux plateaux techniques et une forte charge émotionnelle.

La médecine d'urgence est une discipline transversale, prenant le malade dans sa globalité somatique, psychique et sociale. Il ne s'agit pas d'une médecine d'organes, de systèmes, d'appareils ou de classes d'âges, mais de la coordination de différents intervenants et spécialités autour du malade, qui devient le centre de nombreux réseaux.

Les pathologies somatiques traitées dans ces services peuvent avoir une évolution brutale ou progressive, être rapidement soulagées ou régressives ou irréversibles, malgré un niveau de soins d'emblée maximal, et sont consommatrices de moyens matériels, humains et de temps.

Le médecin des urgences travaille sous le regard des autres (professionnel de santé, patients et leur entourage), ce qui entraîne des problèmes de confidentialité et de respect du secret professionnel. Il s'agit d'une action en équipe, à la fois diagnostique et thérapeutique, consistant le plus souvent en la gestion de plusieurs patients de front, avec des compétences de plus en plus variées et de haut niveau technique et décisionnel. Cette action, le plus souvent limitée dans son étendue, est ponctuelle et se déroule dans un espace de temps et géographique réduit pour les soins et les décisions.

Une des contraintes principales de la médecine d'urgence est la gestion du temps, qui doit se distinguer de tout phénomène de précipitation. Ainsi, il est fondamental de se donner du temps, pour établir un diagnostic et mettre en place un traitement, informer voire accompagner le patient et son entourage éventuellement présent.

De plus, il y a peu de respect du libre choix du médecin et du malade. La plupart du temps, le malade ne choisit pas le service d'urgence où il est transporté ou consulte. Les médecins de l'urgence ont pour obligation de prendre en charge tout patient se présentant dans leurs services, quels que soient les motifs de consultation.

En ce qui concerne la médecine d'urgence pré-hospitalière, la prise en charge diagnostique et thérapeutique est soumise à des conditions particulières. Ces contraintes sont liées au climat d'urgence voire d'extrême urgence, aux conditions locales et à la durée limitée de disponibilité de l'unité mobile hospitalière. Le climat d'urgence et d'angoisse régnant au cours d'une intervention pré-hospitalière, ressenti par le patient et surtout son entourage, peut influencer et hâter l'action de l'équipe soignante, l'efficacité de ce type de médecine n'étant pas synonyme de transport rapide vers un établissement de soins. La spécificité principale de cet exercice médical pré-hospitalier est la « solitude » du médecin face à son patient. L'isolement du médecin exerçant dans ces conditions implique qu'il ne dispose que de la « finesse » de son examen clinique, mais dans des conditions difficiles et en un temps limité. C'est dans la gestion de ces deux contraintes auprès de malades en détresse que réside la difficulté de cet exercice.

## **B. Limitation des soins en urgence**

En juin 2003, la Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) a publié les seules recommandations françaises actuellement disponibles dans ce domaine (10). Les idées principales sont reprises dans ce paragraphe.

En médecine d'urgence, l'exercice éthique est difficile. Il n'existe pas de recette, ni d'arbre décisionnel à appliquer, et la réflexion morale est souvent cachée par l'acte technique, d'autant plus que les praticiens sont jeunes, peu formés et ont des conduites et réactions hétérogènes.

Plus la situation est urgente, plus grand est le risque de méconnaître l'aspect éthique au dépend d'une médecine de plus en plus technique et déshumanisée.

En l'absence de connaissance du souhait du patient, le médecin urgentiste va devoir choisir la décision qui respecte le mieux l'intérêt du malade. En effet, la connaissance du patient (antécédents, histoire de sa maladie et de son évolution, souhaits de prise en charge) est un préalable requis essentiel à toute décision thérapeutique. Si ces informations sont impossibles à recueillir dès la phase initiale de la prise en charge, il est fondamental de se donner le temps nécessaire pour collecter

ces données et il ne saurait exister de limitation ou d'arrêt des soins sur une simple impression clinique.

La connaissance des souhaits du patient va reposer, chaque fois que cela est possible, sur sa consultation. En urgence, le malade est le plus souvent dans l'impossibilité d'exprimer sa volonté, et le consentement aux soins va devoir être recherché par consultation de la famille ou de la personne de confiance définie selon l'article L 1111-6 de la loi 2002-303 du 4 mars 2002 (84). Dans le cas où aucune information n'est possible à recueillir, l'exception du contexte de l'urgence permet une intervention de type réanimation d'attente. Ensuite, l'équipe soignante agira selon ses propres jugements de valeur, la décision prise et appliquée devant respecter au mieux les intérêts du patient. La reconnaissance, d'une évolution fatale prévisible et attendue, des complications d'un état chronique irréversible, est essentielle pour éviter une obstination déraisonnable, que l'on peut définir comme le sentiment d'un échec thérapeutique inéluctable pour un médecin confirmé.

Ainsi, selon les recommandations de la SFMU, en médecine d'urgence, la limitation ou l'arrêt thérapeutique peut concerner :

- un patient conscient, informé, apte à consentir, la demande venant de lui-même ;
- une affection aiguë, avec absence de récupération ou qualité de vie ultérieure déraisonnable ;
- une poussée aiguë terminale ou intercurrente d'une pathologie chronique avec qualité de vie future limitée ;
- une pathologie chronique évolutive, le patient étant adressé aux urgences pour confirmation de sa situation au-delà de toute ressource thérapeutique.

La limitation thérapeutique en urgence peut concerner les gestes de réanimation cardio-pulmonaire, l'intubation trachéale et la ventilation artificielle, la perfusion d'amines vaso-actives et le remplissage vasculaire massif, l'épuration extra-rénale, les techniques chirurgicales ou endoscopiques, l'admission en réanimation.

Toujours selon les recommandations de la SFMU, l'hydratation, le traitement des convulsions, la prévention de la maladie thrombo-embolique, l'antibiothérapie et le traitement d'une occlusion fonctionnelle sont considérés comme des traitements de confort et ne sont donc pas concernés par la limitation ou l'arrêt thérapeutique en urgence.

Dans certaines situations, une attitude intermédiaire entre traitement actif et abstention est préconisée, la thérapeutique étant justifiée sans être une obstination déraisonnable :

- réanimation compassionnelle : le traitement est débuté pour préparer la famille et l'entourage au travail de deuil, ou poursuivi jusqu'à l'arrivée des proches.
- réanimation d'attente : en l'absence de données médicales, d'avis spécialisés, de recueil des souhaits du patient ou de ses proches, il ne semble pas éthique d'arrêter une prise en charge. La réanimation est alors débutée dans l'attente du recueil de ces informations, pour être ensuite poursuivie, limitée ou arrêtée en fonction du contexte, dans une procédure de type « désescalade thérapeutique » .
- réanimation de validation : le traitement engagé par les sauveteurs intervenus initialement est poursuivi avant la décision d'arrêt thérapeutique. Il s'agit alors de reconnaître le bien fondé des secouristes et de maintenir, exercer et valider la « chaîne de survie » .

La limitation et l'arrêt thérapeutiques ne signifient pas, en médecine d'urgence non plus, l'abandon des soins, mais laissent la place aux soins palliatifs, aux traitements de confort pour le patient et leurs proches (douleurs physiques et morales, position, lutte contre l'hyperthermie, les convulsions, l'hypersécrétion bronchique, traitement symptomatique d'une dyspnée, des troubles du transit, hydratation). Dans cet esprit, le monitoring du patient devient superflu et il n'y a plus d'indication à réaliser des prélèvements biologiques.

Une des contraintes majeures de la médecine d'urgence est la gestion du temps. Ainsi, une décision susceptible de rapprocher la mort d'un individu ne peut être prise en urgence, en raison du faible intervalle entre cette décision d'arrêt thérapeutique et le moment du décès. Il est fondamental de prendre le temps nécessaire pour collecter les informations utiles, afin de prendre une décision de soins raisonnable et raisonnée, d'établir une relation de confiance avec le patient et ses proches et de débiter l'accompagnement. Ces contraintes ne sont pas contradictoires avec la médecine d'urgence, urgence ne devant pas signifier précipitation.

Après une décision de limitation ou d'arrêt thérapeutique, le patient doit préférentiellement être orienté vers le service médical ou chirurgical où il est habituellement suivi. A défaut de cette orientation « idéale », l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) semble être la seule alternative satisfaisante, le service des

urgences n'étant pas un lieu adapté pour une fin de vie. Le retour à domicile, faute d'autre possibilité, ne semble pas éthique pour un patient incurable avec une pathologie aiguë intercurrente et un pronostic fatal à très court terme.

## **C. Prise en charge de l'entourage en situation d'urgence**

L'entourage ou « les proches » du patient regroupe la famille ou les amis. Si le patient est conscient et compétent, le dialogue permet le recueil d'informations supplémentaires dans le respect du secret professionnel. Si le patient est inconscient, cette prise de contact a pour but de réunir des témoignages sur le patient (position sur la fin de sa vie, sur sa volonté ou non d'être réanimé...) et d'informer sur le pronostic, dans l'état d'esprit de l'article 35 du Code de Déontologie Médicale. Ainsi, il est important de solliciter de la part des familles une personne référente, qui assurera la coordination avec l'équipe soignante et pourra facilement être contactée.

L'entourage ne participe pas à la prise de décision médicale, car il ne peut se substituer au patient (principe d'autonomie), et car on ne peut lui imposer une charge morale trop lourde (principe de non malfaisance). Il est cependant nécessaire de lui fournir une information homogène sur le diagnostic, le pronostic, les traitements et la conduite à tenir envisagés.

Il est important d'informer l'entourage de l'évolution et des échecs thérapeutiques, afin de l'aider dans sa démarche de deuil et de compréhension des décisions ultérieures. Ainsi, après accord entre les soignants (cas du sujet inconscient et non compétent), la décision de soins retenue sera communiquée aux proches.

Toute opposition des proches doit aboutir à la suspension de la décision retenue, pour leur laisser le temps de se faire une idée juste de la situation et pour les accompagner vers l'acceptation de cette décision.

Face à une mauvaise nouvelle, la réaction des proches d'un malade peut être de différents types, pouvant d'ailleurs se succéder dans le temps : déni de la situation, révolte, marchandage, dépression, acceptation.

L'organisation des soins et des locaux des services d'urgence ne sont pas adaptés à l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leur entourage. Des patients y décèdent cependant relativement fréquemment, en fin de vie et en situation de crise (douleur physique ou morale ingérable à domicile, épuisement de l'entourage)



ou de pathologies aiguës au-delà de toute ressource thérapeutique. Il convient alors d'accompagner ces malades et leur entourage en privilégiant notamment l'hospitalité du service et la qualité du temps limité qu'on peut encore leur consacrer. En effet, la qualité des soins et de l'accueil contribue à un accompagnement adapté.

Ainsi, dans les services d'urgence, des aménagements devraient permettre un accompagnement digne de la personne malade et favoriser les conditions d'accueil et de soutien des proches, facilitant probablement leur travail de deuil.

Enfin, l'accompagnement de la famille ne s'interrompt pas au décès, et il est recommandable que des membres de l'équipe soignante se mettent à la disposition ultérieure des proches du patient décédé aux urgences, dans le cas où ces derniers en exprimeraient le besoin (nécessité d'informations, d'explications supplémentaires...).

## **D. Cas particulier de la médecine de catastrophe**

Dans son ouvrage « L'Homme et les catastrophes », en 1966, R.Favre (13) définit la catastrophe comme un « renversement, destructeur et brutal, de l'ordre préétabli d'un ensemble matériel et humain...avec disproportion entre les besoins et les moyens ».

Il existe ainsi, au moins initialement, un dénuement relatif ou une inadéquation totale ou partielle entre les moyens de secours immédiatement disponibles et ceux qui seraient nécessaires pour faire face aux conséquences sanitaires.

Cette contrainte va donc entraîner une nécessaire organisation des secours immédiats et secondaires, la chaîne de secours, étendue du (ou des) site(s) de la catastrophe jusqu'aux structures de soins existantes et impliquer la notion de triage médical des victimes sur le terrain, avant leur traitement et évacuation vers les structures hospitalières.

Selon le dictionnaire Larousse, le triage est « l'action de trier, de choisir ». Le triage est un acte médical, aboutissant à un classement des victimes, déterminant le degré d'urgence chirurgicale (extrêmes urgences, urgences absolues, urgences relatives, différées ou dépassées) et donc la priorité de l'évacuation et du traitement. Durant cette phase, les gestes thérapeutiques de mise en condition et de survie peuvent être associés, gestes simples, rapides, efficaces, économes de temps et de moyens.

Cette catégorisation des victimes selon le degré de gravité et d'urgence s'impose aux sauveteurs en cas de catastrophe, dans le but de fixer l'ordre des priorités thérapeutiques et d'optimiser l'utilisation des ressources humaines et matérielles disponibles.

Le triage est donc un acte qui peut engager le sort de la victime, et qui doit donc nécessairement être évolutif au cours du temps, en fonction de la stabilisation, de l'amélioration ou de l'aggravation clinique des victimes de la catastrophe.

Le but du triage est de faire bénéficier le plus rapidement possible au plus grand nombre de victimes des techniques de soins disponibles selon la nature et la gravité des lésions. Ainsi, apparaît donc la notion de choix, de sélection des patients pouvant raisonnablement bénéficier des techniques de soins médico-chirurgicaux sans délai, de ceux qui peuvent attendre, et de ceux qui vont mourir, que l'on décide de ne pas traiter, les « morituri ». Parmi ces derniers, il faut distinguer, les victimes dont l'état est au-delà de toute ressource thérapeutique, et celles qui, en dehors d'une situation de catastrophe, auraient bénéficié d'un traitement possiblement salvateur.

Le triage est conditionné par des impératifs de temps, d'espace et de moyens. Le temps est court (quelques minutes par victime), l'espace est hostile (à proximité des lieux de la catastrophe) et les moyens initiaux sont par définition limités et inadaptés au nombre des victimes.

Sur le plan éthique, cette sélection des victimes n'a qu'un seul but : faire bénéficier au plus grand nombre des ressources sanitaires disponibles et raisonnablement utilisables. Une médecine de type individuelle, insensée dans les conditions de catastrophe doit donc faire place à une médecine de type collective, avec nécessité de choix, de décision de soins (début, poursuite, limitation ou arrêt), de tri.

## **I.8. Mise en perspective du sujet et intérêt de l'étude réalisée**

En dépit de polémiques médiatiques génératrices de confusion, il existe actuellement des recommandations qui permettent une application mesurée, à bon escient et en conscience, de la limitation ou de l'arrêt thérapeutique en médecine d'urgence.

Ces recommandations étant encore récentes, pas assez diffusées et connues des praticiens de l'urgence, mais confortées par de nouveaux textes législatifs, il semble

intéressant d'étudier la réalité pratique de la limitation et de l'arrêt thérapeutique en médecine d'urgence.

De plus, peu de données sont disponibles au sujet des pratiques médicales pré-hospitalières, les recommandations de la SFMU étant surtout adaptées aux services d'accueil des urgences, dans l'enceinte même de l'hôpital.

Ainsi, seront étudiées l'importance et les modalités de la limitation ou de l'arrêt thérapeutique en médecine d'urgence, en particulier en mettant en évidence les différences en SMUR par rapport à la pratique au SAU. L'originalité de la décision pré-hospitalière sera également abordée.

# **Etude Personnelle**

## **II.1. Matériel et Méthode**

L'étude statistique illustrant ce travail a été réalisée à partir des résultats d'un questionnaire d'opinion concernant les médecins des services d'urgence et leur pratique de la limitation ou de l'arrêt des soins.

### **A. Méthode de sélection**

#### **1. Population des médecins urgentistes interrogés**

##### **a. Critères d'inclusion**

Chacun des médecins urgentistes exerçant à temps plein au sein d'un service de médecine d'urgence pré ou intra hospitalières en France métropolitaine était susceptible d'être inclus dans l'étude. Deux populations distinctes ont été créées de manière aléatoire, selon le type d'activité considérée, SMUR d'une part et SAU ou UPATOU d'autre part, l'objectif étant de séparer l'activité extra-hospitalière de l'activité hospitalière.

Parmi les 347 SMUR de France métropolitaine, 100 services ont été sélectionnés par randomisation informatique. De la même façon, parmi les 498 services de SAU ou UPATOU recensés, 100 ont été retenus.

Chacune des 2 populations (SMUR versus SAU ou UPATOU) a été étudiée par l'intermédiaire d'un seul médecin interrogé de façon aléatoire un jour donné. Celui-ci répondait aux questions posées selon sa pratique, sensée être représentative de son service. Par ailleurs, il était précisé au médecin à quel type de population il appartenait dans l'étude et l'entretien était réalisé en conséquence.

##### **b. Intérêts de distinguer l'activité extra-hospitalière de l'activité hospitalière**

L'activité médicale extra-hospitalière est particulière, avec la gestion de malades présentant souvent des signes de gravité d'emblée. En effet, un médecin régulateur du SAMU - Centre 15 a déjà évalué la situation en terme de gravité, celle-ci

nécessitant l'intervention d'un médecin avant même l'arrivée du patient à l'hôpital. Le médecin urgentiste pré hospitalier doit donc disposer d'un degré d'autonomie suffisant, lui permettant de se passer du confort de la structure hospitalière (plateaux techniques, confrères urgentistes et d'autres spécialités, personnels para-médicaux plus nombreux, matériel le plus adapté...). Les médecins SMUR sont ainsi plus régulièrement confrontés à des urgences vitales, qu'ils gèrent dans les conditions les plus difficiles. Il serait alors logique de penser qu'ils sont plus expérimentés et plus habitués à gérer des situations de limitation ou d'arrêt thérapeutique.

La gestion du temps est, à la phase pré hospitalière plus qu'aux urgences, un facteur déterminant. Les décisions parfois lourdes de conséquences doivent être prises en un minimum de temps et de moyens. Le médecin doit agir avec célérité, sans que le doute ne limite trop ses actions et décisions. Une opinion claire sur les conduites à tenir est donc nécessaire.

De même, certains services d'urgence ne cumulent pas les activités pré hospitalières et d'accueil des urgences. Les activités dans certains centres sont totalement indépendantes l'une de l'autre, tandis que d'autres centres cumulent l'activité SMUR, le service d'accueil, le service d'UHCD voire parfois le centre 15. Il est à signaler l'absence d'homogénéité des services d'urgence français, chacun étant géré en priorité selon des pratiques locales autonomes.

### **c. Critères de non-inclusion**

Signalons tout d'abord que le refus de répondre au questionnaire faute de temps n'a pas été retenu comme critère de non-inclusion, le service concerné étant contacté à nouveau à un autre moment.

Les services d'urgences pédiatriques n'ont pas été retenus. En effet, le recrutement y est différent, avec peu de cas de gestion de fin de vie en situation d'urgence ou non préparée. De même, la limitation ou l'arrêt thérapeutique apparaît le plus souvent non indiqué en situation d'urgence chez un enfant bien portant, les soins étant habituellement poursuivis tant qu'il persiste un infime espoir. Les enfants souffrant d'infirmités cérébrales sévères ou de pathologies chroniques très évoluées peuvent éventuellement faire l'objet de limitations thérapeutiques. L'évolution chronique de ces pathologies permet de préparer ces situations avec l'entourage.

Les médecins à temps partiel ou les vacataires issus d'une autre spécialité n'ont pas été inclus dans l'étude.

Les cliniques privées n'assurant pas un service d'accueil des urgences 24h sur 24 et 7 jours sur 7, ainsi que les établissements spécialisés dans des pathologies très spécifiques (type SOS mains), n'ont également pas été retenus.

Ainsi, toutes ces structures ont été exclues dès le recensement initial des services d'urgences, avant l'étape de randomisation.

## **2. Etude descriptive de prévalence et analyse transversale**

### **a. Etude descriptive de prévalence**

Ce travail repose sur l'analyse de deux populations distinctes, déterminées par randomisation. Leur seul point commun est d'envisager les pratiques médicales de médecins travaillant « aux urgences ». Ainsi, les résultats obtenus caractérisent deux études descriptives indépendantes, qui utilisent la même méthodologie dans leur réalisation et le même nombre d'individus.

Remarquons que certains médecins ayant répondu au questionnaire ont une double culture de la médecine d'urgence, pratiquant au sein d'un SMUR lors de certaines gardes et s'occupant de l'accueil à d'autres moments. Certains, dans les petites structures principalement, exercent les deux activités à chaque garde. C'est pourquoi lors du recueil des résultats, il leur était demandé de se « mettre en situation » (SMUR ou SAU), selon le type de population à laquelle ils appartenaient. L'objectif était de distinguer le plus possible les deux populations, la prise en charge pré hospitalière ne se confondant pas avec la pratique des urgences hospitalières, en particulier au niveau de la salle d'accueil des urgences vitales (SAUV).

### **b. Analyse transversale**

Par l'intermédiaire de tests statistiques, une étude transversale entre les résultats aux différentes questions a été réalisée à l'intérieur de chacune des deux populations, respectivement.

Ainsi, des liens significatifs et d'autres non significatifs entre différentes questions ont été évoqués et mis en évidence. Par ailleurs, certains résultats croisés entre eux, toujours à l'intérieur d'une même population, ne permettent aucun rapprochement.

Les deux populations étant considérées comme indépendantes, il est impossible, d'un point de vue logique et statistique, d'essayer de croiser ou comparer leurs résultats. On ne pourrait donc pas conclure que les différences observées sont dues au fait de pratiquer l'une des deux activités.

## **B. Méthode d'intervention**

### **1. Conditions de réalisation de l'étude**

#### **a. Méthodologie du recueil des données**

Les données sont recueillies par l'intermédiaire d'un questionnaire téléphonique. Un médecin, pris au hasard un jour donné et répondant aux critères d'inclusion, a été contacté par téléphone, sur son lieu de travail, aux heures classiquement de plus faible affluence. Ce médecin, choisi parmi ceux présents dans le service au moment de l'appel téléphonique, a été interrogé une seule fois et en continu. Aucune aide ne lui était permise et le temps de réflexion pour répondre à chacune des questions était assez bref, sans être toutefois un critère de sélection.

Les services d'urgence contactés n'étaient pas prévenus à l'avance du déroulement de l'enquête. Les médecins contactés n'ont donc pas pu, sauf situation particulière personnelle indépendante de l'étude, relire ou s'imprégner des diverses recommandations parues sur le sujet avant de répondre au questionnaire. De même, la méthode de recueil par téléphone garantit une relation directe et individuelle avec le médecin questionné, excluant ainsi le recours à une tierce personne : le médecin devait faire un choix clair et unique.

Le recueil des données a été réalisé par une seule personne, médecin urgentiste également, de façon stéréotypée et la plus neutre possible, en évitant au maximum d'influer sur les réponses, surtout en cas d'hésitation des médecins interrogés. Aucune indication n'était fournie notamment en référence aux recommandations de la SFMU ou de la SLRF.

L'ensemble des données a été recueilli directement par informatique, au cours de l'interrogatoire téléphonique. Ce procédé a permis d'éviter les erreurs de retranscription et de faciliter l'analyse des résultats.

Les questionnaires ont été complétés de juillet à septembre 2005, en respectant l'anonymat des médecins interrogés, une fois leur qualification professionnelle confirmée verbalement.

#### **b. Cas particulier du refus de répondre aux questions**

Le manque de temps n'étant pas, à nos yeux, un motif recevable de refus de répondre au questionnaire, il a été demandé aux médecins « récalcitrant » de motiver



leur choix. Un item a été prévu à cet effet. Les différents motifs éventuellement susceptibles d'être retenus étaient : absence de confrontation à la situation, incompétence déclarée sur le sujet, raison personnelle concernant le sujet et autre raison non révélée. Aucun contact ultérieur du service d'urgence concerné n'était alors envisagé.

## **2. Présentation et fonctionnalité du questionnaire**

Notre questionnaire comporte un ensemble de 15 questions distinctes, chacune pouvant être subdivisée, soit au total 70 items différents. Les questions sont fermées, sans possibilité de moduler les réponses, la plupart relevant d'un mode binaire avec réponse positive ou négative. Ces réponses brèves permettent un déroulement rapide de l'enquête, afin de libérer les médecins interrogés au plus tôt.

L'enchaînement des questions vise à suivre au plus près le processus décisionnel auquel sont confrontés les médecins urgentistes dans leur pratique. En effet, après les premières questions généralistes concernant le médecin urgentiste et son service, les questions suivantes concernent les circonstances dans lesquelles une limitation ou un arrêt des soins peut être proposé, puis les motivations de la décision, et enfin, ses modalités d'application.

Les questions et le choix des items sont fondés à la fois sur les exemples et situations cliniques des diverses recommandations sur le sujet, mais également sur la pratique « de terrain » de la médecine d'urgence et de situations concrètes où se pose une éventuelle décision de limitation ou d'arrêt des soins.

Un exemplaire du questionnaire est proposé en annexe.

## **C. Méthode d'évaluation**

### **1. Critères de jugement**

#### **a. Etude sociologique et de pratique**

Un des objectifs du questionnaire est d'étudier la population des médecins urgentistes pré et intra hospitaliers, ce travail étant réalisé au niveau national, après échantillonnage. En effet, les premiers items identifient l'âge, le sexe, ainsi que le statut et le nombre d'années de pratique dans une structure d'urgence. Deux questions permettent ensuite d'envisager, a priori, les compétences des médecins urgentistes sur le sujet de la limitation ou de l'arrêt des soins, par l'intermédiaire de la connaissance

ou non des recommandations de la SFUM et de la SLRF. De même, il est demandé en préambule s'il semble possible de réaliser une limitation ou un arrêt de soins en médecine d'urgence. Enfin, la dernière question envisage le ressenti personnel de chaque médecin face à ces situations.

La structure des services d'urgence est également explorée de façon anonyme, précisant le type de service, le nombre de médecins « équivalents temps plein », le nombre de passages annuels à l'accueil des urgences, ainsi que le ratio entre le nombre d'urgences médicales et le nombre d'urgences chirurgicales. Une question concerne l'existence ou non d'un protocole médical écrit à propos de la limitation ou de l'arrêt des soins dans le service des urgences.

La pratique de la limitation ou de l'arrêt des soins dans chacun des services d'urgences est ensuite étudiée, en terme d'importance quantitative approximative annuelle.

## **b. Etude des situations de limitation ou d'arrêt thérapeutique**

Les principales situations susceptibles d'engendrer une limitation ou un arrêt de soins sont proposées aux médecins urgentistes interrogés. Avant de répondre, un rappel de leur fonction déterminée initialement avant randomisation (SMUR ou SAU), leur est à nouveau signifié. Les réponses sont positives ou négatives, le fait d'envisager une limitation ou un arrêt de soins pour une pathologie donnée ne signifiant pas l'appliquer systématiquement. Par contre, une réponse négative signifie de ne jamais pratiquer, pour cette pathologie et à ce stade, une limitation ou un arrêt thérapeutique. Ces situations les plus communes sont au nombre de treize : maladie néoplasiques en phase terminale, affection chronique en phase terminale, arrêt cardio-respiratoire, hémorragie cérébro-méningée massive (coma évolué non étiqueté pour le SMUR), âge civil élevé, « fin de vie », état grabataire, altération complète des fonctions supérieures, autonomie motrice réduite, mauvais état général, demande du patient ou de la famille de limiter ou d'arrêter les soins, absence de famille, et enfin absence de possibilité technique de réanimation.

Les motivations de la décision font l'objet de la question suivante, avec proposition de : acharnement thérapeutique ou absence de bénéfice pour le patient, pronostic à court terme très réduit, poussée aiguë d'une pathologie chronique, qualité de vie ultérieure du patient, demande écrite ou orale du patient, demande de la famille, âge jugé trop élevé, perte d'autonomie acquise ou prévisible, ainsi que le coût des soins.

Les questions concernant le type de situation pathologique et le motif de la décision pouvaient comporter plusieurs réponses.

### **c. Etude de la modalité d'application des décisions**

Les dernières questions étudient les modalités d'application des décisions. L'information ou non du patient et de la famille par le médecin urgentiste lors d'une limitation ou un arrêt de soins, ainsi que sa notification dans le dossier médical, font l'objet d'une question.

Ensuite, différents traitements pouvant être maintenus ou stoppés une fois la décision prise sont proposés : amines vaso-actives, intubation oro-trachéale, ventilation artificielle, oxygénothérapie inhalée, hydratation, nutrition parentérale, antibiothérapie, prophylaxie anti-thrombotique, transfusion de produits sanguins labiles, geste chirurgical, examen invasif type endoscopie, admission en réanimation. Plusieurs réponses sont envisageables.

La mise en place de soins palliatifs ou de mesures de confort en cas de limitation ou d'arrêt thérapeutique est également étudiée.

Enfin, une question concerne l'orientation des patients une fois la décision prise.

## **2. Méthodes d'analyse**

### **a. Logiciels utilisés**

Le recueil informatique direct des données a été possible, grâce à l'élaboration du questionnaire avec le logiciel Access de Microsoft. L'enregistrement automatique des réponses contribue parfaitement à l'enchaînement rapide des questions.

L'étude statistique a nécessité la contribution d'un statisticien du service d'épidémiologie et d'évaluation clinique du CHU de Nancy.

L'analyse des résultats et leur mise en forme se sont faites à l'aide du logiciel Excel de Microsoft. Les différents tableaux et figures sont ainsi présentés au mieux et mettent en valeur les résultats.

### **b. Technique de randomisation**

L'échantillonnage des deux populations, à partir de l'ensemble des services d'urgences hospitalières répondant aux critères d'inclusion et des SMUR de métropole, s'est fait au moyen d'un programme informatique de tirage au sort aléatoire

élaboré par nos soins. Nous avons pu ainsi sélectionner 100 éléments dans chacune des deux populations, de façon aléatoire.

### **3. Méthodes statistiques**

La réalisation d'une étude transversale au sein de chacune des deux populations nécessite la comparaison des résultats exprimés sous forme de pourcentages. Le test statistique le plus communément utilisé pour comparer deux pourcentages entre eux est le test du Chi2.

#### **a. Chi 2**

Le Chi2 est un indice qui mesure la liaison entre deux variables catégorielles. Il est nul lorsque les deux variables sont indépendantes. Son interprétation fait appel à des notions de statistique inférentielle. La distance du Chi2 permet de mesurer la différence entre une loi de probabilité discrète prise comme modèle probabiliste et une distribution empirique. Son calcul nécessite la réalisation de tableaux de contingence.

Le seuil de significativité retenu du fait du nombre important de variables est de 1 %.

#### **b. Test de Fisher**

Lorsqu'au moins un des effectifs théoriques du tableau de contingence est inférieur à cinq, l'analyse statistique de deux pourcentages requiert un autre test statistique, le test de Fisher. Celui-ci consiste à calculer la probabilité d'observer un échantillon au moins autant écarté de la valeur théorique que celui que l'on a réellement observé. Le seuil de significativité retenu est également de 1%.

## **II.2. Résultats**

### **A. Etudes descriptives pour le SMUR et les services d'accueil des urgences**

Les différents résultats descriptifs de l'enquête d'opinion réalisée auprès des médecins urgentistes sont présentés, de manière synthétique, sous la forme d'un tableau. Une présentation plus spécifique de certains résultats significatifs est ensuite proposée.

Dans le tableau récapitulatif, les résultats sont exprimés en nombre de cas dans chaque population de 100 individus.

En ce qui concerne les questions à choix multiples (situations susceptibles d'entraîner une limitation ou un arrêt des soins, motifs de la décision, types de traitement considérés, orientation des patients), les réponses positives sont également données en valeur absolue.

Du fait de la taille de chacune des deux populations, les réponses exprimées en pourcentages sont très proches de celles exprimées en nombre de cas.

Un seul cas de refus de répondre sur le sujet a été enregistré sur l'ensemble de l'étude. Il se situe dans la population SAU. Le motif identifié était une raison personnelle concernant le sujet non communiqué.

## **1. Présentation synthétique des résultats**

### Légende :

- PH : Praticien hospitalier
- PHC : Praticien hospitalier contractuel
- FFI : Faisant fonction d'interne
- FFA : Faisant fonction d'assistant
- CHU : Centre hospitalier universitaire
- CHR : Centre hospitalier régional
- CHG : Centre hospitalier général
- UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

		SAU	SMUR
<b>Profil du médecin</b>			
	<b>Age</b>		
	Inférieur 30 ans	4	5
	30 à 35 ans	23	19
	36 à 40 ans	35	25
	41 à 45 ans	24	35
	Plus de 45 ans	14	16
	<b>Sexe</b>		
	M	78	78
	F	22	22
	<b>Statut</b>		
	FFinterne	1	0
	FFassistant	0	0
	Assistant	26	17
	Attaché	18	6
	PHcontractuel	19	17
	PH	36	60
	<b>Expérience</b>		
	Inférieure 2 ans	10	6
	De 2 à 5 ans	36	18
	De 6 à 10 ans	29	28
	De 11 à 15 ans	9	24
Plus de 15 ans	16	24	
<b>Profil du service</b>			
	<b>Type d'hôpital</b>		
	CHU	17	8
	CHR	2	1
	CHG	81	91
	<b>Nombre de médecins</b>		
	De 1 à 5	22	11
	De 6 à 10	35	44
	De 11 à 15	30	24
	De 16 à 20	7	12
	Plus de 20	6	6
	Ne sait pas	0	3
	<b>Passages par année</b>		
	Moins de 10 000	14	/
	10 000 à 20 000	30	/
	20 000 à 30 000	16	/
	30 000 à 40 000	18	/
Plus de 40 000	20	/	
Ne sait pas	2	/	

		SAU	SMUR
	<b>Ratio Médecine/Chir</b>		
	Supérieur 0,5	16	/
	0,4 à 0,5	12	/
	0,3 à 0,4	11	/
	0,2 à 0,3	2	/
	Inférieur 0,2	0	/
	Ne sait pas	59	/
<b>Recommandations SFUM</b>			
	OUI	31	30
	NON	69	70
<b>Recommandations SLRF</b>			
	OUI	26	27
	NON	74	73
<b>Possibilité de limiter soins en médecine d'urgence</b>			
	OUI	94	99
	NON	6	1
<b>Procédure écrite dans service</b>			
	OUI	10	3
	NON	90	97
<b>Si oui, application systématique</b>			
	OUI	7	1
	NON	3	2
<b>Si oui, mise à jour régulièrement</b>			
	OUI	8	2
	NON	2	1
<b>Si oui, dernière version dans l'année</b>			
	OUI	7	1
	NON	3	2
<b>Pratique courante dans service</b>			
	OUI	55	55
	NON	45	45

		SAU	SMUR
	<b>Si, oui : nombre de cas annuel</b>		
	Inférieurs à 10	4	3
	10 à 50	21	26
	50 à 100	19	21
	Plus de 100	4	0
	Ne sait pas	7	5
<b>Prise de décision</b>			
	Chef de service	2	0
	Praticien sénior le plus expérimenté de garde	4	0
	Médecin en charge du patient	20	74
	Concertation de médecins	70	23
	Equipe médico-infirmière	0	1
	Consultant extérieur	4	2
<b>Situations susceptibles d'entraîner une limitation/arrêt soins</b>			
	Néoplasie en phase terminale	93	93
	Pathologie chronique phase terminale	46	60
	Arrêt cardio-respiratoire	87	84
	Hémorragie cérébro-méningée massive (coma profond non étiqueté en SMUR)	79	6
	Age civil élevé	24	22
	« Fin de vie »	74	90
	Etat grabataire	66	73
	Démence dégénérative	45	44
	Autonomie réduite	6	1
	Mauvais état général	10	4
	Demande du patient ou de la famille	46	43
	Absence de famille	4	2
	Absence de possibilité technique de réanimation	8	3



		SAU	SMUR
<b>Motif limitation/arrêt des soins</b>			
	Acharnement thérapeutique	92	96
	Pronostic court terme très réduit	64	63
	Poussée aigue pathologie chronique	10	6
	Qualité vie ultérieure	49	22
	Demande patient	46	45
	Demande famille	39	42
	Age trop avancé	23	27
	Perte d'autonomie	17	2
	Coût des soins	5	3
<b>Information</b>			
<b>Patient</b>			
	OUI	55	36
	NON	44	64
	Si oui, il participe à la décision		
	OUI	41	28
	NON	14	8
	Si oui, il est simplement informé		
	OUI	14	8
	NON	41	28
<b>Famille</b>			
	OUI	97	100
	NON	2	0
	Si oui, elle participe à la décision		
	OUI	82	85
	NON	15	15
	Si oui, elle est simplement informée		
	OUI	15	15
	NON	82	85
<b>Décision notée dans dossier médical</b>			
	OUI	87	86
	NON	12	14

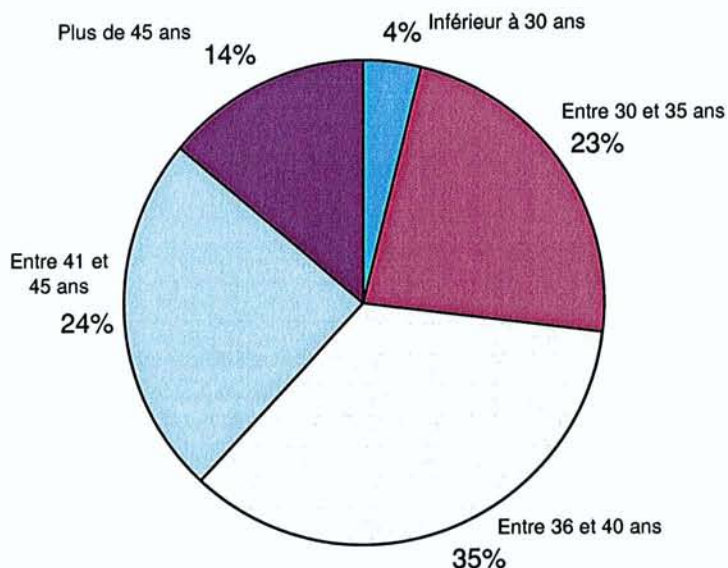
		SAU	SMUR
<b>Types de traitement limités ou arrêtés</b>			
	Amines vaso-actives	77	82
	Intubation trachéale	88	89
	Ventilation artificielle	58	49
	Oxygénothérapie inhalée	10	8
	Hydratation	11	9
	Nutrition	62	64
	Antibiothérapie	60	78
	Prophylaxie anti-thrombotique	66	85
	Transfusion sanguine	78	86
	Geste chirurgical	77	75
	Examen diagnostique invasif (endoscopie)	86	96
	Admission en réanimation	77	69
<b>Mise en place de soins palliatifs ou de confort</b>			
	OUI	98	98
	NON	1	2
<b>Orientation des patients</b>			
	Réanimation	22	31
	UHCD	72	75
	Secteur médical	90	99
	Retour domicile ou en institution	69	83
<b>Ressenti des médecins lors décision limitation/arrêt</b>			
	Parfois « mal à l'aise »	28	28
	Souvent	9	10
	Fréquemment	6	10
	Toujours	19	19
	Pas de problème	37	33
<b>Refus répondre sur sujet</b>			
	OUI	1	0
	NON	99	100

## 2. Présentations particulières

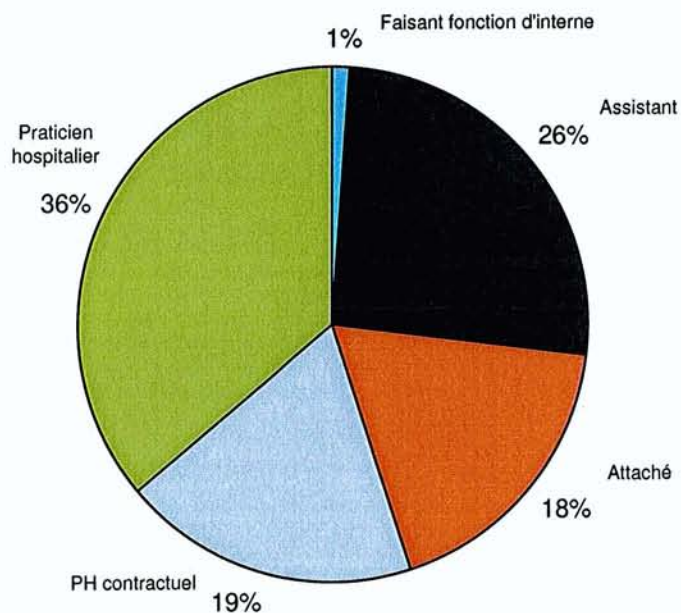
### a. Pour les SAU ou UPATOU

L'âge et le statut des médecins exerçant dans les services d'accueil des urgences se répartissent ainsi :

**Age des médecins au SAU**

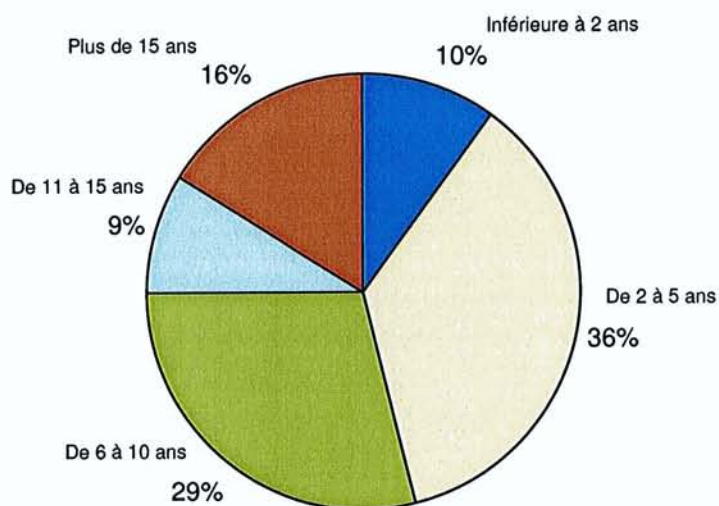


**Statut des médecins au SAU**



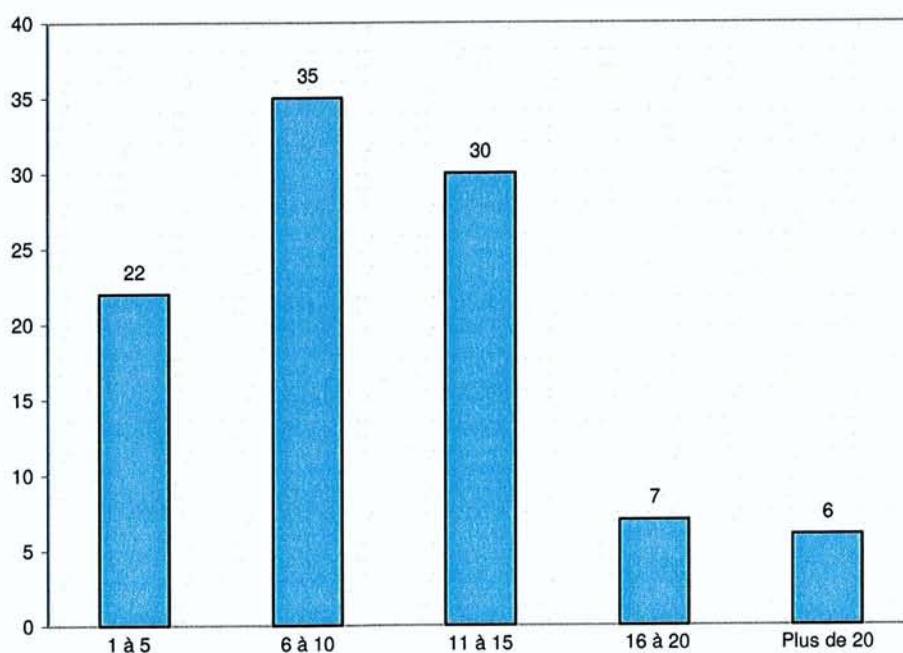
Le nombre d'années d'expérience en médecine d'urgence des médecins des SAU a la répartition suivante :

### Expérience des médecins au SAU



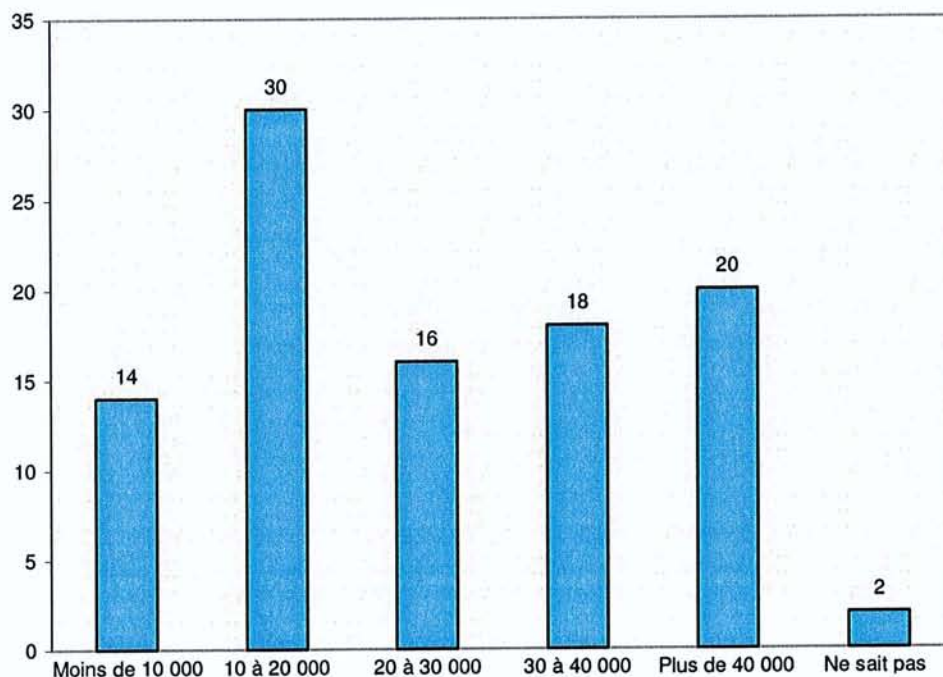
Le nombre de médecins équivalents temps pleins dans les SAU a la distribution suivante :

### Nombre de médecins



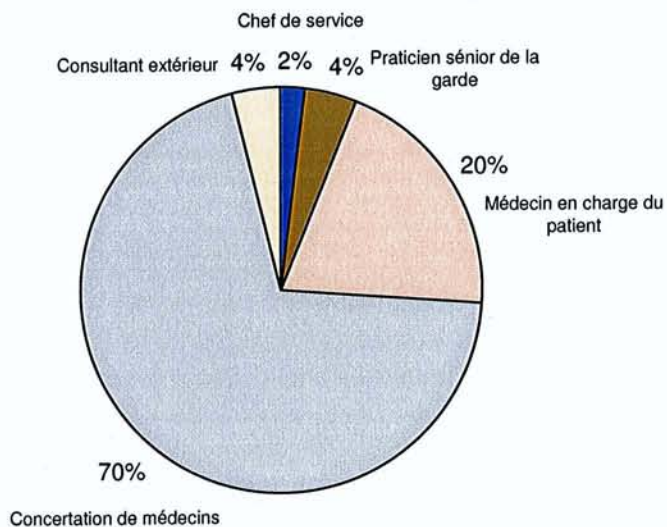
Le nombre de passages annuels dans les services d'urgences répondeurs est donné par la figure ci-dessous :

**Nombre de passages annuels au SAU**



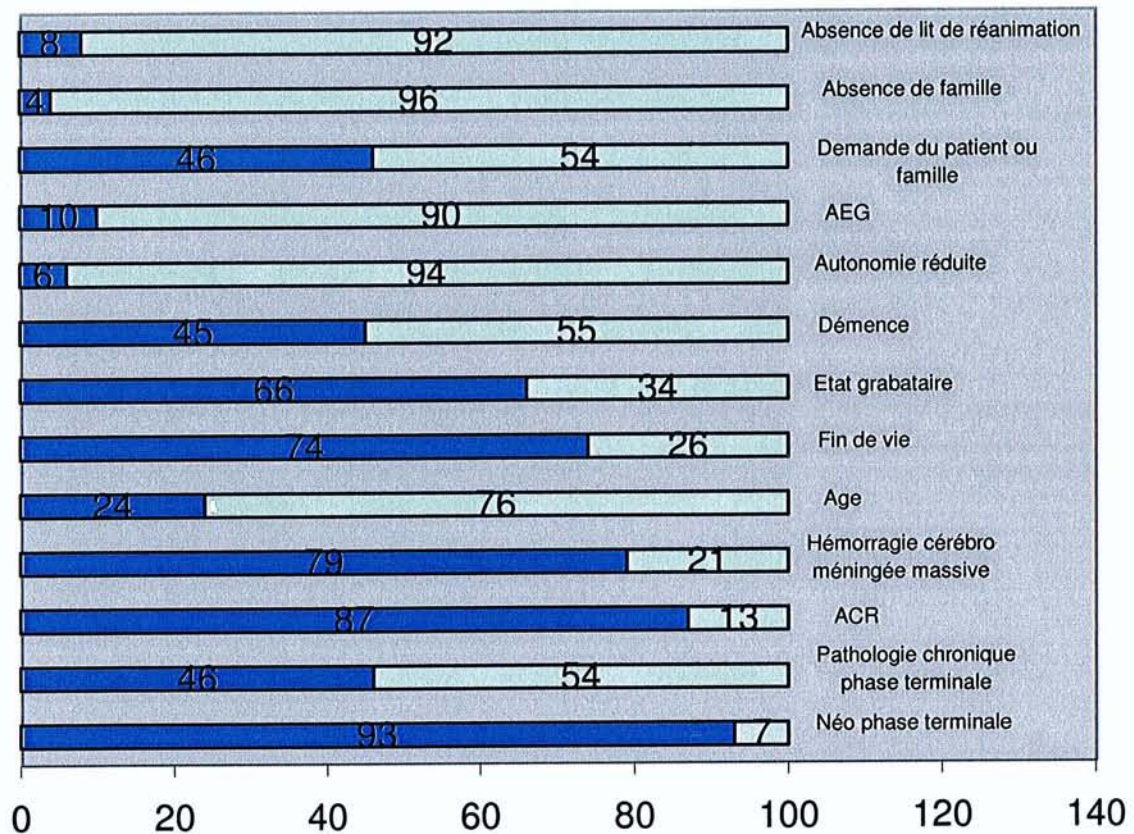
Au SAU, la décision de limitation ou d'arrêt de soins est majoritairement prise en concertation avec plusieurs médecins :

**Prise de décision**



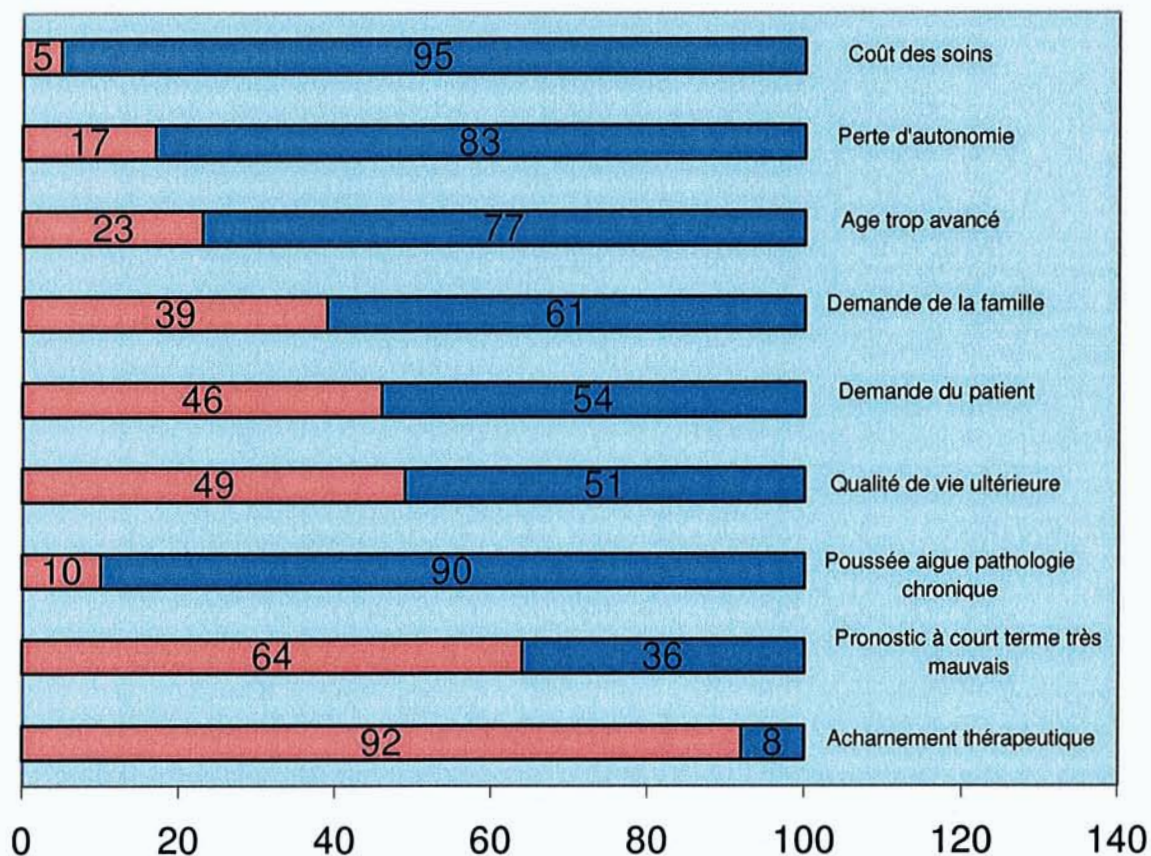
Les situations susceptibles d'entraîner une limitation ou un arrêt thérapeutique sont présentées ci-dessous (données en %, les 1<sup>ers</sup> chiffres correspondant aux réponses positives) :

### Situations susceptibles d'entraîner une limitation ou un arrêt thérapeutique



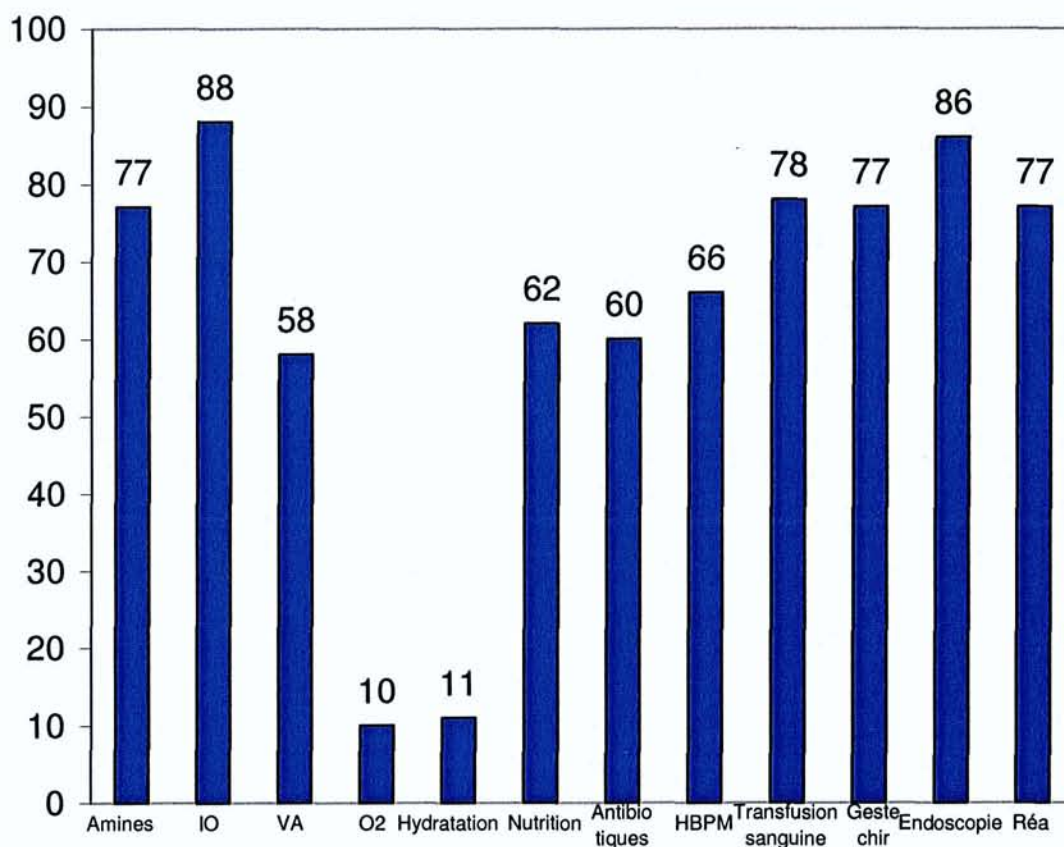
Les motifs invoqués lors d'une limitation ou d'un arrêt de soins sont dominés par l'acharnement thérapeutique (ou absence de bénéfice pour le patient) et le pronostic à court terme réduit (données en % avec 1<sup>e</sup> chiffre illustrant réponse positive).

### Motifs avancés lors d'une limitation ou d'un arrêt de soins



Les différents traitements limités ou arrêtés au SAU sont présentés dans la figure suivante :

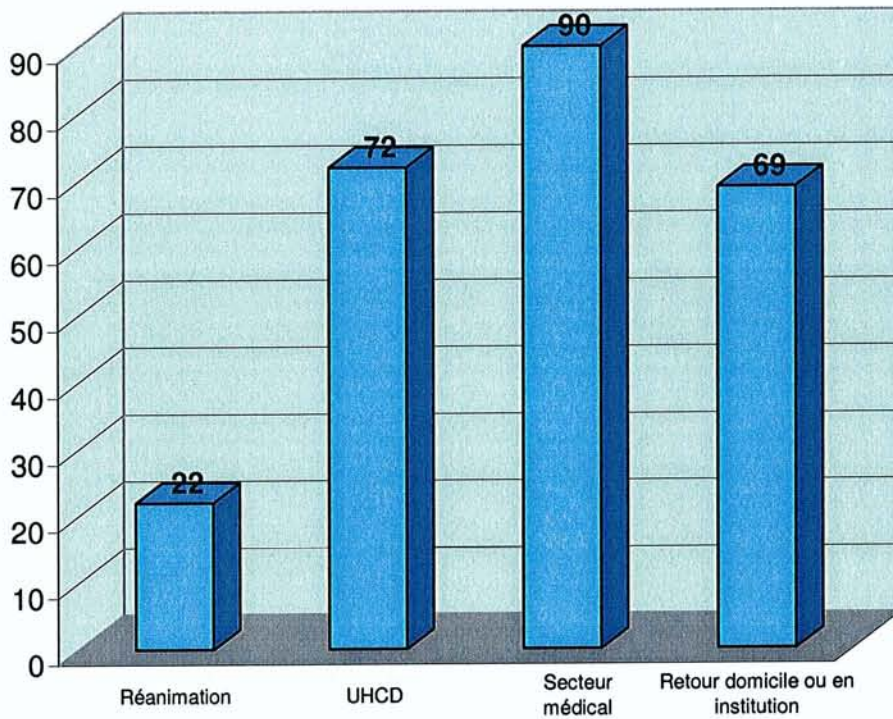
### Types de traitements limités ou arrêtés



L'orientation potentielle des patients depuis les urgences, après décision de limitation ou d'arrêt de thérapeutique est donnée par la figure suivante :

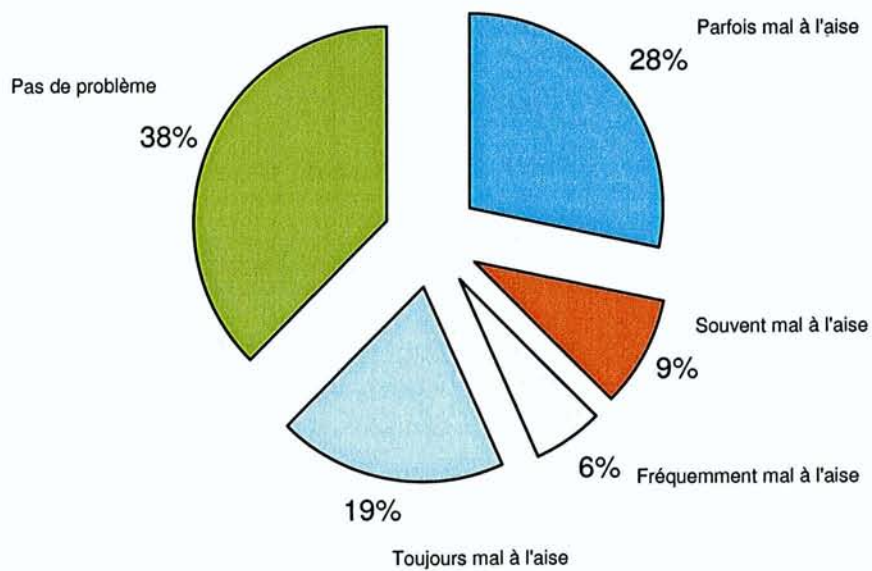


### Orientation des patients



Enfin, le ressenti des médecins des urgences ayant pris une décision de limitation ou d'arrêt thérapeutique est donné dans le graphique ci-dessous :

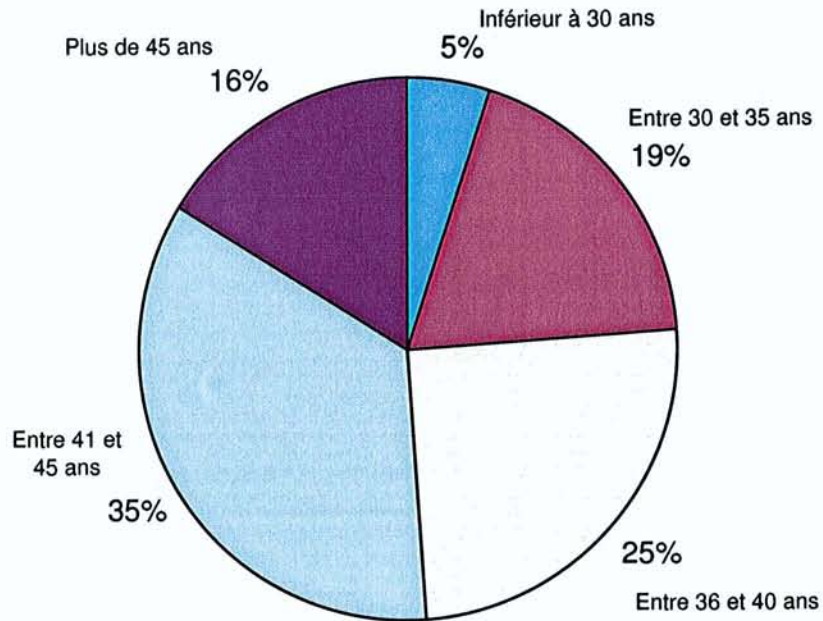
### Ressenti des médecins des SAU



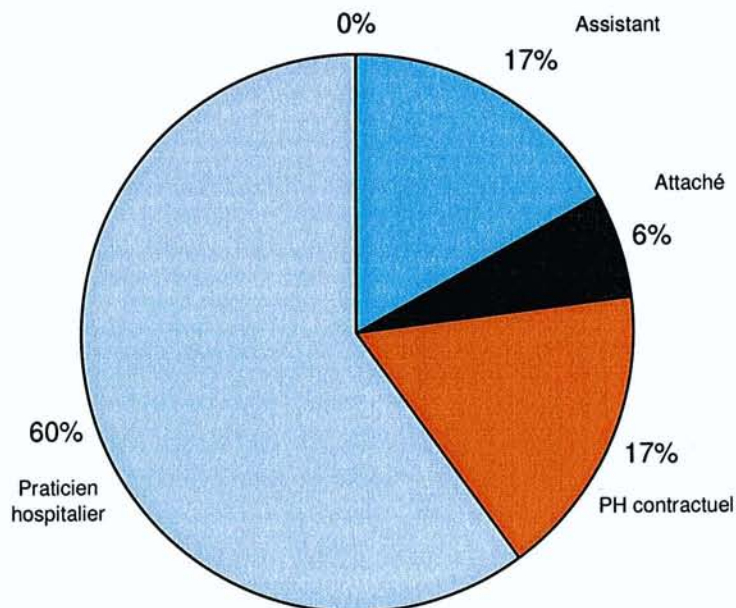
## b. Pour le SMUR

La catégorie d'âge 41-45 ans et le statut de praticien hospitalier dominant pour cette partie de la médecine d'urgence:

### Age des médecins au SMUR

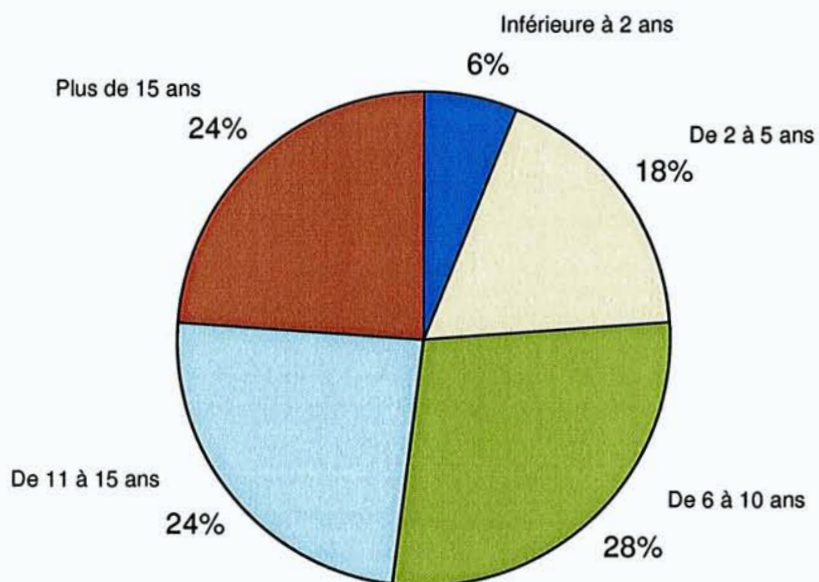


### Statut des médecins au SMUR



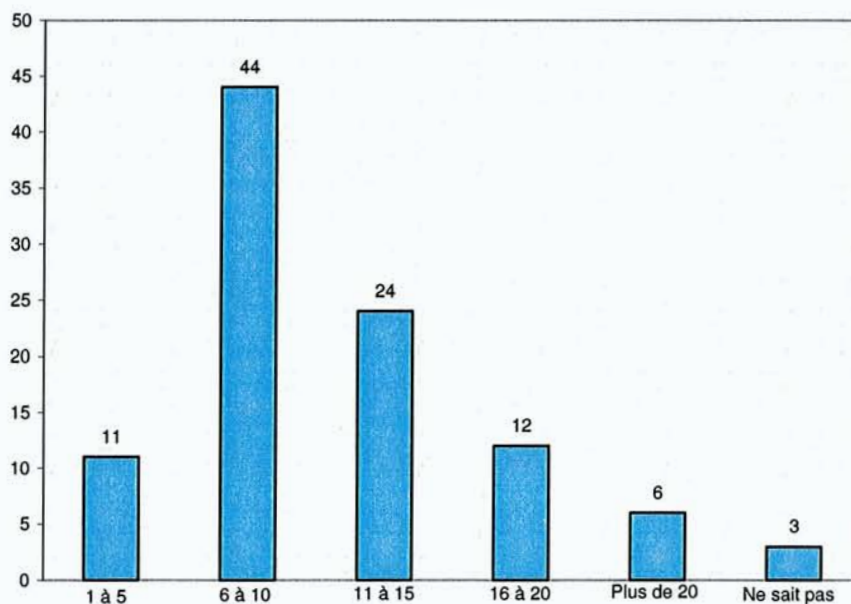
De même, les médecins SMUR sont en général expérimentés en médecine d'urgence, 76 % d'entre eux ayant 6 ou plus années d'exercice dans cette discipline :

### Expérience des médecins au SMUR



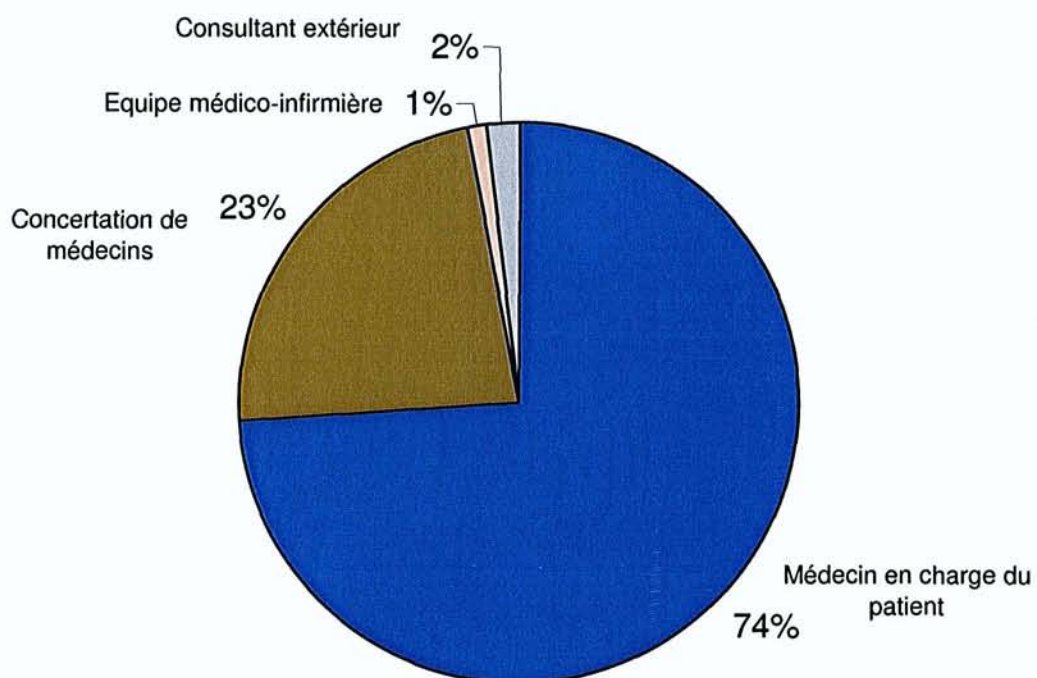
La répartition du nombre de médecins par SMUR interrogés est la suivante :

### Nombre de médecins



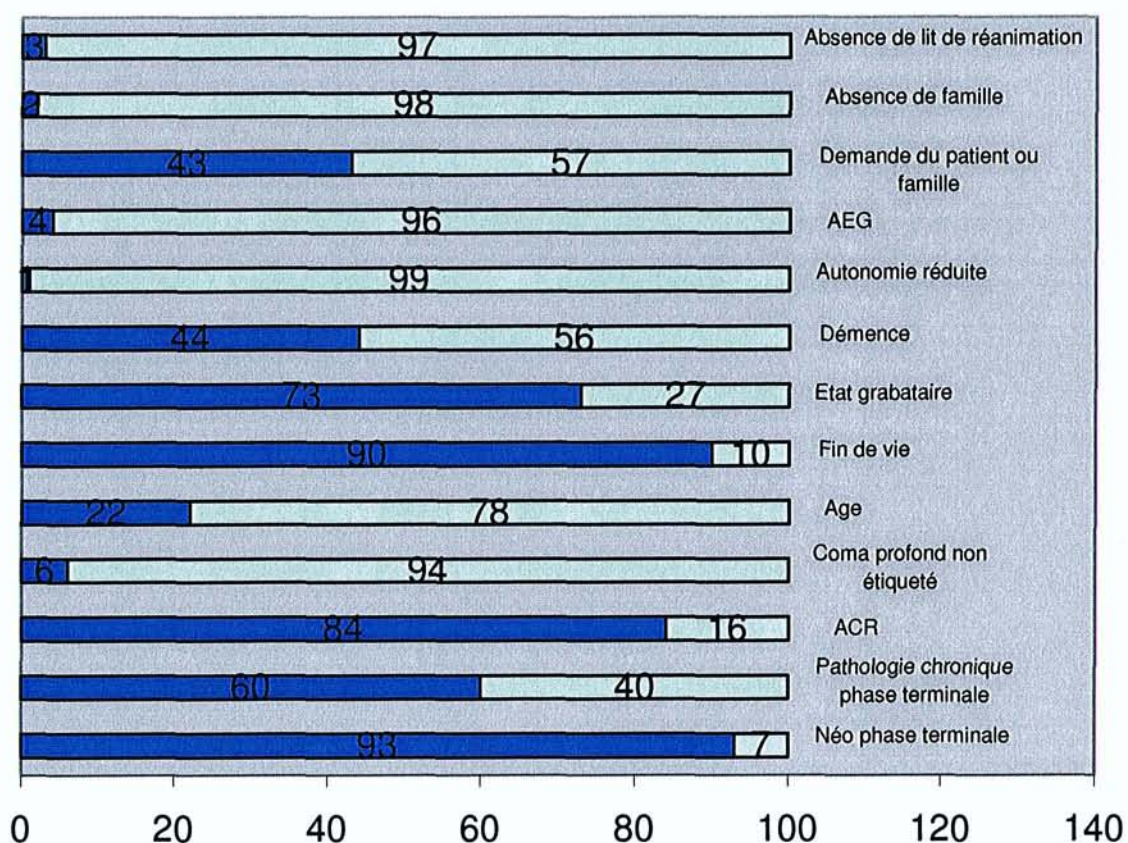
La prise de décision en SMUR se fait très majoritairement par le seul médecin SMUR intervenant :

### Prise de décision en SMUR



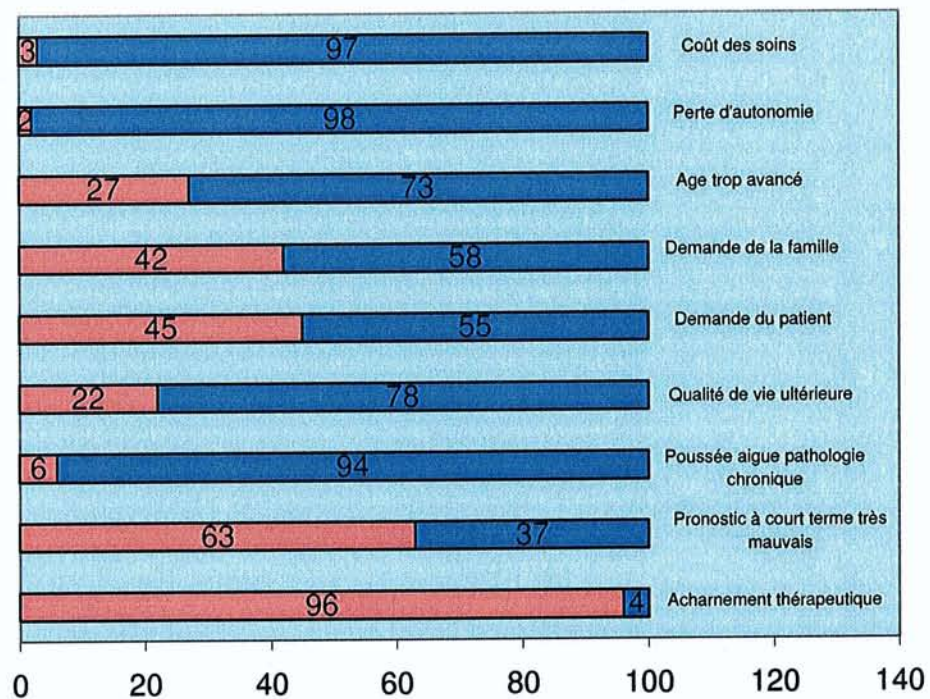
Les situations susceptibles d'entraîner une limitation ou un arrêt thérapeutique sont présentées ci-dessous (données en %, les 1<sup>ers</sup> chiffres correspondant aux réponses positives). L'item « hémorragie cérébro-méningée massive » est remplacé pour le SMUR par « coma profond non étiqueté », du fait de l'absence évidente de possibilité de réalisation d'une imagerie à la phase pré hospitalière.

### Situations susceptibles d'entraîner une limitation ou un arrêt thérapeutique



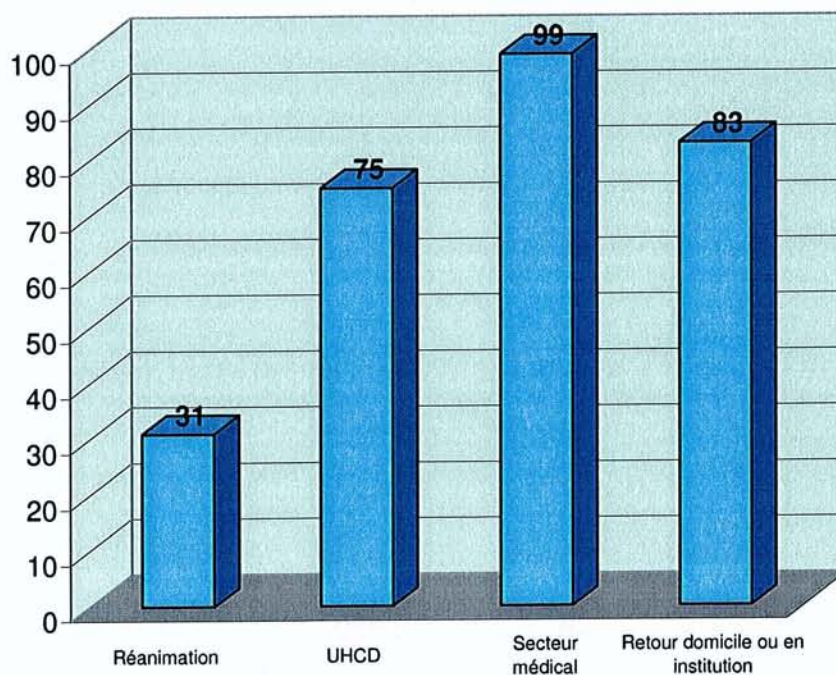
Les motifs invoqués par les médecins SMUR pour justifier leur démarche sont assez similaires à ceux des médecins des SAU.

### Motifs avancés lors d'une limitation ou d'un arrêt de soins



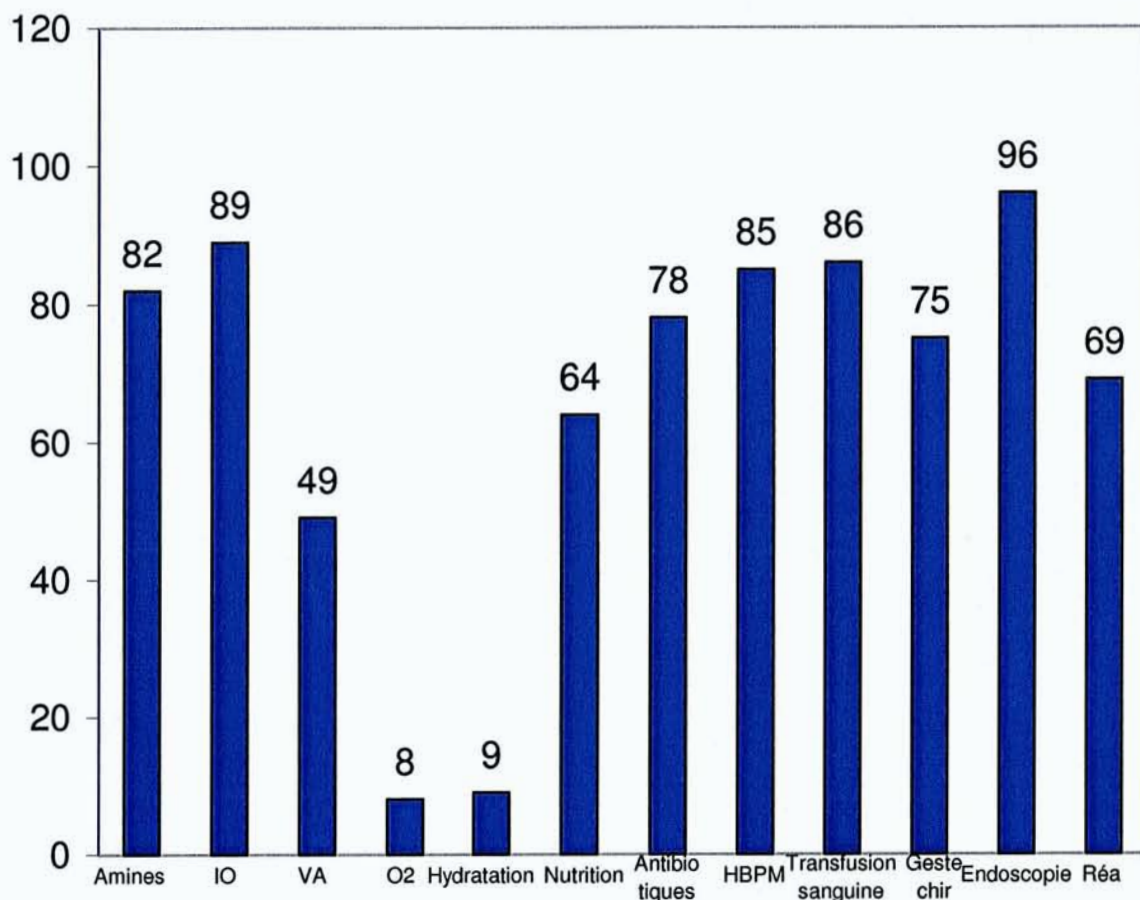
L'orientation des patients pris en charge par le SMUR est la suivante :

### Orientation des patients



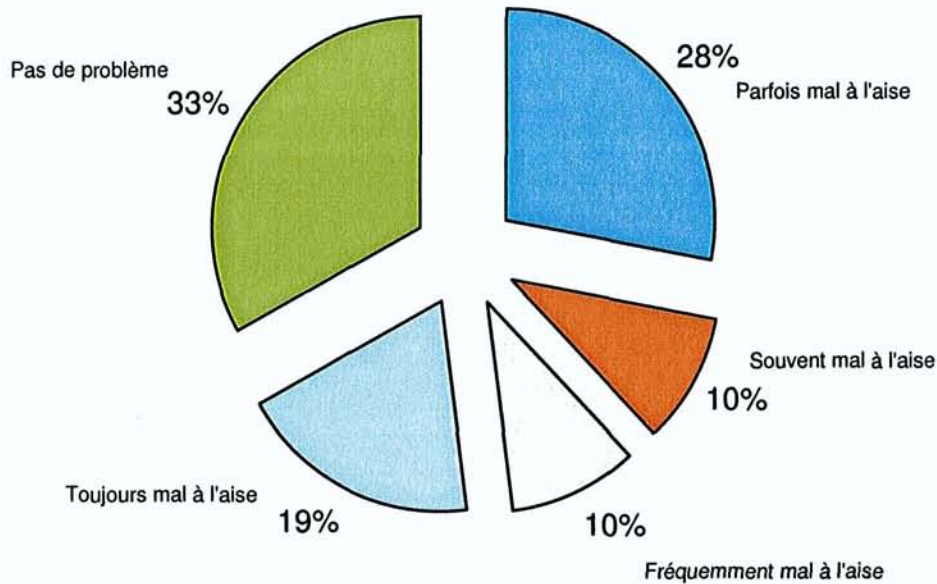
Les différents types de traitements limités ou arrêtés en SMUR ont cette distribution :

### Types de traitements limités ou arrêtés



Le ressenti des médecins SMUR est représenté par la figure qui suit :

## Ressenti des médecins des SMUR



Pour terminer avec les résultats de cette étude descriptive, il faut signaler que le sex-ratio est identique avec 3,5 hommes pour 1 femme dans chacune des deux populations.

De même, la connaissance des deux principales recommandations concernant la limitation et l'arrêt thérapeutique est similaire dans les deux populations d'urgentistes (pré hospitaliers ou hospitaliers): 30 % des interrogés connaissent celle de la SFUM et 27 % celle de la SLRF.

Très peu de services d'urgences ont une procédure écrite de limitation ou d'arrêt thérapeutique (10 % des SAU et 3 % des SMUR interrogés), tandis que 55 % des services interrogés pratiquent couramment la limitation ou l'arrêt des soins (pourcentage exactement identique entre les services d'urgences pré et intra hospitaliers).

100 % des médecins SMUR et 97 % des médecins des services d'urgences informent les familles et les font participer à la décision dans plus de 80 % des cas. Le patient est lui informé dans 55 % des cas par les médecins SAU et dans 36 % des cas par les médecins SMUR. Il participe à la décision également dans plus de 80 % des cas s'il est informé de la limitation ou de l'arrêt des soins.

La décision est notée dans le dossier médical des SMUR dans 87 % des cas et dans 86 % des situations à l'accueil hospitalier des urgences.



## B. Analyse transversale

### 1. Pour les SAU ou UPATOU

L'analyse statistique réalisée au sein de la population SAU a permis de mettre en évidence des associations statistiquement significatives au seuil de 1%.

En effet, il existe un lien significatif entre le nombre d'admissions annuelles et le fait de pratiquer couramment une limitation ou un arrêt des soins. Plus le nombre de passage est important, plus la limitation ou l'arrêt thérapeutique sont pratiqués.

#### Relation entre le nombre d'admissions annuelles et l'activité courante de limitation ou d'arrêt de soins

Nombre d'admissions annuelles	Limitation ou arrêt des soins de pratique courante		Total
	N	O	
Moins de 10 000	10	4	14
10 à 20 000	17	13	30
20 à 30 000	6	10	16
30 à 40 000	7	11	18
Plus de 40 000	3	17	20
Ne sait pas	2	0	2
Total	45	55	100

Statistique	Valeur	p
Chi2	15.953	0.007

Le test est significatif puisque  $p = 0,007$ .

De même, l'étude met en évidence un lien entre la connaissance des recommandations de la SFUM et la limitation ou l'arrêt des soins chez les personnes grabataires. Lorsque le médecin urgentiste connaît les recommandations de la SFUM, il limite ou arrête plus fréquemment les soins chez les personnes grabataires.

**Relation entre la limitation thérapeutique s'il existe un état grabataire et la connaissance des recommandations de la SFUM**

LT/AT si état grabataire	Connaissance recommandations SFUM		Total
	N	O	
N	30	3	33
O	38	28	66
Total	68	31	99

Statistique	Valeur	p
Chi2	11.3653	0.0007

Ce test est également significatif puisque  $p = 0,0007$ .

De façon similaire, il existe un lien entre les connaissances des recommandations de la SFUM et la limitation des soins chez les personnes ayant des troubles majeurs des fonctions supérieures.

**Relation entre la limitation thérapeutique en cas de troubles majeurs des fonctions supérieures et la connaissance des recommandations de la SFUM**

LT ou AT si troubles majeurs des fonctions supérieures	Connaissance des recommandations de la SFUM		Total
	N	O	
N	43	11	54
O	25	20	45
Total	68	31	99

Statistique	Valeur	p
Chi2	6.6141	0.0101

$P = 0,01$ . Il existe donc une relation significative entre les deux variables étudiées ici..

Un lien non statistiquement significatif est mis en évidence entre le nombre d'années d'exercice en médecine d'urgence et le fait de limiter ou d'arrêter les soins chez les personnes en fin de vie. Plus le médecin est expérimenté, plus les soins sont limités ou arrêtés.

### Relation entre la limitation thérapeutique en cas de fin de vie et le nombre d'années d'exercice en médecine d'urgence

Tableau croisant la limitation des soins en cas de fin de vie avec le nombre d'années d'exercice en médecine d'urgence						
LT/AT si fin de vie	Nombre d'années d'exercice					Total
	Inférieur à 2 ans	De 2 à 5 ans	De 6 à 10 ans	De 11 à 15 ans	Plus de 15 ans	
N	6	11	5	2	1	25
O	4	25	23	7	15	74
Total	10	36	28	9	16	99

Test exact de Fisher	
Table Probabilité (P)	3.927E-05
p <= P	0.0309

$P = 0,03$ , donc supérieur au seuil de 1% : il n'y a pas d'association entre ces deux variables.

## 2. Pour le SMUR

Le seul lien statistiquement significatif retrouvé concerne la limitation ou l'arrêt thérapeutique en cas d'absence de possibilité de réanimation et le nombre d'années d'exercice du médecin interrogé. Cette corrélation est inexistante chez les médecins les plus expérimentés, alors qu'elle existe parfois chez les médecins « débutants ».

## Relation entre la limitation thérapeutique en cas d'absence de lits de réanimation et le nombre d'années d'exercice

LT/AT si absence de lit de réanimation	Nombre d'années d'exercice des médecins interrogés					Total
	De 2 à 5 ans	De 6 à 10 ans	De 11 à 15 ans	Inférieur à 2 ans	Plus de 15 ans	
<b>N</b>	18	27	24	4	24	97
<b>O</b>	0	1	0	2	0	3
<b>Total</b>	18	28	24	6	24	100

Test exact de Fisher	
Table Probabilité (P)	0.0026
P <= P	0.0088

Le test est significatif, car  $p = 0,0088$ .

### 3. Pour les 2 populations

Il n'existe aucune relation statistique entre l'existence d'une procédure écrite dans le service et le ressenti des médecins urgentistes (services d'urgences ou SMUR). De même, il n'existe aucun lien entre la mise à disposition d'une procédure écrite dans le service et l'attitude médicale des médecins interrogés.

En regroupant les 2 populations (services des urgences et SMUR), on obtient une nouvelle population de médecins urgentistes, indépendamment de leur activité médicale spécifique. Son analyse statistique montre qu'il existe alors un lien significatif entre la limitation ou l'arrêt des soins si le patient est « en fin de vie » et le statut hospitalier du médecin urgentiste. Plus le statut du médecin est « élevé », plus celui-ci pratique une limitation ou un arrêt thérapeutique chez les patients considérés « en fin de vie ».

**Relation entre la limitation thérapeutique si le patient est en « fin de vie » et le statut du médecin urgentiste**

LT/AT si fin de vie	Statut					Total
	FFinterne	Assistant	Attaché	PHcontractuel	PH	
<b>N</b>	0	15	5	4	11	35
<b>O</b>	1	28	18	32	85	164
<b>Total</b>	1	43	23	36	96	199

Test exact de Fisher	
Table Probabilité (P)	2.282E-05
P <= P	0.0121

Le test est à la limite de la significativité puisque  $p = 0,01$ .

# DISCUSSION

## III.1. Critique de la méthode

### A. Biais de sélection

La méthode de recueil des résultats présente un biais de sélection. En effet, un seul médecin urgentiste est interrogé par service. Celui-ci est censé être représentatif du service et de ses pratiques. Or, l'activité médicale d'un médecin n'est pas forcément conforme à celle de la majorité des confrères dans un service. Il en est de même de l'âge, du sexe, du statut et de l'expérience. Ce biais est atténué par la taille de la population, qui permet de niveler les caractéristiques des médecins interrogés. Selon les lois de la probabilité, plus la taille de l'échantillon tend vers l'effectif complet, plus les résultats recueillis sont conformes à ceux obtenus, si l'ensemble de la population est consulté (recueil des données chez tous les médecins urgentistes de France). Par ailleurs, l'échantillonnage est pertinent si la technique de randomisation est fiable. C'est le cas ici, puisque celle-ci a été réalisée à partir d'un programme informatique spécifique à partir de l'ensemble des services d'urgences de France métropolitaine.

A priori, le fait de répondre au téléphone ne constitue pas un biais significatif quant à notre travail. De même pour la date d'appel. Les médecins urgentistes travaillent généralement en gardes ou demi gardes variables suivant les semaines, selon un planning modifié chaque mois.

Un autre biais de sélection est constitué par la spécialisation de certains services des urgences. En effet, dans les « gros » centres d'urgences (en nombre de passages annuels), l'activité médicale est séparée de l'activité chirurgicale. Dans ces cas, seule la pratique de la limitation ou de l'arrêt thérapeutique dans les urgences médicales a été considéré, celle des urgences chirurgicales dans le même centre d'urgences lui étant assimilée.

La grande hétérogénéité des services d'urgences se manifeste dans l'activité pré-hospitalière. Certains centres séparent complètement l'activité SMUR de celle de l'accueil des urgences médico-chirurgicales. Ceci convient très bien à l'étude réalisée, car cette séparation correspond au choix des deux populations distinctes, mais présente un biais de sélection. Ainsi, les réponses seraient plus spécifiques dans les établissements où l'urgence pré hospitalière est séparée de l'accueil hospitalier des urgences, par rapport à celles des services dans lesquels la séparation a été faite artificiellement pour cette étude.

## B. Biais d'intervention

Le recueil téléphonique des données, à partir d'un questionnaire écrit, constitue un biais d'intervention. En effet, les questions sont formulées par un intervenant externe, qui est un intermédiaire. Les médecins interrogés sont influencés, à la fois par la formulation, le ton de la voix, le rythme et l'enchaînement des questions. Sans orienter consciemment les réponses, le rôle de l'enquêteur est indéniable. Afin de minimiser ce biais, l'enquêteur était toujours le même, avait connaissance de ce biais d'intervention et employait un ton neutre. Aucune indication n'était proposée en cas d'hésitation du médecin interrogé.

En revanche, l'avantage du recueil téléphonique des données est un fort taux de participation des médecins interrogés. En effet, le taux de réponse est de 100%, l'ensemble des services d'urgences sélectionnés ayant répondu. Il faut signaler également la forte implication des médecins sollicités, qui visualisaient des cas concrets de leur propre expérience au fil des questions.

La brièveté de l'interrogatoire et son déroulement en continu sans retour sur les questions antérieures constituent également un biais d'intervention. Les médecins interrogés sur leur lieu de travail et sans préavis ont peu de temps de réflexion pour chaque question. Leur réponse est souvent automatique, selon leur opinion première. La formulation de la question, ainsi que le choix des mots, ont une grande importance. C'est pourquoi, la neutralité de l'enquêteur et l'emploi d'un questionnaire standardisé et précis sont nécessaires.

Par ailleurs, l'enchaînement rapide des questions, la plupart étant fermées, crée une situation de stress qui se rapproche de la prise de décision en médecine d'urgence. En effet, les médecins urgentistes sont souvent très sollicités et doivent prendre des décisions claires dans un temps bref. Ainsi, ce biais d'intervention, qui doit être contrôlé, a des implications potentiellement intéressantes dans le cadre de cette étude sur la limitation ou l'arrêt des soins en médecine d'urgence.

Un autre biais d'intervention est constitué par le fait que c'est la même personne qui a rédigé le questionnaire, recueilli les données et en partie analysé les résultats. Il existait dès lors un fort risque d'orienter les réponses lors des interrogatoires et de fausser les résultats. Il faut souligner de nouveau le rôle capital de l'enquêteur lors du recueil des données. Neutralité de la voix, non modification des termes employés, questionnaire standardisé étaient indispensables.



## **C. Biais de mesure**

L'enquête d'opinion sur la limitation et l'arrêt des soins en médecine d'urgence est basée sur la réponse à des questions fermées. Cet avantage pour l'analyse statistique offre peu de possibilités aux médecins interrogés de nuancer leurs réponses. Le choix est souvent binaire (oui ou non), et lorsqu'il est multiple, la gamme des réponses proposées ne correspond pas forcément à l'idée du médecin interrogé. Ce biais de mesure est atténué par la formulation des choix proposés. Elle doit être précise et correspondre à une réalité pratique. L'intérêt de la réalisation du questionnaire par un médecin, urgentiste lui-même, est ici mis en exergue.

De même, l'intérêt de certaines questions fermées réside justement dans la nécessité de faire un choix explicite. Une question ouverte offre la possibilité à la personne interrogée d'esquiver et de répondre de façon vague ou médiane. Dans différentes situations il faut faire ou ne pas faire, ne pas faire volontairement étant équivalent à une action volontaire du point de vue moral. Ainsi, ce biais de mesure n'est pas non plus un inconvénient dans l'esprit de cette étude.

## **D. Biais d'analyse**

L'analyse descriptive des deux populations est présentée de façon superposable. Cependant, l'échantillonnage des populations SAU et SMUR n'est pas équivalent. En effet, 100 SAU sur 498 ont été retenus contre 100 SMUR sur 347. Cette différence de proportion n'a que peu de conséquences sur l'analyse des résultats, la taille des deux ensembles étant suffisante pour représenter leur population originelle.

L'analyse transversale, qui recherchait des liens parmi les différents résultats, nécessite plus de précautions statistiques. En effet, l'analyse se voulant la plus exhaustive possible, de nombreux croisements ont été réalisés. L'inconvénient de cette recherche dispersée est l'obligation d'observer un seuil de significativité bas, fixé à 1%, afin de pouvoir affirmer que les différences observées ne sont pas dues au hasard.

De même, l'analyse transversale de deux résultats un à un nécessite une population de taille minimale, ce qui est le cas dans cette étude où chaque population comporte 100 éléments.

## **E. Biais d'interprétation**

L'analyse des résultats depuis un questionnaire d'opinion constitue un biais d'interprétation. L'opinion des médecins questionnés ne représente qu'une intention théorique, fictive, sans aucune réalité concrète. L'intention de faire ou de ne pas faire ne signifie aucunement que lors d'une situation réelle on agira de la sorte. C'est d'ailleurs une des difficultés de la médecine d'urgence qui nécessite d'autres compétences qu'une connaissance abstraite des données de la médecine.

## **III.2. Principaux résultats et implications**

### **A. Etude descriptive de prévalence**

#### **1. Etude sociologique et de pratique**

Les médecins des SMUR sont un peu plus âgés que ceux des services d'accueil des urgences. En effet, c'est la catégorie d'âge 41-45 ans qui domine avec 35% des médecins des SMUR interrogés, tandis que c'est la tranche 36-41 ans chez les médecins des services des urgences. Il y a également plus de médecins des SMUR d'âge supérieur à 45 ans.

De même, on constate une nette prédominance des praticiens hospitaliers avec 60% des médecins des SMUR interrogés contre 36% dans les services d'accueil des urgences, où l'on constate une distribution plus équilibrée des différents statuts.

L'expérience des médecins des SMUR est supérieure, 50% de ceux-ci ayant plus de 11 années d'exercice en médecine d'urgence, contre 25% des médecins des services d'accueil des urgences.

Ainsi, les médecins qui exercent en pré-hospitalier sont plus expérimentés et a priori plus qualifiés que les médecins pratiquant à l'accueil hospitalier des urgences. L'expérience s'acquiert au fil du temps et se traduit souvent par une reconnaissance professionnelle.

Il existe une légère différence dans la répartition du nombre de médecins dans les services d'accueil des urgences par rapport aux SMUR. En effet, alors que les structures comprenant 6 à 10 médecins et 11 à 15 médecins sont assez équivalentes (35% et 30% des services respectivement), on note que 44% des SMUR sont composés de 6 à 10 médecins et 24% de 11 à 15. Par ailleurs, les services composés de

plus de 20 médecins sont peu nombreux dans les 2 cas (7% des services d'accueil des urgences et 6% des SMUR).

Le nombre de passages annuels n'a pas été évalué en SMUR. Cette activité étant distincte de celle d'accueil des urgences, prendre comme référence, pour le SMUR, le nombre de passages aux urgences constituerait un biais sélection inacceptable. C'est le nombre d'interventions du SMUR qui aurait pu servir de base de référence. Mais comparer le nombre de sorties du SMUR avec le nombre de passages annuels aux urgences rapportés au nombre de médecins n'a pas de sens. En effet, une intervention du SMUR et la prise en charge d'un patient dans un état grave ne sauraient être comparées à une consultation classique aux urgences, qui nécessite un temps, une charge de travail beaucoup moindre dans un contexte émotionnel plus serein. Cependant, une évaluation du nombre d'interventions des SMUR en rapport avec l'activité de limitation ou d'arrêt des soins mériterait indiscutablement une étude complémentaire.

Le sex-ratio est de 3,5 dans les deux populations. Ce résultat souligne la faible féminisation des services d'urgences, dans lesquels les contraintes physiques et de disponibilité sont plus importantes que dans d'autres spécialités médicales.

La connaissance des recommandations de la SFMU et de la SLRF est faible dans les deux populations, voisine de 30%.

La prise de décision de limitation ou d'arrêt thérapeutique est réalisée dans 70% des cas après concertation médicale dans les services d'urgences, ce qui est conforme aux recommandations de la SFMU. En cas d'intervention du SMUR, cette décision n'est prise qu'à 23% en concertation entre médecins (avec le médecin traitant sur place ou au téléphone, le médecin régulateur du Centre 15). Dans 74% des cas, cette décision est prise par le médecin urgentiste seul. Ces résultats mettent en relief la spécificité de la médecine pré hospitalière, où le médecin confronté à des urgences vitales doit prendre des décisions importantes basées sur l'état clinique du patient avec peu d'éléments anamnestiques et paracliniques. Ces résultats rejoignent ceux consacrés au profil des médecins dans les deux populations : les médecins des SMUR sont plus âgés, plus expérimentés et ont un meilleur statut hospitalier. Cette distribution différente du profil des médecins dans les deux populations apparaît donc pertinente.

Seul un faible nombre de services d'urgences disposent d'un protocole écrit à propos de la pratique de la limitation ou de l'arrêt des soins (10% des services d'urgences et 3% des SMUR), alors que 55% des médecins interrogés limitent ou

arrêtent les soins de façon courante. Cet écart n'est pas surprenant, puisque les protocoles médicaux ne sont malheureusement pas systématiques dans les services d'urgences. Cependant, la limitation et l'arrêt thérapeutique nécessitent une évaluation optimale et rigoureuse de la situation clinique ainsi que de son contexte. Leur mise en application requiert également tact et pondération. Ces difficultés sont parfaitement illustrées par les réponses concernant le ressenti des médecins interrogés lors de cette pratique. En effet, 20% des médecins avouent être toujours mal à l'aise dans ces situations, 25% le sont parfois et seuls 38% limitent ou arrêtent les soins sans problème particulier. La distribution des réponses est similaire dans les deux populations, ce qui semble surprenant au vu du profil particulier des médecins des SMUR. Les sentiments et les connaissances théoriques ou pratiques apparaissent donc indépendants, même après des années d'expérience d'une activité très chargée en émotions.

## **2. Etude des situations de limitation ou d'arrêt thérapeutique**

### **a. Situations susceptibles d'entraîner une limitation ou un arrêt thérapeutique**

Les médecins des services d'urgences et des SMUR limitent ou arrêtent les soins dans des situations assez semblables. La pathologie la plus citée est le cancer en phase terminale, dans 93% des cas.

Les médecins des SMUR limitent un peu plus les soins chez les patients en fin de vie (90% contre 74% chez les médecins des urgences), les patients grabataires (73% versus 66%) et en cas de pathologie chronique en phase terminale (60% versus 46%). Une explication possible réside sans doute dans une meilleure connaissance, de la part des médecins des SMUR, des implications qu'entraînent les gestes de réanimation invasifs. Ainsi, l'issue, bien que non prédictible dans toutes les situations, est estimée fatale d'emblée pour certains patients. Il semble plus raisonnable dans les pathologies où le pronostic à très court terme est irrémédiablement défavorable, indépendamment de la poussée qui a conduit à la détresse vitale, de ne pas s'acharner à maintenir artificiellement en vie une personne dont l'état physiologique serait encore plus dégradé au décours de l'épisode aigu. Dans ces situations, le fait de ne pas débiter une réanimation invasive évite au patient et à ses proches de nombreuses souffrances inutiles et les désagréments d'une agonie prolongée. La difficulté réside bien évidemment dans l'estimation exacte du pronostic néfaste et de l'absence de ressources thérapeutiques pour le patient.

Les médecins des SMUR limitent ou arrêtent moins les soins chez les patients avec une autonomie réduite (1% versus 6% chez les médecins SAU), les patients présentant un mauvais état général (4% contre 10%), en cas d'absence de famille (2% contre 4%) ou d'absence de possibilité de réanimation (3% contre 8%). Les médecins des SMUR, plus régulièrement confrontés à ces situations, poursuivent les manœuvres de réanimation tant qu'ils jugent que la situation n'est pas irréversible, ce qui est le cas des situations évoquées précédemment. Du fait de leur expérience, ils ont également une connaissance plus approfondie des techniques utilisables et de leur mise en place.

Les médecins des deux populations accèdent à la demande du patient ou de la famille dans une proportion d'un sur deux (46% des médecins services d'urgences et 43% des médecins des SMUR). Malgré les évolutions de la médecine et le fait que le médecin ne soit plus considéré comme tout puissant, certains praticiens interrogés agissent, dans ces situations de détresse vitale, uniquement selon leur propre jugement. Ainsi, ils estiment que dans ces situations critiques, l'état psychologique du patient et de sa famille ne permet pas de prendre des décisions sereines. Ils traitent alors dans un premier temps l'urgence vitale et réévaluent ensuite la décision avec le patient et sa famille. Cette attitude mesurée peut cependant aller contre la volonté du patient, en particulier dans les cas de pathologies chroniques et de choix de ne pas être réanimé en cas de détresse. Le fait d'aller contre la volonté du patient, en dehors des situations d'urgence vitale est répréhensible selon l'article L1110-10 du Code de la Santé Publique (loi n°2005-370 du 22 avril 2005). De plus, les demandes de limitation de soins de la part des familles, en urgence et dans la précipitation, sont souvent considérées avec circonspection par les médecins.

La limitation ou l'arrêt thérapeutique en cas d'hémorragie cérébro-méningée n'est guère applicable à la phase pré hospitalière. En effet, sans la contribution du scanner cérébral, le médecin se trouve confronté à un patient dans un coma profond d'étiologie non encore précisément déterminée. Le diagnostic d'hémorragie cérébro-méningée n'est qu'une hypothèse parmi d'autres. Dans cette situation, il semble en effet présomptueux de limiter les soins sur une simple supposition, qu'elle qu'en soit la force, le coma pouvant être causé par une pathologie curable. Cependant, 6% des médecins des SMUR interrogés limitent ou arrêtent les soins devant un coma profond non étiqueté.

En cas d'arrêt cardio-respiratoire, malgré des premières mesures de réanimation inefficaces, certains médecins poursuivent la réanimation, en particulier chez les patients jeunes a priori indemnes de tare sous-jacente (13% des médecins des services d'urgence et 16% des médecins des SMUR). Ainsi, l'objectif serait alors de préparer

au mieux le patient en vue d'un prélèvement multi-organes. Ces deux pourcentages sont donc peu fiables, puisque l'éventualité d'un prélèvement multi-organes n'était pas envisagée dans le questionnaire initial.

## **b. Motifs de la décision**

Les motifs invoqués par les médecins des services d'urgence et des SMUR pour justifier leur décision sont assez proches. Le refus d'un acharnement thérapeutique sans bénéfice pour le patient et le pronostic à très court terme réduit sont les plus fréquents (92 à 96% et 62 à 63%). Ces arguments les plus raisonnables correspondent aux recommandations professionnelles.

La qualité de vie ultérieure et la perte d'autonomie sont des motifs moins fréquemment mis en avant par les médecins des SMUR (22% contre 49% pour la qualité de vie ultérieure et 2% contre 17% pour la perte d'autonomie). Cette différence s'explique par la difficulté rencontrée, à la phase pré hospitalière, lors du premier contact avec le patient, sans bilan complémentaire ni le recul de quelques heures d'évolution, d'estimer de façon précise les séquelles ultérieures possibles d'une pathologie inaugurale. Certaines situations permettent une telle attitude, mais en cas de doute, la prudence doit conduire à poursuivre les soins intensifs, pour réévaluer la situation clinique dans un deuxième temps.

Le coût des soins, considéré comme un tabou par de nombreux médecins, n'est un motif invoqué lors de la prise de décision que dans 5% des cas aux urgences et 3% des cas à la phase pré hospitalière. Son rôle dans de telles décisions, surtout à la phase aiguë, est source de dérive et semble inacceptable d'un point de vue éthique comme facteur déterminant, mais devrait progresser en tant que co-facteur.

## **3. Etude de la modalité d'application des décisions**

Les principaux traitements limités ou arrêtés ont une répartition à peu près équivalente dans les deux populations. Ce sont les amines vaso-actives, l'intubation oro-trachéale, les gestes chirurgicaux, les examens invasifs de type endoscopie et l'admission en réanimation, qui sont cités dans plus de 75% voire 90% des cas selon les situations.

Il faut signaler une limitation plus importante chez les médecins des SMUR des traitements antibiotiques (78% contre 60% chez les médecins des urgences), de la prophylaxie anti-thrombotique (85% contre 66%) et de la transfusion de produits

sanguins labiles (86% contre 78%). L'instauration de ces traitements à la phase pré hospitalière est cependant inhabituelle.

L'oxygène et l'hydratation sont rarement limités ou arrêtés (environ 10% des situations dans les deux populations), sauf s'ils occasionnent un désagrément pour le patient. Cette notion va dans le sens d'une instauration précoce et efficace des soins palliatifs et des mesures de confort. En effet, plus de 98% des médecins interrogés mettent en place des soins palliatifs chez les patients en fin de vie. Seuls trois médecins (un aux urgences et deux pour le SMUR) ne le font pas systématiquement. Ce fort pourcentage est conforme aux pratiques, qui distinguent limitation ou arrêt des soins et abandon du malade. Le rôle primordial des soins palliatifs transparait dans ces situations.

L'information des familles est également quasi systématique chez l'ensemble des médecins (100% des médecins des SMUR et 97% des médecins des urgences), qui font participer les familles à la décision dans plus de 80% des cas. Ces résultats mettent en lumière une autre évolution des mentalités médicales avec régression du paternalisme médical au profit d'une plus grande concertation avec les familles, de l'écoute du patient et du respect de ses volontés.

Dans cette étude, le patient n'est informé que dans 55% des cas par les médecins des urgences et dans 36% des cas par les médecins des SMUR. Ces faibles taux et cette différence peut en partie s'expliquer par le fait que les patients en état de détresse vitale présentent souvent des troubles de la vigilance, abolissant leur discernement et incompatibles avec un dialogue avec le médecin. L'information du patient est alors peu efficace, mais celle-ci devra être instaurée dès que possible.

Les deux principales orientations des patients en fin de vie sont un secteur de médecine, si possible celui où est suivi le patient, et l'UHCD (plus de 90% et 75% respectivement). Ces orientations sont également conformes aux recommandations.

Les médecins des SMUR envisagent plus fréquemment un retour à domicile ou en institution (83% contre 69% pour les médecins des urgences). Cette différence est probablement en relation avec la possibilité qu'ont les médecins des SMUR de laisser le malade sur le lieu d'intervention, après s'être assurés que toutes les mesures de confort étaient en place et qu'un entourage présent et informé était en accord avec le projet thérapeutique proposé.

Les médecins des SMUR, après décision de limitation ou d'arrêt thérapeutique, orientent plus souvent les patients vers les services de réanimation (31% contre 22%). Ceci peut en partie s'expliquer par une prise de décision réalisée après des mesures de réanimation initiales invasives, de type intubation et ventilation artificielle. Le médecin du SMUR se trouve alors confronté à un patient pour lequel un processus de

désescalade thérapeutique doit être envisagée, mais qui ne peut être abouti dans l'ambulance.

En accord avec les recommandations des sociétés savantes, la décision de limitation ou d'arrêt thérapeutique est notée dans le dossier médical dans plus de 86% des cas pour les deux populations.

## **B. Etude transversale**

### **1. Corrélations positives**

Certains liens significatifs au seuil de 1% ont été mis en évidence dans cette étude.

Le nombre de passages annuels dans les services d'accueil des urgences a une influence sur l'importance de la pratique de la limitation ou de l'arrêt thérapeutique. En effet, plus l'activité est conséquente, plus les médecins du service sont confrontés à des situations pathologiques pour lesquelles une limitation ou un arrêt thérapeutique est envisageable. Ainsi, sur l'ensemble du territoire national, la pratique de la limitation ou de l'arrêt thérapeutique semble dépendre du volume d'activité des services d'accueil des urgences, quelles que soient les modalités d'exercices locales et les caractéristiques des médecins en exercice. Ceci ne remet pas en question l'intérêt d'une procédure écrite ou la formation des médecins urgentistes sur le sujet.

Notre étude confirme l'influence de la connaissance des recommandations de la SFMU dans les décisions de limitation ou d'arrêt thérapeutique chez les personnes grabataires et les personnes ayant des troubles majeurs des fonctions supérieures. En effet, plus les médecins interrogés ont connaissance de ces recommandations, plus une décision de limitation ou d'arrêt thérapeutique est envisagée dans ces deux pathologies. Rappelons la situation clinique évoquée dans la recommandation de la SFMU : « Survenue d'une poussée aigue témoignant de l'évolution terminale ou d'une affection aigue intercurrente chez un patient à la qualité de vie dramatiquement limitée, porteur d'une pathologie chronique évolutive au pronostic à court terme défavorable en terme d'espérance de vie, d'accentuation de la dépendance et d'aggravation de la qualité de vie future ». Ce type de lien n'a pas été retrouvé avec les recommandations de la SLRF, ni avec les autres situations pathologiques proposées par la SFMU.



Un lien non statistiquement significatif ( $p = 3\%$ ) a été évoqué entre le nombre d'années d'exercice en médecine d'urgence et la limitation ou l'arrêt des soins chez les personnes en fin de vie (au sens d'âge physiologique très avancé avec forte dépendance). Plus le médecin a d'expérience dans la discipline, plus il respecte la fin de vie des personnes, sans surestimer son pouvoir. Cette attitude, empreinte de bon sens et d'humanité, est tout à l'honneur des médecins concernés. L'expérience en médecine d'urgence, comme dans de multiples autres domaines, est donc à considérer.

La limitation et l'arrêt thérapeutique, bénéfiques si leurs applications sont réalisées à bon escient et conformément aux recommandations, laissent aux médecins un « pouvoir de vie et de mort » quasiment exclusif dans la société actuelle. Un risque de dérive des pratiques médicales existe. En effet, un lien significatif paradoxal a été mis en évidence. L'étude de la population SMUR retrouve une relation entre l'absence de possibilité de réanimation et le nombre d'années d'exercice en médecine d'urgence. Tandis que les médecins expérimentés ne pratiquent jamais de limitation ou d'arrêt thérapeutique au motif d'une absence de possibilité de réanimation, deux médecins sur quatre dont l'expérience est inférieure à deux ans le font. Certes, le nombre de médecins concernés est très faible et une généralisation à l'ensemble des médecins dont l'expérience est inférieure à deux ans est hâtive, mais en terme de proportion, ils représentent 50% de leur catégorie. L'interprétation de cette corrélation est sujette à caution du fait de l'effectif réduit de la catégorie, mais elle permet de souligner ce risque d'application dévoyée de la limitation ou de l'arrêt des soins. La limitation ou l'arrêt thérapeutique n'est pas une mesure de facilité ou de recours face à une pénurie de moyens. Tout doit être mis en œuvre pour le bénéfice du patient, quelles que soient les contraintes engendrées pour les médecins et l'institution hospitalière.

Un dernier lien a pu être mis en évidence dans cette étude en regroupant les deux populations (SAU et SMUR) et en analysant l'ensemble des 200 questionnaires. La limitation ou l'arrêt thérapeutique dans le cas des patients en fin de vie est plus fréquent chez les médecins urgentistes au statut hospitalier le plus élevé (praticien hospitalier et praticien hospitalier contractuel). Ce résultat significatif au seuil de 1% renforce le lien non significatif retrouvé entre le nombre d'années d'exercice dans la discipline et la pratique de la limitation ou de l'arrêt thérapeutique chez les personnes en fin de vie. Les médecins ayant un statut hospitalier élevé exercent en général depuis de nombreuses années en médecine d'urgence.

## **2. Absence de lien**

Parmi l'ensemble des corrélations testées et qui se sont avérées négatives, il faut retenir celle entre l'existence d'une procédure écrite dans le service et le ressenti des médecins urgentistes lors des limitations ou des arrêts thérapeutiques. En effet, l'intérêt d'une procédure écrite, outre la standardisation des pratiques dans le service et leur conformité aux recommandations, devrait permettre de soulager émotionnellement les médecins, d'atténuer leurs doutes. Or, ce lien n'existe pas dans cette étude et sans ambiguïté statistique.

De même, il n'existe aucun lien entre l'existence d'une procédure écrite dans le service et les pratiques médicales des médecins interrogés. De multiples explications peuvent être avancées. En effet, le nombre de services qui disposent d'un tel protocole est très faible (10% des services d'urgences et 3% des SMUR) et la notion de protocole s'avère floue. Par téléphone et sans consultation visuelle du protocole, il est difficile d'estimer sa relation réelle avec le sujet traité. La question à propos de l'existence d'une procédure écrite dans le service considéré intervient au début du questionnaire et le médecin interrogé peut assimiler, par exemple, le sujet de la limitation ou de l'arrêt thérapeutique avec une procédure concernant la mise en place de soins palliatifs. De plus, l'étude montre que l'application de la procédure n'est pas systématique : trois médecins sur dix aux urgences et deux sur trois au SMUR ne l'appliquent pas systématiquement. L'intérêt d'une procédure dans un service s'amenuise, si son application varie au gré des circonstances et des médecins. Par ailleurs, il semble difficile d'établir une procédure écrite figée sur la limitation ou l'arrêt des soins en médecine d'urgence. La multiplicité des situations rencontrées et la liberté de décision des médecins nécessitent une modularité de son application. La procédure doit servir de guide et aider les médecins dans leurs choix et non les contraindre de manière arbitraire.

Ainsi, les procédures écrites existantes dans les services n'ont pas d'influence pratique, mais leur relation exacte avec la limitation ou l'arrêt des soins n'est pas établie. L'utilité d'une procédure adaptée sur le sujet, conforme aux recommandations, reste d'actualité. Sa mise en place, son application et ses effets nécessiteraient d'autres études.

## **III.3. Revue de la littérature**

Très peu d'études sur la limitation ou l'arrêt thérapeutique concernent la médecine d'urgence. Pourtant, une alternative à l'hospitalisation excessive en réanimation de patients au-delà de toutes ressources thérapeutiques dont la qualité de

vie ultérieure apparaît d'emblée déraisonnable, est basée sur la non initiation de mesures thérapeutiques invasives à la phase précoce de la prise en charge. En effet, une fois la suppléance des fonctions vitales instaurées, il devient difficile d'envisager une désescalade thérapeutique en situation pré hospitalière, voire en salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) aux urgences. L'orientation habituelle de ce patient se fait alors vers un service de réanimation.

Il est exact qu'un questionnaire d'opinions n'évalue que les intentions des médecins décideurs et non leurs pratiques effectives au quotidien. Cependant, le taux exceptionnel de réponses des médecins interrogés et l'échantillonnage des deux populations nous permettent de comparer nos résultats avec plusieurs autres études sur le sujet. Les travaux présentés abordent la limitation ou l'arrêt thérapeutique en médecine d'urgence mais également en réanimation, du fait de l'existence de nombreuses similarités.

## **A. Etude sociologique et de pratique**

Si le profil des patients à qui ont été appliqués une limitation ou un arrêt de soins est étudié dans les études prospectives ou rétrospectives à partir des dossiers médicaux, le profil des médecins ordonnateurs de la décision a peu été envisagé.

McNarry (89), dans une étude sur les décisions d'admission des patients à la survie limitée en réanimation, retrouve un nombre moyen d'années d'expérience des médecins de 11,4 ans avec la distribution suivante : 9% ont moins de 4 ans d'expérience, 40% ont entre 5 et 10 ans, 41% entre 11 et 20 ans et 10% plus de 20 ans. Ces résultats retrouvés en réanimation diffèrent des nôtres dans les catégories de plus faible expérience, la population des médecins urgentistes étant plus jeune. Soulignons cependant, que la distribution en nombre d'années d'expérience des médecins des SMUR se rapproche de celle des médecins réanimateurs.

Aucun résultat reliant les caractéristiques des services d'urgences et la pratique de la limitation ou de l'arrêt des soins n'a été retrouvé dans la littérature. De même, la mise en application des recommandations de la SFMU parues en 2003 n'a pas encore fait l'objet d'une enquête.

Roupie (115) retrouve l'existence d'un protocole écrit de définition de fin de vie dans 4% des services étudiés et un protocole écrit de prise en charge dans 7,5% des cas. Ces résultats se rapprochent de ceux de notre étude, où une procédure existe dans 10% des services d'urgences et 3% des SMUR, celle-ci devant guider la démarche de limitation ou d'arrêt thérapeutique.

La limitation des soins est instituée chez 21% des patients décédés aux urgences et l'abstention de soins chez 55%, selon Rothmann (156). De plus, parmi l'ensemble des patients décédés aux urgences, aucun traitement de réanimation n'est réalisé chez 46% des sujets médicalisés à la phase pré hospitalière, ainsi que chez 76% des patients arrivés non médicalisés aux urgences et chez 70% des patients admis en UHCD.

Roupie (115) retrouve une limitation ou un arrêt thérapeutique chez 53% des patients décédés aux urgences.

Pour Le Conte (154), 0,8% des patients non traumatisés admis au SAU sont concernés par la limitation ou l'arrêt thérapeutique. Des mesures de réanimation sont cependant réalisées chez 80% des patients avant que la décision ne soit prise, les soins étant limités ou arrêtés d'emblée dans 20% des cas. Dans cette étude, l'arrêt thérapeutique concerne 37% des patients et la limitation 63%.

En réanimation, dans une étude européenne multicentrique, Sprung (62) affirme que 10% de l'ensemble des patients sont concernés par des mesures de limitation thérapeutique.

53% des décès en réanimation sont précédés de mesures de limitation ou d'arrêt thérapeutique selon Ferrand (63).

Yazigi (68), toujours en réanimation, retrouve une limitation ou un arrêt thérapeutique instauré chez 9,6% de l'ensemble des patients admis dans son service et chez 45,7% des patients décédés. Les traitements sont limités dans 86% des cas et arrêtés dans 14% des cas.

Parmi les sujets décédés en réanimation, Prendergast (147) constate que 23% ont reçus des soins complets comprenant un massage cardiaque externe, 22% des soins complets de réanimation hormis un massage cardiaque externe, 10% une limitation thérapeutique et 38% un arrêt thérapeutique.

De manière similaire, la décision de refus d'admission en réanimation constitue une limitation thérapeutique. Joynt (61), dans une étude descriptive et prospective à Hong Kong, évalue ce refus à 38%.

Tous ces résultats prouvent que la limitation et l'arrêt thérapeutique sont régulièrement appliqués chez les patients décédés aux urgences ou en réanimation. Ainsi, nos résultats sont concordants, puisque que 55% des médecins interrogés estiment que la limitation et l'arrêt thérapeutique sont des pratiques courantes dans leur service et, pour plus de 20% d'entre eux dans chacune des deux populations (services des urgences et SMUR), celles-ci sont instituées une à plusieurs fois par semaine.

Roupie (115) constate que la décision d'arrêt des soins est prise à 63% par l'urgentiste seul, avec l'avis du médecin traitant dans 4% des cas, l'aide d'un

spécialiste dans 47% des cas. La décision d'abstention des soins est prise par l'urgentiste seul dans 57% des cas, après concertation avec le médecin traitant dans 8% des cas et l'avis d'un autre spécialiste dans 45% des cas.

Le Conte (154) évalue la prise de décision de la façon suivante : 39% des décisions sont prises lors d'une concertation entre médecins et infirmières des urgences, 31% par les médecins uniquement et 29% par un médecin seul.

Ferrand (45), dans un travail réalisé en réanimation, retrouve que les décisions de limitation ou d'arrêt thérapeutique sont prises par l'équipe médicale seule dans 31 à 36% des cas, ou associée à l'équipe para-médicale dans 58 à 69% des cas, et rarement par le médecin seul (11 à 18%). Une autre étude (46) indique que la décision en réanimation est prise par un médecin seul dans 12% des cas, et la nuit dans 11% des cas.

Nos résultats, dans la population des urgences, rejoignent ceux des études les plus récentes avec une collégialité de la décision dans 74% des cas, l'équipe infirmière n'étant cependant que très peu consultée. En réanimation, l'équipe para-médicale est nettement plus impliquée dans ce type de décision. En effet, une infirmière de réanimation est en charge d'un nombre restreint et constant de patients durant l'ensemble de son temps de travail, ce qui lui permet d'établir des relations plus privilégiées.

Dans une étude réalisée en réanimation neurochirurgicale, Peillon (103) remarque que chez les patients décédés et qui ont préalablement reçu un ordre de limitation ou d'arrêt thérapeutique, celui-ci n'est pas suivi par le médecin de garde dans 37% des cas. De même, le médecin de garde ne prend ou n'applique aucune décision d'arrêt thérapeutique. Cette étude souligne le manque de continuité durant la garde des décisions établies en journée, ainsi que les difficultés rencontrées par les médecins seuls face à ces situations, dans l'urgence.

En médecine pré hospitalière, Lapandry (157) évoque que l'arrêt d'une réanimation infructueuse est laissé à l'appréciation du médecin transporteur dans la grande majorité des cas (90%). C'est la durée des manœuvres thérapeutiques qui est le critère essentiel. Dans seulement 22% des cas, ces manœuvres sont poursuivies jusqu'à l'arrivée à l'hôpital, où la décision d'arrêt est plus collégiale. Cet auteur constate également que la durée moyenne de réanimation est de 33 minutes. La durée de la réanimation avant arrêt des manœuvres est de 15 minutes dans 10% des cas, de 30 minutes dans 52% des cas, de 45 minutes dans 4% des cas, et de plus de 60 minutes dans 12% des cas. Ces résultats soulignent le caractère évolutif de la décision de limitation ou d'arrêt thérapeutique, en fonction de l'efficacité des mesures entreprises et du temps écoulé, et viennent ainsi compléter nos résultats.

Aucune étude n'envisage spécifiquement le ressenti des médecins lors d'une décision de limitation ou d'arrêt thérapeutique. Seul Roupie (115) note que 49% des services d'urgences organisent une réunion pour les cas ayant « entraîné un malaise ».

Pourtant, notre étude montre que plus de 70% des médecins confrontés à ces situations, que ce soit aux urgences ou en médecine pré hospitalière, ne sont pas sereins lors de la prise de décision. Une évaluation plus précise des difficultés rencontrées par les médecins et le personnel para-médical (infirmières, aides-soignants et ambulanciers) permettrait d'améliorer la prise en charge globale des patients et de diminuer le stress de chacun des intervenants.

## **B. Situations de limitation ou d'arrêt thérapeutique**

Dans une étude consacrée à la décision d'arrêt de la réanimation pré hospitalière, Lapandry (157) note que les facteurs d'abstention thérapeutiques sont multiples. Parmi ceux-ci, on retrouve les néoplasies terminales pour 76%, le grand âge pour 52%, les polymalformations pour 42%, l'arriération mentale profonde pour 36%, les myopathies terminales pour 32% des cas.

Nos résultats, obtenus vingt ans après ce travail, mettent en évidence des pourcentages plus marqués pour des pathologies voisines, excepté l'âge qui intervient deux fois moins dans la décision (22% seulement). Ces résultats coïncident avec l'essor de la médecine d'urgence, son autonomisation, et avec la diffusion des notions de limitation ou d'arrêt thérapeutiques, de non acharnement thérapeutique, de soins palliatifs à la fois en médecine, mais également au sein de la population générale. Le respect de la mort inéluctable à venir est désormais recherché et l'obstination à s'y opposer de plus en plus inacceptable.

De même, le vieillissement de la population, ainsi que le gain en terme de qualité de vie chez les personnes âgées, amènent les médecins des SMUR à pratiquer des manœuvres de réanimation chez des patients au grand âge de façon plus régulière.

Aux urgences, comme le souligne Rothmann (156), toutes les classes pathologiques sont concernés par des limitations ou des arrêts de soins. Dans cette étude rétrospective sur la mort aux urgences, les étiologies des détresses vitales sont diverses : pathologies traumatiques dans 9% des décès, étiologies cardio-vasculaires dans 24% des cas (dont 9% de morts subites non expliquées), pathologies neurologiques (représentées exclusivement par l'hémorragie cérébro-méningée) dans

15% des cas, pathologies respiratoires dans 7% des décès. 26% des décès sont des fins de vie. Ces résultats, obtenus à partir de patients réellement décédés, identifient la cause déterminante de la mort.

Notre étude qui identifie des situations pathologiques pouvant être multiples, n'implique pas nécessairement le décès du patient, et encore moins son décès aux urgences. De même, nos résultats ne sont pas présentés sous forme de pathologies de système. Une comparaison stricte des résultats n'a donc pas de sens, mais la mise en perspective d'étiologies réelles impliquant un décès avec des situations potentiellement fatales n'est pas dénuée d'intérêt.

Le Conte (154), dans une étude prospective sur la limitation et l'arrêt des thérapeutiques de suppléance vitale, explore les principales dysfonctions cliniques chez les patients concernés : défaillance neurologique dans 38% des cas, cardiovasculaire dans 23,5%, respiratoire dans 17%, digestive dans 13,5%, et origine néoplasique dans 14%. La place de la défaillance neurologique est ainsi prépondérante.

Dans une étude rétrospective, réalisée durant trois mois, et évaluant les décès survenus aux urgences, Le Conte (155) identifie les caractéristiques des patients décédés. Ceux-ci sont globalement plus âgés, moins autonomes, et plus dépendants que les survivants.

Nos résultats, basés sur un questionnaire d'opinions, précisent les situations pathologiques susceptibles d'engendrer une décision de limitation ou d'arrêt de soins. Les réponses à cette question sont multiples, ce qui interdit toute comparaison avec les deux études précédentes. On ne peut dès lors n'établir qu'une orientation générale : les pathologies, dont l'évolution terminale prochaine apparaît en filigrane, entraînent les décisions de limitation ou d'arrêt thérapeutique, ce qui s'accorde avec la dernière étude présentée.

Tardy (135) constate que, parmi 159 patients décédés aux urgences, 103 étaient des sujets «en bonne santé » jusque là, et 56 (35%) des patients souffrant déjà d'une pathologie chronique. La nature de ces pathologies chroniques est variable : pathologie néoplasique pour 22 patients, pathologie neurologique chez 22 autres et pathologie d'origine cardiopulmonaire chez les 12 derniers. Une estimation de la probabilité de mortalité à l'admission pour ces 56 patients était de 70%. Cette étude met en évidence que 37% des patients atteints de pathologies néoplasiques reçoivent des soins de réanimation complets, 58% en cas de maladie cardio-pulmonaire, contre seulement 9% de ceux dont l'affection est neurologique. Ce travail souligne également l'importance de la défaillance neurologique, identifiée comme facteur de gravité dans le milieu médical. En revanche, la limitation ou l'arrêt thérapeutique sont peu mis en pratique en cas de pathologie néoplasique ou de défaillance cardiopulmonaire chronique.

Dans son étude sur les ordres de ne pas réanimer au service des urgences, Wrenn (152) identifie les situations pathologiques en cause, notant que de nombreux patients présentent plusieurs pathologies à la fois. Ainsi, parmi les phénomènes aigus, on retrouve un coma dans 49%, une hypotension dans 49%, un sepsis dans 59%, une défaillance respiratoire dans 16%, une déshydratation dans 11%, une hypothermie dans 8% des situations. Les pathologies chroniques présentes sont une démence dans 46% des cas, un état grabataire dans 41%, une pathologie néoplasique dans 24%, un accident vasculaire cérébral dans 19%.

Nos résultats, correspondant à des réponses à une question à choix multiples et émanant d'un questionnaire d'opinions, ne peuvent être comparés strictement à ces quelques études dont la méthodologie est différente. En effet, l'étude de Wrenn, qui explore une partie seulement de la limitation des soins, est un travail prospectif à partir de patients pour qui un ordre de ne pas réanimer en cas d'arrêt cardio-respiratoire a été effectivement donné. Cependant, notre étude accorde une place prépondérante à la pathologie néoplasique en phase terminale avec 93% de réponses positives. L'état grabataire, cité dans 66% des cas aux urgences et 76% au SMUR, est également une étiologie souvent évoquée. Cependant, les démences dégénératives, avec 45% de réponses positives aux urgences et 44% au SMUR, ne constituent pas une des situations pathologiques principales.

En réanimation, Robert (63), dans une étude multicentrique, identifie les principaux diagnostics à l'admission des patients pour qui une limitation ou un arrêt thérapeutique a été décidé. Dans l'ordre décroissant, ils sont représentés par l'arrêt cardio-respiratoire, la détresse respiratoire, l'insuffisance respiratoire décompensée, l'œdème aigu pulmonaire, le choc septique, un autre type de choc, un accident vasculaire cérébral, un autre type de pathologie neurologique, une affection digestive chirurgicale, une intoxication médicamenteuse. Les principaux antécédents retrouvés chez ces patients sont un néoplasme et une insuffisance respiratoire chronique.

Les principaux facteurs associés à la décision de refus d'admission en réanimation de patients jugés « trop malades » sont dans l'étude de Joynt (61), une défaillance du système respiratoire, une défaillance du système cardiovasculaire, un sepsis, une intervention neurochirurgicale, un trouble neurologique, un néoplasme.

Ces résultats mettent en avant la défaillance aiguë lors de la prise de décision, et ne tiennent compte des antécédents et du terrain que comme corollaires. Notre étude, au contraire, met en lumière l'importance de la pathologie sous-jacente et des tares préexistantes, puisque les principales situations de limitation ou d'arrêt de soins retrouvées sont les néoplasmes en phase terminale, la « fin de vie », l'état grabataire. L'arrêt cardio-respiratoire et l'hémorragie cérébro-méningée aux urgences sont tout de même des situations mises en avant dans notre travail.



Les motifs de la décision de limitation ou d'arrêt thérapeutique invoqués par les médecins répondant au questionnaire d'intention de Roupie (115) sont la pathologie sous-jacente (9,25/10), le risque de créer un état végétatif chronique (8/10), puis l'âge (7,5/10). La prise de décision, dans cette étude, est effectuée en tenant compte, dans 100% des cas, d'au moins deux critères.

Notre étude basée également sur un questionnaire d'opinions accorde une place moindre à la qualité de vie future, qui pourrait correspondre à l'item « risque de créer un état végétatif », avec 49% de réponses positives aux urgences et 22% au SMUR. De même, l'âge n'est un élément déterminant de la décision que dans 23 et 27% respectivement des cas dans notre étude. Pour ce qui est de la place accordée à la pathologie sous-jacente, les deux travaux concordent.

Le Conte (154) identifie les critères utilisés pour décider d'une limitation ou d'un arrêt de soins. Les médecins en désignent six, en moyenne, pour justifier leur décision. Il s'agit, par ordre décroissant, de la survenue d'une dysfonction médicale très sévère (83%), du caractère irréversible au cours des 24 premières heures d'une dysfonction médicale sévère (60%), d'un niveau de soins considéré maximal (59%), de la sévérité de la maladie évaluée selon des scores de gravité (40%), d'un état végétatif (40%), d'une récupération mais avec une qualité de vie estimée inacceptable (39%), de l'existence d'une pathologie sous-jacente avec un pronostic fatal dans les 6 mois (37%), de l'âge (24%), de l'absence d'amélioration après une période de traitement intensif (24%), de l'existence d'une pathologie chronique débilitante (22%) et du choix du patient (8%).

Ces résultats présentent quelques similitudes avec les nôtres. Le pronostic à court terme très réduit (motif invoqué dans 64% aux urgences et 63% au SMUR) correspond au caractère irréversible au cours des 24 premières heures d'une dysfonction médicale sévère. La qualité de vie future (49% aux urgences et 22% au SMUR) correspond à la qualité de vie inacceptable. De même, l'âge est évoqué dans notre étude dans 23% aux urgences et 27% au SMUR. En revanche, l'existence d'une pathologie chronique sous-jacente n'est retrouvée que dans 10% des cas aux urgences et 6% au SMUR. Les autres motifs sont peu comparables.

Dans son étude sur la mort aux urgences, Rothmann (156) remarque que plus les patients sont âgés et moins les manœuvres de réanimation sont entreprises aux urgences. Ainsi, l'âge, sans être le seul facteur limitant de la réanimation aux urgences, est un élément déterminant de la limitation des soins.

Ce constat va quelque peu à l'encontre de nos résultats, qui, rappelons-le, sont issus d'un questionnaire d'opinions et non de pratiques avérées. En effet, seul un quart de l'ensemble des médecins interrogés admettent tenir compte de l'âge des patients dans leur prise de décision de limitation ou d'arrêt thérapeutique.

Dans une étude italienne en réanimation basée sur un questionnaire d'opinions, Giannini (148) note que le paternalisme médical perdure dans certaines unités de réanimation. En effet, 58% des médecins interrogés expliquent qu'ils ne respectent pas la volonté des patients de limiter ou d'arrêter les traitements. Ce résultat, reflet de situations pourtant moins aiguës, est un peu plus élevé que les nôtres, avec 46% de médecins qui prennent en compte la demande du patient aux urgences et 45% au SMUR.

Dans son étude en médecine pré-hospitalière, Lapandry (157) identifie différents facteurs de poursuite de la réanimation. Ainsi, celle-ci est prolongée chez 80% de la population jeune (adulte jeune, enfant), 38% des nouveau-nés, 98% des patients en état d'hypothermie, 74% des noyés, 14% des intoxiqués, dans un but pédagogique dans 14% des cas et en vue de prélèvements d'organes dans 8% des cas.

Ces résultats, à l'opposé des facteurs étudiés dans notre étude, établissent les situations pour lesquelles une décision de limitation ou d'arrêt thérapeutique est prise avec précaution et après échec d'une réanimation prolongée.

Le coût des soins, impliqué dans 5% des décisions aux urgences et 3% au SMUR, participe à la décision dans des proportions semblables en réanimation selon Ferrand (45). En effet, 4% des décisions de limitations thérapeutiques, 3% des décisions d'arrêt et 8% des décisions de limitations puis d'arrêt des soins sont en relation avec ce facteur.

## **C. Modalités d'application des décisions de limitation ou d'arrêt thérapeutiques**

Une information claire et adaptée du patient et de ses proches doit être délivrée par le médecin.

Roupie (115) évalue les préférences des patients à propos de l'information médicale et du choix d'un représentant dans une enquête prospective réalisée dans un service d'urgences. Il constate que 5,5% des patients interrogés ne veulent recevoir aucune information, que 25,3% veulent participer activement à la prise de décision, et que 87,3% exigent d'être entièrement informés si leur vie est menacée. De même, moins d'un tiers des patients (29,6%) ne souhaitent pas la présence d'un représentant en cas de coma, 40,6% seulement des patients vivant en couple identifient leur partenaire comme représentant. Cette étude met en évidence une relation significative entre la volonté complète d'information et le choix d'un représentant.

Nos résultats, qui abordent le côté médical de la relation médecin/malade au niveau de l'information, montrent que la réponse apportée au patient en état de détresse ne correspond pas exactement à sa volonté. En effet, seuls 55% des médecins des urgences et 36% de ceux des SMUR informent le patient de la décision de limitation ou d'arrêt de soins. Par contre, la famille, dans notre étude, est largement informée par les médecins (97% aux urgences et à 100% au SMUR). Ces derniers résultats ne vont pas à l'encontre de ceux de Roupie (115), puisque la famille est considérée au sens large, comprenant à la fois l'épouse ou le partenaire, mais également les parents, les frères et sœurs par exemple. Le médecin s'adresse à un membre de la famille en priorité, sans que celui-ci ne soit le représentant exclusif du patient.

Le Conte (154), dans son étude sur la décision de limitation ou d'arrêt thérapeutique, constate que la famille n'est pas joignable dans 9% des cas, qu'elle n'est pas incluse dans le processus décisionnel dans 19% des cas et qu'elle participe à la décision dans 72% des cas. La concertation entre l'équipe médicale et la famille se fait toujours par contact direct et jamais au téléphone. La famille adhère à la décision médicale dans 68% des cas, et envisage une euthanasie active dans 4% des cas.

Ces résultats, moins spectaculaires que ceux de notre questionnaire d'intentions, confortent la famille dans son rôle de protecteur naturel des intérêts du patient.

Une enquête d'opinions, réalisée auprès de médecins réanimateurs à partir d'un cas clinique (124), met également en lumière l'importance accordée à la famille lors des décisions de limitation ou d'arrêt thérapeutique. 90,4% des répondants considèrent que sa consultation et son implication sont importantes ou très importantes.

A propos des ordres de ne pas réanimer, Wrenn (152) remarque que la décision, une fois expliquée, est facilement acceptée par la famille, qui participe activement à son élaboration. En effet, dans son travail, aucune famille ne refuse un ordre de ne pas réanimer, et les 8% initialement réfractaires modifient leur opinion après concertation avec les autres membres de la famille.

La famille n'est donc pas un obstacle à la prise de décisions en faveur du patient et permet la mise en place optimale de mesures de confort, dès lors qu'une décision claire ainsi qu'une alternative acceptable leur sont proposées.

Dans une étude sur la réalité des pratiques de limitations et d'arrêts des thérapeutiques en réanimation, Ferrand (45) constate que la décision est notée dans le dossier médical dans 41% des cas (39% en cas de limitation, 47% en cas d'arrêt et 45% en cas de limitation puis d'arrêt des soins).

De même, Giannini (148) évalue à 52% cette mention dans le dossier médical des décisions de limitations thérapeutiques.

En réanimation toujours, Yazigi (68), dans une étude prospective sur 12 mois, retrouve une trace écrite des décisions dans 77% des dossiers médicaux concernés. Cette notification provient toujours du médecin responsable du patient.

Ces résultats issus d'études réalisées en réanimation sont inférieurs à ceux de notre enquête, puisque 87% des médecins des urgences et 86%% de ceux des SMUR affirment noter la décision de limitation ou d'arrêt thérapeutique dans le dossier médical. Ils restent cependant inférieurs à ceux observés par Le Conte (154), avec 98% des dossiers médicaux et 100% des dossiers infirmiers complétés. Ce taux remarquable, en accord avec les recommandations médicales et légales actuelles, tient sans doute à une sensibilisation particulière de ce service, l'étude étant unicentrique.

Les principaux traitements concernés par une limitation ou un arrêt en médecine d'urgence, répertoriés par Roupie (115), sont le massage cardiaque externe, la ventilation mécanique, le support inotrope, l'oxygénation au masque et le remplissage vasculaire. Certains sont débutés, puis arrêtés selon les cas, tandis que d'autres sont limités dès la prise en charge initiale.

Le Conte (154) a étudié les traitements de suppléance vitale déjà instaurés lors de la décision de limitation ou d'arrêt thérapeutique. Ainsi, 30% des patients sont intubés, 23,5% respirent artificiellement, 27% reçoivent d'autres traitements de suppléance de type solutés volémiques expansifs, transfusion massive de produits sanguins labiles, amines vasopressives, et massage cardiaque externe. Seuls 19% des patients, pour lesquels la décision de limiter ou d'arrêter les soins est prise, ne bénéficient d'aucune suppléance vitale.

En réanimation, Keenan (72) retrouve de nombreux traitements susceptibles d'être arrêtés : ventilation mécanique (82% des cas), oxygène (82% des cas), amines vasopressives (59% des cas), dialyse (1% des cas), nutrition parentérale (12% des cas), nutrition entérale (15% des cas), antibiotiques (36% des cas), transfusion sanguine (7% des cas), monitoring (3% des cas) et autres médicaments (50% des cas).

Ces résultats, obtenus après analyse rétrospective de trois cohortes, ne peuvent être comparés, en terme de fréquence, à ceux de notre étude, puisque les patients réellement observés ne présentent pas toutes les défaillances nécessitant un support des fonctions vitales. Ces traitements sont rarement concomitamment appliqués chez un seul patient. Cependant, ce sont les mêmes traitements limités ou arrêtés qui prédominent dans nos deux études.

Ferrand (46) remarque que l'arrêt des amines vasopressives et d'une ventilation mécanique efficace sont les deux stratégies les plus couramment impliquées. Le massage cardiaque externe et la ventilation mécanique sont les traitements les plus limités. L'extubation trachéale est peu réalisée, de même que l'interruption de l'hydratation. Ces résultats, obtenus en réanimation sont superposables aux nôtres.

Les décisions, de la part du médecin réanimateur, de non-admission en réanimation, qui constituent une limitation thérapeutique comme nous l'avons vu (61), sont sous-évaluées (38% dans l'étude de Joynt). En effet, dans bien des cas, le médecin urgentiste ne propose pas à son collègue réanimateur le patient dont il s'occupe, estimant, seul ou en concertation avec d'autres membres de l'équipe des urgences, que les tares sous-jacentes ne permettront pas au patient un retour à une qualité de vie satisfaisante en cas d'aggravation de son état. Notre étude illustre parfaitement ce fait, puisque 77% des médecins des urgences et 69% de ceux des SMUR n'envisagent pas une admission en réanimation au cours de la prise en charge de certains patients.

Plusieurs études mettent en évidence qu'environ un tiers des patients décédés aux urgences y sont admis pour fin de vie (156, 155). Le service d'accueil des urgences n'a pas pour vocation première d'accueillir ces patients dans les meilleures conditions, mais les médecins urgentistes initient les soins palliatifs aux urgences dans 91% des cas si la pathologie est d'origine neurologique (156).

Le Conte (155), dans une analyse rétrospective des décès survenus aux urgences, constate que 13% des patients sont décédés malgré un niveau de soins maximum, que 39% ont eu des soins limités et que 48% ont eu un arrêt des soins actifs avec une poursuite des soins palliatifs.

Ces résultats, renforcés par ceux de notre étude, qui montre que 98% des médecins des urgences et des SMUR instaurent des soins palliatifs en cas de limitation ou d'arrêt thérapeutique, font ressortir une des fonctions du médecin urgentiste, à savoir l'accompagnement des patients en fin de vie. Cela peut sembler paradoxal, mais la gestion des urgences vitales ne concerne qu'une partie restreinte de l'activité du médecin des urgences. De plus, en cas d'échec des mesures de réanimation et face à un patient chez qui les soins sont limités ou arrêtés, le médecin urgentiste est dans l'obligation de poursuivre sa prise en charge, désormais tournée vers des soins palliatifs et de confort.

Dans son étude sur la gestion des fins de vie en réanimation, Sprung (62) indique que les drogues communément utilisées sont la morphine et les benzodiazépines, seules ou en association. La dose médiane de morphine est de 13,4 mg/h. La benzodiazépine la plus utilisée est le diazépam, avec une dose médiane de 13,8 mg/h. Ces dosages sont habituels dans ces situations (62). Les myorelaxants sont arrêtés systématiquement chez ces patients, s'il existe une possibilité d'extubation.

L'orientation des patients depuis les urgences, en cas de limitation ou d'arrêt thérapeutique, se fait principalement vers l'UHCD (154). Dans son étude sur la mort aux urgences, Rothmann (156) estime à 10% le nombre de sujets décédés durant le

transport vers l'hôpital, à 49% ceux décédés au service d'accueil des urgences et à 41% ceux décédés en UHCD.

Dans l'organisation des décès depuis les urgences, Roupie (115) souligne que seul 17% des centres possèdent une salle dédiée au décès et qu'une procédure écrite en cas de décès existe dans 48% des centres. 11% des services ont instauré également une procédure spécifique de gestion des familles.

Le Conte (154) observe qu'une fois la décision de limitation ou d'arrêt thérapeutique prise aux urgences, 83,9% des patients sont orientés vers l'UHCD, 6,2% vers leur service médicochirurgical de référence, 3,7% sont admis dans un service de médecine, et 6,2% sont réorientés hors de l'hôpital. Cette étude indique également que 4% des patients chez qui une limitation ou un arrêt de soins est ordonné sont toujours en vie un mois plus tard.

Nos résultats mettent également en avant la place prépondérante occupée par l'UHCD, 72% des médecins des urgences et 75% de ceux des SMUR envisageant d'y orienter un patient en fin de vie. Cependant, notre questionnaire d'opinions indique que l'UHCD n'est pas la seule alternative pour la fin de vie de ces malades. D'ailleurs, les services qui ne possèdent pas d'UHCD gèrent différemment la fin de vie de ces patients. Les secteurs de médecine sont alors les lieux d'orientation privilégiée (90% selon les médecins des urgences et 99% selon les médecins des SMUR).

Nos résultats indiquent enfin que 69% des médecins des urgences et 83% des médecins des SMUR envisagent un retour à domicile ou en institution des patients pour qui les soins sont limités ou arrêtés. Cette orientation semble le plus souvent illusoire comme le montre le travail de Le Conte (154), les structures d'accompagnement des fins de vie à domicile ou en institution étant encore malheureusement peu développées dans notre pays.

## **D. Analyses statistiques**

Seul le travail de Ferrand et du groupe LATAREA (46), qui étudie de façon prospective la limitation et l'arrêt des soins dans 220 services de réanimation en France, met en évidence de façon significative un lien entre le nombre de patients admis en réanimation et le nombre de décisions de limitation des traitements de suppléance vitale. Il n'existe pas de relation, dans cette étude, entre l'activité de limitation ou d'arrêt thérapeutique et les caractéristiques structurelles des services de réanimation (taille, type ou nombre de médecins par service). Un autre lien significatif existe entre les services de réanimation qui ont les patients les plus graves (évalués par le score SAPSII) et le nombre de décisions de limitation ou d'arrêt thérapeutique.

Nos résultats concordent avec le premier lien mentionné, puisqu'il existe une relation directe entre le nombre d'admissions annuelles et l'importance de l'activité de limitation ou d'arrêt thérapeutique dans les services d'urgences. Nous avons expliqué précédemment que ce lien semblait naturel.

Notre étude n'utilise aucun score de gravité pour caractériser les patients les plus graves. En effet, peu de scores de gravité sont adaptés à la médecine d'urgence, et les principaux scores de réanimation nécessitent plusieurs heures d'évaluation pour être pertinents.

De manière analogue, nous n'avons pas mis en évidence de lien entre les caractéristiques du service d'urgences et l'activité de limitation ou d'arrêt des soins.

### **III.4. Propositions pratiques**

- **Affirmer la limitation ou l'arrêt thérapeutique au sein des SAU et en SMUR.**

La limitation et l'arrêt des soins en médecine d'urgence présentent certaines spécificités, inconnues en réanimation ou en gériatrie par exemple. La mise en place d'évaluations précises des avantages et des contraintes d'une limitation ou d'un arrêt des soins précoces permettrait d'accroître son efficacité.

Son application dès la prise en charge pré-hospitalière des patients mériterait d'autres études.

Un encadrement rigoureux des pratiques et une instauration en accord avec les recommandations établies garantissent le respect des principes éthiques et déontologiques de la médecine.

L'instauration, au sein des services d'accueil des urgences et des SMUR, de démarches de limitation ou d'arrêt thérapeutique clairement affirmées permet une meilleure prise en charge des patients. Le renouvellement des équipes médicales et paramédicales au cours d'une journée, indépendamment de l'évolution des patients, requiert une harmonisation des conduites à tenir. La mention dans le dossier médical des décisions et des relations entamées avec la famille est indispensable.

La diffusion des recommandations et des différents travaux réalisés permettrait de stimuler l'intérêt des médecins urgentistes sur ce sujet.

- **Etablir une procédure écrite dans chaque SAU.**

Les recommandations actuelles en médecine d'urgence à propos de la limitation ou de l'arrêt des soins devraient permettre la création d'une procédure standardisée nationale, à laquelle chaque centre d'urgences pourrait se référer.

Des explications précises de sa mise en application accompagneraient cette procédure standardisée. Son but et ses intérêts seraient mis en avant.

- **Reconnaître la relation particulière qui existe entre la limitation ou l'arrêt des soins et l'UHCD.**

La gestion des fins de vie depuis les urgences doit être abordée comme une continuité des soins d'urgence, une fois le pronostic néfaste à très court terme établi. Le développement au sein même des SAU de structures capables de s'occuper au mieux de ce type de patients est un objectif.

La compétence de certains médecins urgentistes dans le domaine des soins palliatifs et de confort est également un atout à rechercher.

- **Promouvoir l'instauration de soins palliatifs et de confort le plus tôt possible dans la prise en charge des patients en fin de vie.**

Une fois l'échec des thérapeutiques curatives avéré, la limitation ou l'arrêt des soins est inéluctable. Cette transition, plus ou moins longue suivant la situation pathologique, peut nécessiter une démarche de type désescalade thérapeutique. Les traitements de suppléance vitale sont progressivement stoppés et les soins de confort débutés puis intensifiés.

L'objectif est toujours le bien être du patient, en tout cas le moins de souffrance possible est recherché.

- **Optimiser la prise en charge des familles.**

Les familles ont généralement besoin de connaître la réalité de l'état clinique de leur proche. Une identification claire, communiquée au plus tôt mais sans précipitation, des décisions de limitation ou d'arrêt thérapeutiques actives, permet à la famille de se préparer au deuil.



Le patient également, si son état lui permet, peut terminer ses dernières tâches en cours et finir sa vie en harmonie, selon ses convictions.

- **Améliorer la gestion des ressources médicales.**

La limitation ou l'arrêt thérapeutique doit permettre au personnel médical et para-médical de ne pas gaspiller son énergie en soins curatifs inutiles. Les soignants, sans abandonner le patient comme nous l'avons souligné, peuvent dès lors débiter une nouvelle activité, en relation avec une allocation au plus juste des ressources médicales.

- **Résoudre les conflits par une consultation d'éthique.**

Quelques études ont démontré les bienfaits d'une consultation d'éthique en cas d'incompréhension entre les familles et les soignants (47, 122, 138).

Un dialogue doit être engagé au plus tôt avec les familles, avant la dégradation éventuelle des patients. En effet, un échange avec les médecins et l'équipe para-médicale permet à la famille d'être impliquée dans la prise en charge de son proche, les conflits résultant souvent d'un défaut de communication.

En cas de désaccord manifeste avec la prise en charge proposée, une consultation d'éthique, ainsi que le recours à un médiateur, permettent d'apaiser les tensions et d'envisager une résolution du conflit.

- **Soulager le désarroi psychologique des soignants.**

Les médecins, comme notre étude le souligne, et l'équipe para-médicale, assimilent la limitation et l'arrêt des soins, tout du moins l'approche de la mort, à un stress important.

Des réunions, basées sur le volontariat et orchestrées par des équipes pluridisciplinaires rompues aux soins palliatifs, doivent contribuer à diminuer la charge émotionnelle des soignants. Ces réunions seraient éventuellement inter-hospitalières dans les petites structures.

Un soutien psychologique des soignants doit être systématiquement proposé.

- **Promouvoir la rédaction de consentement ou d'absence de consentement écrit à propos de la réalisation des mesures de réanimation.**

A l'image du don d'organe, un registre national pourrait être instauré, dans lequel chacun indiquerait son choix face à des mesures de réanimation invasive. Ce registre concernerait les patients souffrant de pathologies chroniques et envisagerait les manœuvres de réanimation cardio-respiratoire en cas d'arrêt cardiaque, mais son extension à l'ensemble des manœuvres de réanimation est souhaitable.

La possibilité de modifier son choix au cours du temps est indispensable.

- **Promouvoir la fin de vie à domicile.**

Comme l'indique notre étude, de nombreux médecins des urgences envisagent la possibilité d'un retour à domicile ou en institution des patients en fin de vie, chez qui une limitation ou un arrêt des thérapeutiques actives est établi. Ceci n'est guère possible actuellement.

Le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD), l'implication des infirmières libérales, ainsi que des aides ménagères et des familles, dans la prise en charge des personnes âgées à domicile, va sans aucun doute modifier cette situation. Le vieillissement de la population l'exige.

Le rôle du médecin traitant doit également être réaffirmé. Sa place dans l'organisation de cette prise en charge des patients en fin de vie est centrale.

L'établissement de réseaux directs entre la médecine de ville et l'hôpital, en l'occurrence les services d'urgences, va dans le sens d'une meilleure prise en charge de ces patients.

- **S'intéresser au devenir des patients après leur passage aux urgences.**

La connaissance de l'évolution des patients à leur sortie ou au cours de leur hospitalisation, permet aux médecins urgentistes d'optimiser leurs démarches thérapeutiques. Les traitements abusifs ne sont pas toujours identifiés aux urgences, et un retour sur expérience peut permettre aux médecins urgentistes de progresser.

L'accès aux courriers de sortie de manière constante et de bonnes relations avec les autres services hospitaliers contribuent à cette démarche de qualité.

- **Etablir des scores de gravité en médecine d'urgence ?**

Cette proposition peut sembler vaine, tant les scores de gravité utilisés en réanimation, déterminés en se laissant du temps, sont sujet à caution. Il n'empêche que des recherches dans ce sens permettraient d'améliorer l'évaluation des patients et, de fait, leur prise en charge.

- **Développer les soins en vue de prélèvements multi-organes.**

La réalisation de cette étude a permis de mettre en lumière cette préoccupation de certains médecins des services d'urgences ou des SMUR lorsqu'ils prennent en charge des patients victimes d'arrêt cardio-respiratoire ou dans un coma avancé. L'éventualité d'un prélèvement multi-organes les amène parfois à poursuivre des soins conservateurs, l'état de mort cérébrale étant fortement supposé.

Ces patients font donc l'objet d'une limitation des soins particulière, sans arrêt thérapeutique complet.

Cette démarche raisonnée de la limitation des soins est à encourager.

- **Promouvoir la diffusion des recommandations de la SFUM et la constitution d'équipes expérimentées pour les prises en charge pré hospitalières.**

Un point important de notre étude est la corrélation entre la connaissance de certaines recommandations de la SFUM et l'application de la limitation ou de l'arrêt des soins. Ce constat, rassurant en quelque sorte, est en faveur d'une meilleure diffusion de ces recommandations et de leur réactualisation régulière.

De même, la présence de médecins expérimentés dans les SMUR contribue à la bonne application de la limitation ou de l'arrêt thérapeutique en médecine d'urgence.

# CONCLUSION



En médecine d'urgence, un des problèmes majeurs est la gestion du temps. Dans ce contexte, le moindre doute doit bénéficier au patient, avec une politique initiale d'action de soins large, et secondairement, d'abandon thérapeutique raisonnable et raisonné, une période de recul étant nécessaire pour valider l'intérêt d'un traitement et pour adapter les modalités de son arrêt.

La responsabilité de la décision repose en totalité sur le médecin, que cette décision soit collégiale au service des urgences, ou individuelle durant la phase pré-hospitalière. Ce jugement médical doit tenir compte des données cliniques et paracliniques, des souhaits du malade et de l'avis de la famille.

Les circonstances de limitation ou d'arrêt thérapeutique les plus fréquemment évoquées par les médecins de l'urgence sont la pathologie cancéreuse en phase terminale, l'arrêt cardio-respiratoire, la fin de vie, l'état grabataire, et de façon spécifique au service d'accueil des urgences, l'hémorragie cérébro-méningée massive.

Les deux principaux motifs invoqués pour limiter ou arrêter les soins, à la fois au service des urgences et au SMUR, sont le non acharnement thérapeutique ou l'absence de bénéfice pour le patient, et le pronostic à court terme très réduit.

Un lien statistiquement significatif existe entre le nombre d'admissions annuelles aux urgences et la fréquence de l'activité de limitation ou d'arrêt thérapeutique.

Deux autres liens significatifs sont établis aux urgences entre la connaissance des recommandations de la SFMU et la limitation ou l'arrêt thérapeutique chez les personnes grabataires et chez celles présentant des troubles majeurs des fonctions supérieures.

Malgré le peu de travaux et de références françaises sur le sujet, la limitation et l'arrêt thérapeutique sont possibles et appliqués dans le contexte de l'urgence hospitalière et pré-hospitalière en France. Cette décision doit représenter l'aboutissement d'une réflexion argumentée et partagée entre l'ensemble des acteurs de soins concernés par la prise en charge du patient.



# BIBLIOGRAPHIE

1. ACCP / SCCM consensus panel.  
Ethical and moral guidelines for the initiation, continuation, and withdrawal of intensive care.  
CHEST 1990; 97: 949-58.
2. American Thoracic Society.  
Withholding and withdrawing life-sustaining therapy.  
Ann Intern Med 1991; 115: 478-85.
3. Asch D, Hansen-Flaschen J, Lanken P.  
Decisions to limit or continue life-sustaining treatment by critical care physicians in the United States: conflicts between physicians' and patients' wishes.  
Am J Respir Crit Care Med 1995; 151: 188-92.
4. Azoulay E, Pochard f, Chevret S and al.  
Impact of a family information leaflet on effectiveness of information provided to family members of intensive care unit patients: a multicenter, prospective, randomized, controlled trial.  
Am J Respir Crit Care Med 2002; 165: 438-42.
5. Béloucif S, Boulard G.  
Les traitements "devenus vains" en réanimation: éléments de réflexion.  
Conférences d'actualisation 2000 ; 42<sup>ème</sup> Congrès national d'anesthésie et de réanimation ; Editions scientifiques et médicales Elsevier SAS, et SFAR 2000.
6. Bone R, Mc Elwee N, Eubanks D and al.  
Analysis of Indications for Intensive Care Unit Admission.  
CHEST 1993; 104: 1806-11.
7. Brett A, Mc Cullough L.  
When Patients Request Specific Interventions. Defining the Limits of the Physician's Obligation.  
N Engl J Med 1986; 315: 1347-51.
8. Brody H, Campbell M, Faber-Langendoen K and al.  
Withdrawing Intensive Life-Sustaining Treatment – Recommendations for Compassionate Clinical Management.  
N Engl J Med 1997; 336: 652-7.
9. Buckley T, Joynt G, Cheng C and al.  
Limitation of life support: Frequency and practice in a Hong Kong intensive care unit.  
Crit Care Med 2004; 32: 415-20.

10. Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence.  
Ethiques et urgences.  
<http://www.sfmou.org>.
11. Dore J.  
Peut-on bien mourir.  
Bull Acad Natle Méd 1999; 183: 919-27.
12. Boubakeur D.  
Les besoins spirituels en fin de vie.  
Bull Acad Natle Méd 1999; 183: 929-33.
13. Favre R.  
L'homme et les catastrophes.  
Paris 1 : édition S.P.E.I. 1966.
14. Sitruk J.  
La vie d'un bout à l'autre.  
Bull Acad Natle Méd 1999; 183: 945-9.
15. Article L1110-5 de la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 art. 1, art. 2.  
Journal Officiel de la République Française, 23 avril 2005.  
<http://www.legifrance.gouv.fr/>.
16. Article L1110-5 de la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 art. 6, art. 10.  
Journal Officiel de la République Française, 23 avril 2005.  
<http://www.legifrance.gouv.fr/>.
17. Burns J, Edwards J, Johnson J and al.  
Do-not-resuscitate order after 25 years.  
Crit Care Med 2003; 31: 1543-50.
18. Cas clinique de la session éthique du congrès de la SRLF 1999.  
Réanim Urgences 2000; 9: 26-41.
19. Chagnon JL, Dreyfuss D, Hubert P et coll.  
Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte.  
Réanimation 2002; 11: 242-9.
20. 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.
21. Bollaert PE.  
Faut-il encore réanimer l'arrêt circulatoire préhospitalier ?  
La revue des Samu 2004; 274-7.

22. Cheriet-Pocate M, Bouyakoub A, Fichelle A et coll.  
Mortalité dans les services d'accueil des urgences.  
Réanim Urgences 1997; 6: 747
23. Recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2004.  
L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches.  
<http://www.anaes.fr>.
24. Recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2002.  
Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs.  
<http://www.anaes.fr>.
25. Chipman C, Adelman R, Sexton G.  
Criteria for cessation of CPR in the emergency department.  
Ann Emerg Med 1981; 10: 11-7.
26. Cook D, Guyatt G, Jaeschke R and al.  
Determinants in Canadian Health Care Workers of the Decision to Withdraw Life Support  
From the Critically Ill.  
JAMA 1995; 273: 703-8.
27. Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE).  
Avis sur la fin de vie, arrêt de vie, euthanasie.  
Avis n° 63 du 27 Janvier 2000.  
<http://www.ccne-ethique.org/français/start.htm>.
28. Council on Scientific Affairs and Council on Ethical and Judicial Affairs.  
Persistent Vegetative State and the Decision to Withdraw or Withhold Life Support.  
JAMA 1990; 263: 426-30.
29. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association.  
Decision near the end of life.  
JAMA 1992; 267: 2229-33.
30. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association.  
Medical Futility in End-of-Life Care.  
JAMA 1999; 281: 937-41.
31. Curtis J, Park D, Krone M and al.  
Use of medical futility rationale in do-not-attempt-resuscitation orders.  
JAMA 1995; 273: 124-8.
32. Danis M, Patrick D, Southerland L and al.  
Patients' and families' preferences for medical intensive care.  
JAMA 1988; 260: 797-802.

33. Danis M, Gerrity M, Southerland L and al.  
A comparison of patient, family, and physician assessments of the value of medical intensive care.  
Crit care Med 1998;16: 594-600.
34. Décret n° 95-1000 du 6 Septembre 1995, portant sur le Code de Déontologie Médicale.  
Journal Officiel de la République Française, 8 Septembre 1995 : 13305-10.  
<http://www.legifrance.gouv.fr/>.
35. Dequin P, Ferrandière M, Hazouard E et coll.  
La mort au service d'accueil et d'urgences.  
Réanim Urgences 1998; 7: 144.
36. Leonard CT, Doyle RL, Raffin TA.  
Do-not-resuscitate orders in the face of patient and family opposition.  
Crit Care Med 1999; 27: 1045-7.
37. Dorr Goold S, Williams B, Arnold R.  
Conflicts Regarding Decisions to Limit Treatment. A Differential Diagnosis.  
JAMA 2000; 283: 909-14.
38. Doyal L, Wilsher D.  
Withholding and withdrawing life sustaining treatment from elderly people: toward formal guidelines.  
BMJ 1994; 308: 1689-92.
39. Dull S, Graves J, Larsen M and al.  
Expected Death and Unwanted Resuscitation in the Prehospital Setting.  
Ann Emerg Med 1994; 23: 997-1002.
40. Ebel M, Doukas D, Smith M.  
The do-not-resuscitate order: a comparison of physician and patient preferences and decision-making.  
Am J Med 1991; 91: 255-60.
41. Emanuel E.  
A Review of the Ethical and Legal Aspects of Terminating Medical Care.  
Am J Med 1988; 84: 291-301.
42. Emanuel E, Emanuel L.  
The Economics of Dying. The Illusion of Cost Savings at the End of Life.  
N Engl J Med 1994; 330: 540-4.
43. Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine.  
Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments.  
Crit Care Med 1997; 25: 887-91.



44. Faber-Langendoen K, Bartels D.  
Process of forgoing life-sustaining treatment in a university hospital: an empirical study.  
Crit Care Med 1992; 20: 570-7.
45. Ferrand E, Robert R, Ingrand P et coll.  
Réalité des pratiques de limitations et d'arrêts des thérapeutiques en réanimation en France.  
Etude nationale prospective.  
Réan Urg 1997; 6: 729.
46. Ferrand E, Robert R, Ingrand P and al.  
Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey.  
Lancet 2001; 357: 9-14.
47. Fetters M, Churchill L, Danis M.  
Conflict resolution at the end of life.  
Crit Care Med 2001; 29: 921-5.
48. Fox E., Siegler M.  
Redefining the Emergency Physician's Role in Do-Not-Resuscitate Decision-Making.  
Am J Med 1992; 92: 125-8.
49. Friedenber R.  
The end of life.  
Radiology 2003; 228: 309-12.
50. Glance L, Osler T, Shinozaki T.  
Intensive care unit prognostic scoring systems to predict death : A cost-effectiveness analysis.  
Crit Care Med 1998; 26: 1842-9.
51. Recommandations de la Société de Réanimation en Langue Française.  
Les limitations et arrêts de thérapeutique (s) active (s) en réanimation adulte.  
<http://www.SLRF.org>.
52. Gray W, Capone R, Most A.  
Unsuccessful emergency medical resuscitation – are continued efforts in the emergency department justified?  
N Engl J Med 1991; 325: 1393-8.
53. Grobuis S, Nicolas F, Rameix S et coll.  
Bases de réflexion pour la limitation et l'arrêt des traitements en réanimation chez l'adulte.  
Réanim Urgences 2000; 9: 11-25.
54. Guidelines for CPR.  
Ethical Considerations in Resuscitation.  
JAMA 1992; 268: 2282-8.

55. Halevy A, Neal R, Brody B.  
The low frequency of futility in an adult intensive care unit setting.  
Arch Intern Med 1996; 156: 100-4.
56. Halevy A, Brody B.  
Medical Futility in End-of-Life Care.  
JAMA 1999; 282: 1331-2.
57. Haynes B, Niemann J.  
DNR Orders in Prehospital Care.  
JAMA 1985; 254: 532-3.
58. Herridge M.  
Prognostication and intensive care unit outcome: the evolving role of scoring systems.  
Clin Chest Med 2003; 24: 751-62.
59. Holzapfel L, Demingon G, Piralla B and al.  
A four-step protocol for limitation of treatment in terminal care. An observational study in 475 intensive care unit patients.  
Intensive Care Med 2002; 28: 1309-15.
60. Hopson L, Hirsh E, Delgado J and al.  
Guidelines for withholding or termination of resuscitation in prehospital traumatic cardiopulmonary arrest.  
J Am Coll Surg 2003; 196: 475-81.
61. Joynt GM, Gomersall CD, Tan P, Lee A and al.  
Prospective evaluation of patients refused admission to an intensive care unit: triage, futility and outcome.  
Intensive Care Med 2001; 27: 1459-65.
62. Sprung CL, Cohen SL, Sjokvist P and al.  
End-of-life practices in European intensive care unit.  
JAMA 2003; 290: 790-7.
63. Robert R, Ferrand E.  
Limitation et arrêt des thérapeutiques actives en réanimation: expérience de dix centres.  
Réan Urg 1996; 5 : 611-16.
64. Arrêt Mercier, relatif aux soins donnés aux malades par les médecins.  
Chambre civile de la Cour de Cassation, 20 mai 1936.  
<http://www.legifrance.gouv.fr>.
65. Iserson K.  
Withholding and withdrawing medical treatment: an emergency medicine perspective.  
Ann Emerg Med 1996; 28: 51-4.

66. Jecker N, Schneiderman L.  
Futility and rationing.  
Am J Med 1992; 92: 189-96.
67. Jecker N, Schneiderman L.  
An ethical analysis of the use of “futility” in the 1992 American Heart Guidelines for  
Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiac Care.  
Arch Intern Med 1993; 153: 2195-8.
68. Yazigi A, Riachi M, Dabbar G.  
Withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in a Lebanese intensive care unit : a  
prospective observational study.  
Intensive Care Med 2005; 31: 562-7.
69. Table ronde consacrée aux problèmes moraux, religieux, juridiques posés par la décision  
d’abstention ou d’arrêt thérapeutique en réanimation.  
Annales Médicales de Nancy et de l’Est 1992; 31: 359-68.
70. Tempe JD.  
Rôle de la famille dans la décision d’arrêt thérapeutique en réanimation.  
Annales Médicales de Nancy et de l’Est 1992; 31: 337-41.
71. Jonsson P, Mc name M, Campion E.  
The ‘Do not resuscitate’ order. A profile of its changing use.  
Arch Intern Med 1988; 148: 2373-5.
72. Keenan S, Busche K, Chen L and al.  
A retrospective review of a large cohort of patients undergoing the process of withholding or  
withdrawal of life support.  
Crit Care Med 1997; 25: 1324-31.
73. Kellermann A.  
Criteria for dead-on-Arrivals, prehospital Termination of CPR, and Do-Not-Resuscitate  
Orders.  
Ann Emerg Med 1993; 22: 47-51.
74. Keyes L, English D.  
Cultivating Conscience: Learning to Make End-of-Life Decisions in the Emergency  
Department.  
Ann Emerg Med 1999; 33: 464-8.
75. Klocke R.  
Withholding and Withdrawing Life-sustaining Therapy.  
Am Rev Respir Dis 1992; 145: 251-2.
76. Landi G.  
No to DNR orders in acute stroke.  
Lancet 1996; 347: 848.

77. Laszlo A, Pautex S et le groupe de réflexion gériatologique multidisciplinaire.  
La futilité en médecine gériatrique, un véritable enjeu.  
Presse Med 2002 ; 31: 446-8.
78. Kouwenhoven WB, Jude JR, Knickerbocker GG.  
Closed-chest cardiac massage.  
JAMA 1960; 173: 94-7.
79. Lee A.  
End-of-life care: challenges and obligations in setting limits to life-sustaining therapy.  
Ann Acad Med Singapore 2003; 32: 785-9.
80. Lemaire F.  
Limitations et arrêts de traitements actifs en réanimation: un autre point de vue.  
Réanim Urgences 2000; 9: 3-7.
81. Leonard C, Doyle R, Raffin T.  
Do-not-resuscitate orders in the face of patient and family opposition.  
Crit Care Med 1999; 27: 1045-7.
82. Lo B, McLeod G, Saika G.  
Patient Attitudes to Discussing Life-Sustaining Treatment.,  
Arch Intern Med 1986; 146: 1613-5.
83. Loi n° 99-477 du 09 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.  
Journal Officiel de la République Française, 10 juin 2002: 8487-89.  
<http://www.legifrance.gouv.fr>
84. Loi n°2002-303 du 4 Mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.  
Journal Officiel de la République Française, 5 Mars 2002: 4118-59.  
<http://www.legifrance.gouv.fr>.
85. Luce J, Raffin T.  
Withholding and Withdrawal of Life Support from Critically Ill Patients.  
CHEST 1988; 94: 621-6.
86. Mc Clung J, Kamer R.  
Implications of New York's Do-Not-Resuscitate Law.  
N Engl J Med 1990; 323: 270-2.
87. Mc Cormick R.  
To Save or Let Die. The Dilemma of Modern Medicine.  
JAMA 1974; 229: 172-6.
88. Mc Gee D, Weinacker A, Raffin T.  
Withdrawing life support from the critically ill.  
CHEST 2000; 118:1238-9.

89. Mc Narry A, Goldhill D.  
Intensive care admission decisions for a patient with limited survival prospects: a questionnaire and database analysis.  
Intensive Care Med 2004; 30: 325-30.
90. Maksoud A, Jahnigen D, Skibinski C.  
Do not resuscitate orders and the cost of death.  
Arch Intern Med 1993; 153: 1249-53.
91. Marco C.  
Ethical issues of resuscitation.  
Emerg Med Clin North Am 1999; 17: 527-38.
92. Marco C, Larkin G, Moskop J and al.  
Determination of "Futility" in Emergency Medicine.  
Ann Emerg Med 2000; 35: 604-12.
93. Melltorp G, Nilstun T.  
Decisions to forgo life-sustaining treatment and the study of documentation.  
Intensive Care Med 1996; 22: 1015-9.
94. Melltorp G, Nilstun T.  
The difference between withholding and withdrawing life-sustaining treatment.  
Intensive Care Med 1997; 23: 1264-7.
95. Mélot C.  
Le non acharnement thérapeutique et l'euthanasie en réanimation à l'aube du troisième millénaire.  
Réanim Urgences 2000; 9: 9-10.
96. Miles S, Moldow G.  
The Prevalence and Design of Hospital Protocols Limiting Medical Treatment.  
Arch Intern Med 1984; 144: 1841-3.
97. Miles S, Crimmins T.  
Orders to Limit Emergency Treatment for an Ambulance Service in a Large Metropolitan Area.  
JAMA 1985; 254: 525-7.
98. Miles S.  
Informed Demand for "non-beneficial" Medical Treatment.  
N Engl J Med 1991; 325: 512-5.
99. Murphy D, Finucane T.  
New Do-Not-Resuscitate Policies. A First Step in Cost Control.  
Arch Intern Med 1993; 153: 1641-8.

100. Nasraway S, Cohen I, Dennis R and al.  
Guidelines on admission and discharge for adult intermediate care units. American College of Critical Care Medicine of the Society of Critical Care Medicine.  
Crit Care Med 1998; 26: 607-10.
101. Olsen J, Bueneffe M, Falco W.  
Death in the emergency department.  
Ann Emerg Med 1998; 31: 758-65.
102. Peillon D, Salord F, Waked L et coll.  
Abandon ou acharnement thérapeutiques en réanimation : évaluation des pratiques médicales.  
Réanim Urgences 1995; 4: 3-8.
103. Peillon D, Salord F, Riche H et coll.  
Décisions de limitation ou d'engagement thérapeutique maximal dans une unité de réanimation neurochirurgicale.  
Ann Fr Anesth Réanim 1997; 16: 25-9.
104. Pochard F, Azoulay E, Chevret S and al.  
French intensivists do not apply American recommendations regarding decisions to forgo life-sustaining therapy.  
Crit Care Med 2001; 29: 1887-92.
105. Pochard F, Azoulay E, Chevret S and al.  
Toward an ethical consultation in intensive care?  
Crit Care Med 2001; 29: 1489-90.
106. Prendergast T, Puntillo K.  
Withdrawal of life support: intensive caring at the end of life.  
JAMA 2002; 288: 2732-40.
107. Quill T, Bennett N.  
The effects of a hospital policy and state legislation on resuscitation orders for geriatric patients.  
Arch Intern Med 1992; 152: 569-72.
108. Rabkin M, Gillerman G, Rice N.  
Orders Not To Resuscitate.  
N Engl J Med 1976; 295: 364-6.
109. Rothmann Ch.  
Limitation et arrêt des soins en médecine d'urgence.  
Diplôme inter-universitaire d'éthique ; Université de Nancy I : 2004.
110. Rapin M, Le Gall J.  
La thérapeutique palliative de confort en réanimation.  
Bull Acad Nat Méd 1979; 163: 566-71.

111. Rapin M.  
Les problèmes éthiques de la réanimation prolongée.  
Nouv Presse Med 1981; 10: 3447-50.
112. Rapoport J, Teres D, Lemeshow S.  
Can futility be defined numerically?  
Crit Care Med 1998; 26: 1781-2.
113. Robert R, Ferrand E et l'Association des Réanimateurs du Centre-Ouest.  
Limitation et arrêt des thérapeutiques actives en réanimation : expérience de dix centres.  
Réanim Urgences 1996; 5: 611-6.
114. Rodriguez R, Wang E, Pearl R.  
Prediction of poor outcome of intensive care unit patients admitted from the emergency department.  
Crit Care Med 1997; 25: 1801-6.
115. Roupie E.  
La mort aux urgences: enquête prospective préliminaire.  
Actualités en réanimation et urgences. Elsevier 1999: 281-9.
116. Roupie E, Santin A, Boulme R and al.  
Patient's preferences concerning medical information and surrogacy : results of a prospective study in French emergency department  
Intensive Care Med 2000; 26: 52-6.
117. Roupie E.  
Les décisions d'admission ou de non-admission en réanimation.  
Réanimation 2001; 10: 679-84.
118. Ruark J, Raffin T and the Stanford University Medical Center Committee on Ethics.  
Initiating and withdrawing life support. Principles and Practice in Adult Medicine.  
N Engl J Med 1988; 318: 25-30.
119. Saunders Y, Ross J, Riley J.  
Planning for a good death: responding to unexpected events.  
BMJ 2003; 327: 204-7.
120. Schneiderman L, Spragg R.  
Ethical decisions in discontinuing mechanical ventilation.  
N Engl J Med 1988; 318: 984-8.
121. Schneiderman L, Jecker N.  
Futility in Practice.  
Arch Intern Med 1993; 153: 437-41.
122. Schneiderman L, Jecker N, Jonsen A.  
Medical Futility: Response to Critiques.  
Ann Intern Med 1996; 125: 669-74.

123. Schneiderman L, Gilmer T, Teetzel H and al.  
Effect of Ethics Consultations on Nonbeneficial Life-Sustaining Treatments in the Intensive Care Setting.  
JAMA 2003; 290: 1166-72.
124. Sjökvist P, Nilstun T, Svantesson M and al.  
Withdrawal of life support – who should decide?  
Intensive Care Med 1999; 25: 949-54.
125. Smedira N, Evans B, Grais L and al.  
Withholding and withdrawal of life support from the critically ill.  
N Engl J Med 1990; 322: 309-15.
126. Smith J, Bodai B.  
Guidelines for discontinuing prehospital CPR in the emergency department—a review.  
Ann Emerg Med 1985; 14: 1093-8.
127. Society of Critical Care Medicine.  
Guidelines for the definition of an intensivist and the practice of critical care medicine.  
Crit Care Med 1992; 20: 540-2.
128. Society of Critical Care Medicine Ethics Committee.  
Consensus Statement on the Triage of Critically Ill Patients.  
JAMA 1994; 271: 1200-3.
129. Sprung C, Eidelman L.  
Worldwide similarities and differences in the forgoing of life-sustaining treatments.  
Intensive Care Med 1996; 22: 1003-5.
130. Sprung C, Geber C, Eidelman L and al.  
Evaluation of triage decisions for intensive care admission.  
Crit Care Med 1999; 27: 1073-9.
131. Steinhauser K, Christakis N, Clipp E and al.  
Factors Considered Important at the End of Life by Patients, Family, Physicians, and Other Care Providers.  
JAMA 2000; 284: 2476-82.
132. Steinhauser K, Clipp E, Mc Neilly M and al.  
In Search of a Good Death: Observations of Patients, Families, and Providers.  
Ann Intern Med 2000; 132: 825-32.
133. Sulmasy D, Sugarman J.  
Are withholding and withdrawing therapy always morally equivalent?  
J Med Ethics 1994; 20: 218-22.



134. Sulmasy D.  
Do patients die because they have DNR orders, or do they have DNR orders because they are going to die?  
Med Care 1999; 37: 719-21.
135. Tardy B, Venet C, Zeni F and al.  
Death of terminally ill patients on a stretcher in the emergency department: a French speciality?  
Intensive care Med 2002; 28: 1625-8.
136. Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine.  
Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatments in the critically ill.  
Crit Care Med 1989; 18: 1435-9.
137. Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of critical Care Medicine. Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage.  
Crit Care Med 1999; 27: 633-8.
138. The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine.  
Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments.  
Crit Care Med 1997; 25: 887-91.
139. The Society of Critical Care medicine Ethics Committee.  
Attitudes of critical care medicine professionals concerning forgoing life-sustaining treatments.  
Crit Care Med 1992; 20: 320-6.
140. Tomlinson T, Brody H.  
Futility and the ethics of resuscitation.  
JAMA 1990; 264: 1276-80.
141. Truog R, Brett A, Frader J.  
The problem with futility.  
N Engl J Med 1992; 326: 1560-4.
142. Truog R, Cist A, Brackett S and al.  
Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine.  
Crit Care Med 2001; 29: 2332-48.
143. Turner J, Michell W, Morgan C and al.  
Limitation of life support: frequency and practice in a London and a Cape Town intensive care unit.  
Intensive Care Med 1996; 22: 1020-5.
144. Vincent JL.  
Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire.  
Crit Care Med 1999; 27: 1626-33.



145. Vincent JL.  
Cultural difference in end-of-life-care.  
Crit Care Med 2001; 29 (Suppl): 52-5.
146. Pochard F, Azoulay E, Chevret S and al.  
Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients :  
ethical hypothesis regarding decision-making capacity.  
Crit Care Med 2001; 29: 1893-7.
147. Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM.  
A national survey of end-of-life care for critically ill patients.  
Am J Respir Crit Care Med 1998; 158: 1163-7.
148. Giannini A, Pessina A, Tacchi EM.  
End-of-life decisions in intensive care units : attitudes of physicians in an Italian urban  
setting.  
Intensive Care Med 2003; 29: 1902-10.
149. Wenger N, Pearson M, Desmond K and al.  
Outcomes of patients with do-not-resuscitate orders. Toward understanding of what do-not-  
resuscitate orders mean and how they affect patients.  
Arch Intern Med 1995; 155: 2063-8.
150. Wenger N, Pearson M, Desmond K and al.  
Epidemiology of do-not-resuscitate orders. Disparity by age, diagnosis, gender, race, and  
functional impairment.  
Arch Intern Med 1995; 155: 2056-62.
151. Wilson W, Smedira N, Fink C and al.  
Ordering and Administration of Sedatives and Analgesics During the Withholding and  
Withdrawal of Life Support From Critically Ill Patients  
JAMA 1992; 267: 949-53.
152. Wrenn K, Brody S.  
Do-not-resuscitate orders in the emergency department.  
Am J Med 1992; 92: 129-33.
153. Youngner S.  
Who defines futility?  
JAMA 1988; 260: 2094-5.
154. Le Conte P, Baron D, Trewick D and al.  
Withholding and withdrawing life-support therapy in an emergency department: prospective  
survey.  
Intensive Care Med 2004; 30: 2216-2221.
155. Le Conte P, Amelineau M, Trewick D, Batard E.  
Décès survenus dans un service d'accueil et d'urgence.  
Presse Med 2005; 34: 566-8.

156. Rothmann C, Evrard D.  
La mort aux urgences.  
JEUR 2005; 18: 3-9.

157. Lapandry C, Leclercq G, Fleury M.  
Les décisions d'arrêt de la réanimation en médecine pré-hospitalière.  
Annales Médicales de Nancy et de l'Est 1992; 31: 319-21.

# QUESTIONNAIRE D'OPINION ET DE PRATIQUE SUR LA LIMITATION ET L'ARRET DES SOINS EN MEDECINE D'URGENCE



- 1) Profil du médecin urgentiste :
  - a. Age :
    1. Inférieur à 30 ans
    2. De 30 à 35 ans
    3. De 36 à 40 ans
    4. De 41 à 45 ans
    5. Plus de 45 ans
  - b. Sexe :
    1. M
    2. F
  - c. Statut :
    1. Faisant fonction d'interne
    2. Faisant fonction d'assistant
    3. Assistant
    4. Attaché
    5. Praticien hospitalier contractuel
    6. Praticien hospitalier
  - d. Nombre d'années d'exercice en médecine d'urgence :
    1. Inférieur à 2 ans
    2. De 2 à 5 ans
    3. De 6 à 10 ans
    4. De 11 à 15 ans
    5. Plus de 15 ans
- 2) Profil du service dans lequel vous exercez :
  - a. Type d'hôpital : CHU / CHR / CHG
  - b. Type d'exercice : SAMU - SMUR / SAU
  - c. Nombre de médecins dans service :
    1. 1 à 5
    2. 6 à 10
    3. 11 à 15
    4. 16 à 20
    5. Plus de 20
    6. Ne sait pas

- d. Nombre d'admissions annuelles :
    - 1. Moins de 10 000
    - 2. 10 000 à 20 000
    - 3. 20 000 à 30 000
    - 4. 30 000 à 40 000
    - 5. Plus de 40 000
    - 6. Ne sait pas
  - e. Ratio médecine / chirurgie :
    - 1. Supérieur à 0,5
    - 2. 0,4 à 0,5
    - 3. 0,3 à 0,4
    - 4. 0,2 à 0,3
    - 5. Inférieur à 0,2
    - 6. Ne sait pas
- 3) Connaissez-vous les recommandations de la SFUM concernant la limitation ou l'arrêt des soins ? . OUI / NON
  - 4) Connaissez-vous les recommandations de la SLRF concernant la limitation ou l'arrêt des soins ? . OUI / NON
  - 5) A votre avis ou selon votre expérience, la limitation ou l'arrêt de soins sont-ils possibles en médecine d'urgence ? . OUI / NON
  - 6) Existe-il une procédure écrite de limitations ou d'arrêts des soins dans le service dans lequel vous exercez ? . OUI / NON
    - a. Si OUI, l'appliquez-vous systématiquement ? . OUI / NON
    - b. Si OUI, cette procédure est-elle régulièrement mise à jour ? . OUI / NON
    - c. Si OUI, date de la dernière version inférieure à 1 an ? . OUI / NON
  - 7) La limitation ou l'arrêt des soins en médecine d'urgence sont-ils des pratiques courantes dans votre service ? . OUI / NON
 

Si OUI, nombre de cas par an ?

    1. Inférieur à 10
    2. 10 à 50
    3. 50 à 100
    4. Supérieur à 100
    5. Ne sait pas
  - 8) En cas de limitation ou d'arrêt des soins dans votre service, qui prend les décisions ?
    1. Le chef de service
    2. Le praticien sénior le plus expérimenté de la garde
    3. Le médecin en charge du patient
    4. Plusieurs médecins en concertation
    5. L'équipe médico-infirmière
    6. Décision prise selon l'avis d'un ou de consultants extérieurs

9) Selon vous, quelles situations peuvent entraîner une limitation ou un arrêt des soins en médecine d'urgence ?

(Plusieurs réponses possibles)

1. Maladie néoplasique en phase terminale . OUI / NON
2. Affection chronique en phase terminale . OUI / NON
3. Arrêt cardio-respiratoire . OUI / NON
4. Hémorragie cérébro-méningée massive ou coma évolué non étiqueté . OUI / NON
5. Age civil élevé . OUI / NON
6. « Fin de vie » ou âge physiologique très avancé . OUI / NON
7. Etat grabataire . OUI / NON
8. Altération complète des fonctions supérieures . OUI / NON
9. Autonomie réduite . OUI / NON
10. Mauvais état général . OUI / NON
11. Demande du patient ou de la famille . OUI / NON
12. Absence de famille . OUI / NON
13. Absence de possibilité technique de réanimation . OUI / NON

10) Pourquoi êtes-vous amené à limiter ou arrêter les soins ?

(Plusieurs réponses possibles)

1. Acharnement thérapeutique ou absence de bénéfice pour le patient. OUI / NON
2. Pronostic à court terme très mauvais. OUI / NON
3. Pousse aiguë d'une affection chronique . OUI / NON
4. Qualité de vie ultérieure du patient . OUI / NON
5. Demande du patient . OUI / NON
6. Demande de la famille . OUI / NON
7. Age jugé trop élevé (civil ou physiologique) . OUI / NON
8. Perte d'autonomie . OUI / NON
9. Coût des soins . OUI / NON

11) En cas de limitation ou d'arrêt thérapeutique, informez-vous :

- Le patient : . OUI / NON
  - a. Si OUI, celui-ci participe-t-il à la décision ? . OUI / NON
  - b. Si OUI, celui-ci est-il simplement informé de la décision médicale ? . OUI / NON
- La famille : . OUI / NON
  - a. Si OUI, celle-ci participe-t-elle à la décision ? . OUI / NON
  - b. Si OUI, celle-ci est-elle simplement informée de la décision médicale ? . OUI / NON
- La décision est-elle mentionnée par écrit dans le dossier médical ? . OUI / NON

12) Quels types de traitements peuvent être limités ou arrêtés en urgence dans votre service :

(Plusieurs réponses possibles)

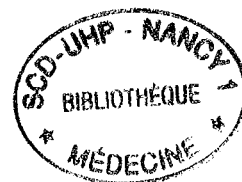
1. Amines vaso-actives . OUI / NON
2. Intubation trachéale . OUI / NON
3. Ventilation artificielle . OUI / NON
4. Oxygénothérapie inhalée . OUI / NON
5. Hydratation . OUI / NON
6. Nutrition . OUI / NON
7. Antibiothérapie . OUI / NON
8. Prophylaxie anti-thrombotique . OUI / NON
9. Transfusions de produits sanguins labiles . OUI / NON
10. Geste chirurgical . OUI / NON
11. Examen diagnostique invasif, type endoscopie . OUI / NON
12. Admission en réanimation . OUI / NON

13) En cas de décision d'arrêt thérapeutique, mettez-vous en œuvre des mesures de confort et de soins palliatifs (nursing, antalgiques, sédatifs, antipyrétiques, anticonvulsivants ...) ? .OUI / NON

14) En cas de décision de limitation ou d'arrêt thérapeutique en urgence, où sont orientés les patients ?

(Plusieurs réponses possibles)

1. Réanimation . OUI / NON
2. UHCD . OUI / NON
3. Secteur médico-chirurgical . OUI / NON
4. Retour à domicile ou en institution . OUI / NON



15) En cas de décision de limitation ou d'arrêt de soins, quel est votre ressenti :

• En fonction des situations rencontrées, je suis :

1. Parfois « mal à l'aise »
2. Souvent « mal à l'aise »
3. Fréquemment « mal à l'aise »
4. Toujours « mal à l'aise »
5. Pas de problème, cela fait partie de mes missions

- Refuse de répondre sur ce sujet : . OUI / NON

Si OUI, préciser motif :

1. Jamais confronté(e) à la situation
2. Incompétent(e) sur le sujet
3. Raison personnelle vis-à-vis de ce sujet
4. Autre

VU

NANCY, le 17 octobre 2005

Le Président de Thèse

**Professeur P. E. BOLLAERT**

NANCY, le 18 octobre 2005

Le Doyen de la Faculté de Médecine

**Professeur P. NETTER**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 24 octobre 2005

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

**Professeur J.P. FINANCE**





---

## RESUME DE LA THESE

La médecine d'urgence, en dépit de similitudes avec la réanimation, la gériatrie et la médecine générale, demeure une discipline spécifique.

Limitation et arrêt thérapeutiques émergent depuis quelques années et leur application chez des patients au pronostic désespéré est devenue une pratique courante.

Cette étude, basée sur un questionnaire d'opinions chez les médecins urgentistes, compare la prise en charge dans 100 services d'urgences et 100 SMUR français, sélectionnés de façon aléatoire.

La prise de décision se fait en concertation entre médecins aux urgences dans 70% des cas, tandis qu'en SMUR, 74% des médecins prennent seuls la décision.

Les principales pathologies concernées sont le néoplasme en phase terminale, l'arrêt cardio-respiratoire, l'état grabataire et la fin de vie.

Les deux motifs le plus souvent invoqués sont le non acharnement thérapeutique ou l'absence de bénéfices pour le patient, et le pronostic à court terme réduit.

L'UHCD et les services de médecine polyvalente sont les orientations privilégiées des patients en fin de vie. Un retour à domicile ou en institution est une alternative envisageable.

Les médecins interrogés ne sont pas sereins lors de la prise de décision dans près de 65% des cas.

L'analyse statistique met en évidence un lien significatif entre le nombre de passages annuels et la fréquence de la limitation ou de l'arrêt thérapeutique dans les services d'urgences.

---

## TITRE EN ANGLAIS

Withholding and withdrawing life-support therapy in emergency medicine: a french national survey

---

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2005

---

## MOTS CLEFS :

Limitation - arrêt thérapeutique - médecine d'urgence

Withholding - withdrawing life-support - emergency medicine

---

## INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy  
9, avenue de la Forêt de Haye  
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

---