



HAL
open science

Limitation et arrêt des thérapeutiques actives en médecine d'urgence : évaluation et évolution des pratiques

Alexandre Barthel

► **To cite this version:**

Alexandre Barthel. Limitation et arrêt des thérapeutiques actives en médecine d'urgence : évaluation et évolution des pratiques. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03298579

HAL Id: hal-03298579

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03298579v1>

Submitted on 18 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



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-thesesexercice-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.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Alexandre BARTHEL

le 05 décembre 2019

**Limitation et arrêt des thérapeutiques actives en médecine
d'urgence : évaluation et évolution des pratiques**

Membres du jury :

Président : Mr le Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Juges : Mr le Professeur Frédéric MARCHAL

Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER

Mr le Docteur Christophe ROTHMANN (Directeur de Thèse)



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**



**FACULTÉ de MÉDECINE
NANCY**

**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyenne
Pr Laure JOLY**

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Nicolas GAMBIER
Deuxième cycle : Dr Antoine KIMMOUN
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI
Etudiant : Mme Audrey MOUGEL

Chargés de mission

Docimologie : Dr Jacques JONAS
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Pr Mathias POUSSEL
Relations internationales : Pr Jacques HUBERT

Présidente du Conseil de la Pédagogie : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Henry COUDANE - Jean-Pierre CRANCE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - François GUILLEMIN - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Pierre LASCOMBES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER - Denis ZMIROU - Faïez ZANNAD

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER - Alain LE FAOU - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT - Faiez ZANNAD

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2° sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV

3° sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

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

2° sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Benjamin GORY - Professeur Damien MANDRY - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2° sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur Mathias POUSSEL

3° sous-section (Biologie cellulaire)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4° sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2° sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3° sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4° sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2° sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur Frédéric MARCHAL - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Guillaume VOGIN

3° sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4° sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD - Professeur Luc TAILLANDIER
Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA - Professeur Stéphane RENAUD

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie*)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3^e sous-section : (*Médecine générale*)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2° sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

Professeur associé Olivier BOUCHY

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2° sous-section : (Histologie, embryologie, et cytogénétique)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2° sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
Docteur Arnaud FLORENTIN (stagiaire)

2° sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3° sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D'AVENI

2° sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE

3° sous-section : (Immunologie)

Docteure Alice AARNINK (stagiaire)

4° sous-section : (Génétiq

Docteure Céline BONNET

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1° sous-section : (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

Docteur Philippe GUERCI

2° sous-section : (Médecine intensive-réanimation)

Docteur Antoine KIMMOUN

3° sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

2° sous-section : (Neurochirurgie)

Docteur Fabien RECH (stagiaire)

3° sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Docteur Thomas SCHWITZER (stagiaire)

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

4° sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3° sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4° sous-section : (Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire)

Docteure Nicla SETTEMBRE

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Anthony LOPEZ

2° sous-section : (Chirurgie viscérale et digestive)

Docteur Cyril PERRENOT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3° sous-section : (Médecine générale)

Docteure Kénora CHAU (stagiaire)

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale)

Docteure Éva FEIGERLOVA

5° sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Mikaël AGOPIANTZ (stagiaire)

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5° Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7° Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19° Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Christophe NEMOS

66° Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69° Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996) *Université de
Pennsylvanie (U.S.A)*
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre Président de jury de thèse,
Monsieur le Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Professeur de Réanimation médicale,
Chevalier de l'Ordre des Palmes académiques

Vous nous faites un grand honneur de présider cette thèse. Nous avons eu le plaisir et la chance de bénéficier de votre coordination dans notre formation et de vos enseignements que vous nous avez prodigués avec patience.

Nous vous prions d'accepter l'expression de notre plus profond respect et le témoignage de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et juge,
Monsieur le Professeur Frédéric MARCHAL
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Professeur de Cancérologie,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail et nous espérons qu'il saura retenir votre intérêt.

Veillez recevoir ici l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

A notre Maître et juge,
Madame la professeure Marie-Reine LOSSER
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
Professeure d'anesthésiologie,

Vous avez spontanément accepté de juger cette thèse et c'est pour moi un honneur de vous compter parmi les membres de ce jury. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A notre Directeur et Juge,
Monsieur le docteur Christophe ROTHMANN

Docteur en Médecine Générale, Médecin urgentiste et Médecin Légiste,
Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, tu m'as soutenu tout au long de ce travail. Merci de ta disponibilité et ta gentillesse. Ce fut un plaisir d'avoir travaillé avec toi, non seulement à l'occasion de la thèse mais aussi au cours des différentes gardes que nous avons eu l'occasion de faire ensemble.

A mon fils, Hugo,

Celui qui me donne l'envie et le courage d'aller toujours plus loin. Pour ton innocence et tes sourires quotidiens, merci.

A Audrey,

Pour être présente à mes côtés depuis tant d'années, merci.

Pour ta précieuse aide, ton réconfort, et pour m'avoir donné Hugo, merci.

A ma belle-famille, merci pour votre accueil et votre soutien.

A mes amis qui ont suivi mon parcours depuis le début.

SERMENT

«**A**u 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 ».

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	13
PARTIE I : PREAMBULE	14
I. Définitions et notions concernant la limitation et l'arrêt des thérapeutiques actives :..	14
A. Définitions : traitement de suppléance, limitation des soins actifs, arrêt des soins actifs :	14
B. Facteurs justificatifs de la limitation et de l'arrêt des soins actifs :.....	15
II. Intérêts reconnus de la limitation ou de l'arrêt des soins actifs dans la pratique médicale :	16
A. Pour le patient :.....	16
B. Pour les proches :.....	17
C. Pour l'équipe soignante :	17
D. Pour la société :.....	17
III. Aspects éthiques, déontologiques et juridiques :.....	18
A. Aspects éthiques :.....	18
B. Aspects déontologiques :.....	19
C. Aspects juridiques :	20
IV. Spécificités de la médecine d'urgence :	21
PARTIE II : ARTICLE	24
I. Introduction	24
II. Patients et méthodes	25
III. Résultats.....	26
IV. Discussion.....	34
V. Conclusion.....	40
BIBLIOGRAPHIE	41

LISTE DES ABREVIATIONS

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre hospitalier Universitaire

DMS : Durée Moyenne de Séjour

ET : Écart Type

EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs

EHPAD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

INED : Institut National d'Études Démographiques

IOT : intubation Oro Trachéale

LATA : Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques Actives

RCP : Réanimation Cardio Pulmonaire

SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SRLF : Société de Réanimation de Langue Française

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

SMU : Structure de Médecine d'Urgences

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

USC : Unité de Soins Continus

USINV : Unité de soins Intensifs Neuro vasculaires

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

USP : Unité de Soins Palliatifs

VSAV : Véhicule de Secours et Assistance aux Victimes

VNI : Ventilation Non Invasive

PARTIE I : PREAMBULE

I. Définitions et notions concernant la limitation et l'arrêt des thérapeutiques actives :

A. Définitions : traitement de suppléance, limitation des soins actifs, arrêt des soins actifs :

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, la transfusion sanguine, perfusion d'amines vasoactives, 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 ou relèveraient de l'obstination déraisonnable. Elle correspond au withholding des Anglo-Saxons.

L'arrêt des soins actifs est le refus de maintenir 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 80% de FiO₂, diminuer la FiO₂ 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 actifs n'entraînent pas forcément la mort. A contrario, d'autres, comme l'arrêt de l'alimentation ou de l'hydratation, sont toujours mortels à court terme.

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 place de certaines thérapeutiques relève alors de ce que le Code de Déontologie Médicale qualifie « d'obstination déraisonnable ».

Toutefois, dans les faits, les choses semblent plus compliquées. En effet, il peut paraître plus convenable moralement de poursuivre des soins actifs « 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 Médicale.

Parler d'obstination déraisonnable suppose une évaluation exacte du pronostic, une connaissance tout aussi précise de la qualité de vie et de l'espérance de vie ultérieures chez un malade particulier. Il faut également tenir compte de la qualité de vie qu'il serait capable d'accepter à distance, après sa sortie de l'hôpital.

Il est certain qu'il existe un nombre indéniable de situations où, avec du recul, le processus de mort paraît irréversible et où tout traitement autre que de confort devient vain. Pourtant, dans bien des circonstances, les choses sont moins nettes. Il faut alors s'en remettre en premier lieu aux données toujours incertaines du pronostic médical, de la qualité de vie escomptée et aux volontés hypothétiques du malade, lorsque celui-ci a exprimé antérieurement son avis au sujet des modalités de réanimation qu'il souhaiterait qu'on lui applique dans le cas où il ne serait plus capable de s'exprimer directement à ce sujet.

B. Facteurs justificatifs de la limitation et de l'arrêt des soins actifs :

Les arguments scientifiques concernent la maladie et le terrain. En effet, une ou plusieurs défaillance (s) d'organe (s), la nature et l'évolution défavorable d'une maladie chronique, la mauvaise réponse au traitement, peuvent conduire à discuter une limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives (LATA).

L'espérance de vie est un indicateur difficile à estimer pour un malade donné. Toutefois, il est possible, devant un malade mourant, 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 voire minutes. Dans ces conditions, initier une réanimation serait inutile, voire futile.

La qualité de vie future est, avec l'inutilité des soins, l'un des critères essentiels sur lequel se basent les décisions LATA. L'autonomie est un élément clé de la décision. La classification GIR peut constituer un outil d'aide à la décision.

L'expression de la volonté du malade exprimée directement, ou par l'intermédiaire de ses proches, ou de la personne de confiance, est un élément à prendre en compte. Il est très délicat de savoir jusqu'où le malade aimerait qu'on poursuive « sa » réanimation, et pour quel résultat à moyen et long terme.

Un autre facteur influant dans la décision de LATA est l'avis personnel de l'équipe soignante (médecin et paramédicaux).

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

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

La collégialité de la décision de limitation thérapeutique doit être une priorité. Un médecin doit prendre au moins un avis extérieur auprès d'un « consultant », pour valider sa décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives. La transparence doit être matérialisée et tracée dans le dossier de soins.

Cette décision, parfois très difficile à prendre d'un point de vue éthique et humain, requiert calme et pondération, et ne saurait admettre la précipitation. En cas de doute, les traitements sont poursuivis dans leur intégralité et la discussion pourra être reprise ultérieurement, en cas de nouvel élément défavorable.

La prise de décision, ainsi que les modalités de mise en œuvre de la LATA peuvent s'avérer difficiles. Les décisions n'aboutissent pas toujours à la mort du malade. Par exemple, prendre la décision de ne pas ventiler artificiellement un patient n'implique pas forcément sa mort. Certaines décisions de limitation thérapeutique n'ont souvent aucune conséquence. Par contre, les décisions d'arrêt thérapeutique actif sont suivies plus régulièrement d'une issue fatale rapide.

II. Intérêts reconnus de la limitation ou de l'arrêt des soins actifs dans la pratique médicale :

A. Pour le patient :

Dès l'instant où l'espoir d'une amélioration clinique significative a disparu, l'ensemble des thérapeutiques à visée curative devient inutile. La plupart de ces thérapeutiques, parfois agressives, nécessite une surveillance invasive (exemple : monitoring, contrôles biologiques ou radiologiques répétés). La reconnaissance du pronostic péjoratif inexorable permet donc d'éviter au patient les souffrances répétées, occasionnées par les traitements à visée curative.

Toutefois, l'arrêt de ces traitements curatifs n'exclut pas une prise en charge adaptée du patient. La certitude d'une fin de vie proche redirige l'ensemble des soins médicaux vers des soins palliatifs et de confort. L'objectif est donc une mort paisible, accompagnée.

B. Pour les proches :

La place de la famille et des proches, ainsi que leurs rôles, ne sont pas à délaissés à l'approche de la mort. Leurs choix doivent être respectés, et il convient de rechercher un accord entre la personne malade, sa famille, ses proches et l'équipe soignante. La concertation et le dialogue sont à la base de tout accompagnement. Une information claire au sujet de la situation clinique et du pronostic fatal permet en général d'obtenir, un consensus quant aux soins à apporter au patient. La préparation au deuil nécessite la clarté des explications, afin d'éviter à l'entourage d'apercevoir des espoirs impossibles.

C. Pour l'équipe soignante :

Les équipes soignantes, de par leur formation et leur expérience, sont les plus qualifiées pour apprécier la gravité d'une situation pathologique. La mise en place de soins inutiles leur semble parfois évidente. L'indication de poursuivre la réanimation, si l'éventualité d'une aggravation n'a pas été envisagée avec la famille, peut conduire à la poursuite de soins inadaptés.

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

D. Pour la société :

Au premier abord, il semble qu'une décision de LATA pourrait permettre d'éviter des dépenses inutiles en terme financier et de gestion des ressources médicales. En effet, les soins de réanimation sont très onéreux. Ils utilisent de nombreuses drogues spécifiques, un monitoring technique, un personnel médical et paramédical nombreux et les traitements sont le plus souvent poursuivis dans le temps. Il serait donc illusoire de penser faire des économies lors de la gestion des patients en fin de vie. Effectivement, 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 coûteux.

D'un point de vue éthique, l'indication de LATA ne saurait être d'ordre financier, car elle serait inacceptable. D'ailleurs, 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.

III. Aspects éthiques, déontologiques et juridiques :

A. Aspects éthiques :

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

Le consentement est libre, conscient et éclairé, en fonction d'une information qui doit être claire, loyale, compréhensible, appropriée et adaptée au patient. Malgré les mesures législatives concernant les situations d'urgence, le consentement recueilli dans ces situations pose de nombreuses interrogations. En effet, l'acte de consentir présume la double capacité de comprendre et de pouvoir se déterminer librement. Ainsi que peut valoir le consentement d'une victime d'un traumatisme douloureux ou d'un accident vasculaire cérébral massif avec un état de stress ? Si les personnes, dont la capacité de compréhension est diminuée ou quasi nulle (exemple : syndrome confusionnel) ou celles dont la liberté n'est pas entière (exemple : un détenu), sont inaptes à donner un consentement, certains patients des urgences vont être dans l'incapacité temporaire à consentir aux soins (exemple : intoxication éthylique aiguë, par médicaments psychotropes).

En médecine d'urgence, le médecin a le droit, voire le devoir, d'intervenir sans le consentement du malade, lorsqu'il estime que la vie de celui-ci est en danger. Effectivement, certains patients sont inconscients, certains sont dépendants de techniques ou traitements lourds. Dans ces situations particulières, la réaction habituelle des médecins urgentistes est de mettre en œuvre les techniques de soins en fonction de la balance bénéfiques/risques encourus par le patient, sans attendre le consentement éclairé de ce patient ou de son entourage. Par conséquent, dans certaines situations d'urgence, comme en réanimation, le principe d'autonomie, sur lequel repose le consentement, apparaît comme dénué de sens et la bienfaisance paraît alors plus efficace, le médecin devant agir en vue du bien du malade, positivement (faire le plus de bien possible) ou négativement (faire le moins de mal possible, « primum non nocere »).

Certains médecins pensent qu'une personne en état de souffrance, physique ou morale, n'est pas capable de prendre une décision libre et éclairée sur les soins qui lui sont nécessaires, et qu'il faut donc d'abord soulager, puis ensuite discuter.

B. Aspects déontologiques :

La notion de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives fait partie intégrante du Code de Déontologie Médicale [1]. Celle-ci est retrouvée dans l'article 37, qui a été réactualisé en 2016 par le décret n°2016-1066 du 3 août 2016 du Code de la Santé Publique, ainsi que dans l'article 38.

L'article 37 précise « qu'en toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie ». Cet article clarifie clairement l'importance de la recherche des directives anticipées. « Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin en charge du patient est tenu de respecter la volonté exprimée par celui-ci dans des directives anticipées, excepté dans les cas d'urgence vitale, l'application des directives anticipées ne s'impose pas pendant le temps nécessaire à l'évaluation complète de la situation médicale. Et Si le médecin en charge du patient juge les directives anticipées manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale, le refus de les appliquer ne peut être décidé qu'à l'issue de la procédure collégiale ».

L'article 37 définit clairement les limites de cette décision et confirme le caractère collégial de celle-ci. « Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et en l'absence de directives anticipées, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés, au titre du refus d'une obstination déraisonnable, ne peut être prise qu'à l'issue de la procédure collégiale prévue à l'article L. 1110-5-1 et après qu'a été recueilli auprès de la personne de confiance ou, à défaut, auprès de la famille ou de l'un des proches le témoignage de la volonté exprimée par le patient ».

Cet article introduit également les conditions de la mise en place de la sédation profonde et continue.

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 reconforter 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 ».

C. Aspects juridiques :

La limitation thérapeutique est principalement fondée sur quatre textes législatifs :

- 1) Loi n° 99-477 du 9 Juin 1999 [2], visant à garantir un droit l'accès aux soins palliatifs.
- 2) Loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002 [3], relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, fixant l'obligation des professionnels de santé à informer le patient de son état de santé et à respecter le consentement libre et éclairé sans lequel aucun acte médical ni traitement ne peut être réalisé. Ainsi, cette loi institue une relation partenariale et non plus paternaliste entre le malade et les professionnels de santé.
- 3) Loi n° 2005-370 du 22 Avril 2005 [4], relative aux droits des malades et à la fin de vie, permettant la limitation ou l'interruption d'un traitement inutile ou disproportionné pour les personnes en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable. Cette loi consacre également le respect de la volonté du patient, son droit de refuser toute obstination thérapeutique déraisonnable, c'est-à-dire tout traitement inutile, disproportionné par rapport à l'état du patient, avec maintien artificiel de la vie comme seul objet. En conséquence, il est du devoir de tout médecin de ne pas faire subir d'obstination déraisonnable et de limiter le traitement que le malade soit conscient ou non. Si le malade n'est pas en état d'exprimer sa volonté, la procédure de décision de limitation thérapeutique doit être collégiale. Ce texte encourage l'usage de tous les moyens nécessaires pour soulager la douleur et autres symptômes d'inconfort en situation de fin de vie. Il met en place des dispositions permettant à toute personne d'exprimer à l'avance ses souhaits par la rédaction de directives anticipées.

- 4) Loi n° 2016-87 du 2 Février 2016 [5], créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie :
- Mise en place d'une « sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie ». Pour le patient, il s'agit d'un droit au meilleur apaisement possible de la souffrance, excluant tout acte de provoquer directement la mort.
 - Libre choix du patient de refuser ou de ne pas recevoir un traitement (nutrition artificielle et hydratation comprises), du lieu de dispensation des soins (y compris la sédation profonde et continue à domicile), du médecin, de l'établissement.
 - Directives anticipées du patient hors d'état d'exprimer sa volonté, au sujet de sa fin de vie, concernant les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitements et d'actes médicaux. Les directives anticipées ont un caractère contraignant, sauf si le médecin les juge « manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient ».

IV. Spécificités de la médecine d'urgence :

Les différents services de médecine d'urgence 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 greffent fréquemment. Les services d'urgence sont donc le lieu de recours pour toutes les urgences médico-psycho-sociales.

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

La médecine d'urgence est une discipline transversale, prenant le malade dans sa globalité. 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 prises en charge dans ces services peuvent avoir une évolution brutale ou progressive, être rapidement soulagées ou régressives ou encore irréversibles,

malgré un niveau de soins d'emblée optimal. De plus, elles sont consommatrices de moyens matériels, humains et de temps.

Le médecin des urgences travaille à la vue des autres (professionnels de santé, patients et leur entourage), ce qui provoque 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 qualifications de plus en plus variées et de haut niveau technique et décisionnel. Cette action, le plus souvent limitée dans le temps, est focalisée sur l'essentiel, dans un espace réduit.

Par ailleurs, 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 urgentistes ont pour obligation de prendre en charge tous les patients se rendant dans leurs services, quels que soient les motifs de recours.

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 fréquemment cachée par l'acte technique, d'autant plus souvent que les praticiens sont jeunes, inexpérimentés et ont des conduites et réactions hétérogènes.

Plus la situation est grave, plus grand est le risque d'omettre 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 adopter la décision qui respecte le mieux l'intérêt du malade. C'est pour cette raison que la connaissance du patient (antécédents, histoire de sa maladie et de son évolution, souhaits de prise en charge) est un prérequis essentiel à toute décision thérapeutique. Si ces informations sont impossibles à recueillir dès la phase initiale de la prise en charge, il est primordial de se donner le temps nécessaire pour recueillir ces données et il ne saurait exister de LATA sur une simple impression clinique.

La connaissance des souhaits du patient va reposer, chaque fois que cela est possible, sur sa consultation. Dans les situations d'urgence, le malade est le plus souvent incapable d'exprimer sa volonté, et le consentement aux soins va devoir être recherché par consultation de la famille ou de la personne de confiance. Dans le contexte de l'urgence, une réanimation d'attente peut être mise en place dans l'attente de recueillir les informations lorsque celles-ci ne sont pas disponibles. Ensuite, l'équipe soignante agira en partie selon ses propres jugements de valeur. La décision prise et appliquée doit respecter au mieux les intérêts du patient. La reconnaissance, d'une évolution fatale prévisible et attendue, des complications d'un état chronique irréversible, est primordiale pour s'abstenir de mettre en œuvre des

thérapeutiques relevant d'une obstination déraisonnable, que l'on peut définir comme le sentiment d'un échec thérapeutique inéluctable pour un médecin.

Ainsi, selon les recommandations de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) de 2003, actualisées en mai 2018 en collaboration avec la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) [6-7], en médecine d'urgence, la limitation ou l'arrêt thérapeutique actif 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 active en urgence peut concerner les gestes de réanimation cardio-pulmonaire, la ventilation artificielle, la perfusion d'amines vaso-actives, le remplissage vasculaire massif, la dialyse, les techniques chirurgicales ou endoscopiques, et l'admission en réanimation.

La LATA ne signifie également pas, en médecine d'urgence, l'abandon des soins, mais laisse la place aux soins palliatifs, aux traitements de confort pour le patient et leurs proches (douleurs physiques et morales, 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'intérêt à effectuer des prélèvements biologiques.

Une des contraintes majeures de la médecine d'urgence est la gestion du temps. Par conséquent, une décision susceptible d'entraîner la mort plus rapidement d'un individu ne peut être prise en urgence, en raison du faible intervalle entre cette décision d'arrêt thérapeutique actif et le moment du décès. Il est essentiel de prendre le temps nécessaire pour recueillir les informations utiles, de façon à prendre une décision de soins raisonnable et raisonnée, d'établir une relation de confiance avec le patient et ses proches et d'entreprendre l'accompagnement. Ces contraintes ne sont pas contradictoires avec la médecine d'urgence, urgence ne devant pas signifier précipitation.

PARTIE II : ARTICLE

I. Introduction

Aux urgences, les décès représentent 0,1 à 0,35% des passages annuels en France [8-9-10]. En 2009, environ 58 % des décès ont eu lieu dans un établissement de santé [11], contre 38% à domicile [12]. Dans 16% des cas, ces décès survenaient dans un délai inférieur ou égal à 24 heures après l'admission [11], souvent dans un service d'urgence. Parmi ces décès, selon l'étude multicentrique SU DALISA [13], 79% faisaient suite à une décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives (LATA).

La loi Léonetti du 22 avril 2005 [4], puis la modification de l'article 37 du code de déontologie médicale de janvier 2010 [14], ont permis d'encadrer les décisions de LATA. En effet, elles introduisent les notions d'obstination déraisonnable, de collégialité de la décision et imposent le recueil de la volonté du patient. Si le patient ne peut exprimer sa volonté, la procédure est associée à la consultation des directives anticipées, de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, de l'un des proches. Cette loi a été révisée en février 2016 [5], venant renforcer le droit des patients. Elle donne le droit de limiter ou de refuser les traitements, instaure un droit à la sédation profonde et continue et rend les directives anticipées désormais imposables au médecin.

En pratique, les décisions de LATA sont fréquentes aux urgences. Leur incidence varie selon les études entre 0,65 et 0,96% [15-16]. Les textes législatifs [4-5-14] apportent peu d'aide aux médecins concernant les décisions de LATA dans le contexte de l'urgence. En médecine d'urgence, la prise de décision constitue l'une des principales difficultés pratiques. La diversité des pathologies rencontrées, le manque de temps, la gestion du flux de patients, le manque d'information sur les antécédents, l'état antérieur du patient, le manque de données sur les souhaits, compliquent la prise en charge de ces patients. Face à cette difficulté, la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), en collaboration avec la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF), a publié une nouvelle recommandation en mai 2018 [7], prenant position sur ce sujet.

Dans cette étude, nous avons voulu étudier le devenir des patients, chez qui une décision de LATA avait été posée dans une structure de médecine d'urgence.

II. Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, descriptive, avec analyse épidémiologique, nosologique, thérapeutique et de l'orientation des patients. Elle est réalisée au sein de la Structure de Médecine d'Urgence (SMU) du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Metz, entre le 1^{er} janvier au 31 décembre 2017.

Nous avons inclus tous les patients âgés de plus de 18 ans, admis dans la SMU du CHR de Metz pour lesquels une décision de LATA a été prise entre le 1^{er} janvier au 31 décembre 2017.

L'objectif principal de ce travail est l'évaluation du taux de survie et du devenir des patients pour lesquels une décision de LATA a été prise entre le 1^{er} janvier au 31 décembre 2017.

Le recueil a été réalisé de manière rétrospective. Nous avons constitué notre population d'étude par l'intermédiaire d'une requête à partir du logiciel RESURGENCES.

L'étude des dossiers nous a permis de recueillir :

- Les données épidémiologiques : âge, sexe, provenance, antécédents, autonomie, moyen d'arrivée aux urgences, diagnostic,
- A partir de l'onglet LATA du logiciel RESURGENCES : les traitements actifs entrepris et leurs résultats, la collégialité de la décision, les consultants, la présence ou non de directives anticipées, la personne de confiance, l'avis de la famille, la compréhension de l'information, l'avis de l'équipe paramédicale, les actes limités, les gestes arrêtés, la sédation,
- L'orientation après la SMU et le service d'hospitalisation,
- La durée de séjour aux urgences, en UHCD et en hospitalisation,
- Le délai entre l'arrivée en SMU et la décision de LATA.

L'analyse des données a été réalisée avec le logiciel Excel (Microsoft, Redmond [Washington] États-Unis). Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne (\pm écart-type), les variables qualitatives sont rapportées en nombre et en pourcentage.

III. Résultats

Durant la période de l'étude, 47191 patients ont été admis dans la SMU du CHR de Metz [17]. Une décision de LATA a été prise chez 449 patients, soit 0,95%. 188 hommes (42%), 261 femmes (58%) ont été inclus, soit un sex ratio de 0,72. L'âge moyen est de 81,7 ans (ET :12,7), les extrêmes de 22 et 100 ans. Dans 50,1% des cas, les patients provenaient de leur domicile.

L'autonomie dans l'onglet LATA de RESURGENCES est évaluée par l'altération des fonctions supérieures (sans précision, oui, non, partielle), l'existence de troubles de la marche (sans précision, oui, non, avec aide) et des troubles sphinctériens (sans précision, oui, non). Cette autonomie est partielle pour 55,5 % des patients. L'antécédent principal est une démence pour 33,2% d'entre eux. (Tableau I)

Tableau I : Épidémiologie et antécédents

	Population totale (n=449)	%
Age	81,7 (22-100)	
Sexe		
Femme	261	58
Homme	188	42
Provenance		
Domicile	225	50,1
Maison de retraite	185	41,2
Centre hospitalier	28	6,2
SSR	6	1,4
USLD	5	1,1
Moyens de transports		
Ambulance	179	39,9
VSAV	163	36,3
SMUR	94	20,9
SMUR Intra-Muros	4	0,9
Autres	9	2,0
Autonomie		
Totale	38	8,5
Partielle	249	55,5
Aucune	125	27,8
Non renseigné	37	8,2
Antécédents		
Démence	149	33,2
Grabataire	133	29,6
Diabète	112	24,9
Néoplasiques	102	22,7
AVC	102	22,5
Insuffisance coronarienne	91	20,3
Insuffisance cardiaque	71	15,8
Maladie neurologique	57	12,7
BPCO	74	16,5
Insuffisance respiratoire chronique	53	11,8
Insuffisance rénale chronique	52	11,6
Hépatopathies	45	10,0
Psychiatriques	28	6,2
Ethylisme chronique	13	2,9
Aucun	12	2,7

Le diagnostic principal est d'origine respiratoire pour 37,2% des patients, puis septique pour 19,6%. (Tableau II)

Tableau II : Diagnostics principaux

	Population totale (n=449)	%
Diagnostic principal		
Pneumologie	105	23,4
Insuffisance respiratoire aiguë	62	13,8
Cardiovasculaire	44	9,8
Sepsis	44	9,8
Choc septique	44	9,8
Neurologique	44	9,8
Digestif	36	8,0
Métabolique	28	6,2
Oncologique	15	3,3
Fin de vie	14	3,1
Autres	13	2,9

La décision de LATA est prise dans 68,2% des cas aux urgences et dans 31,8% à l'UHCD. Le délai médian entre l'admission aux urgences et la décision de LATA est de 4h40 min (5min-93h4min). Elle est immédiate pour 67,5% des patients et différée pour 32,5% d'entre eux. L'état général des patients avant la LATA est mauvais pour 82,8% des sujets, avec une qualité de vie future prévisiblement mauvaise pour 89,3%. Dans 19,4% des cas, aucun traitement actif n'a été entrepris. L'irréversibilité de l'état clinique est inconnue pour 56,3% des patients. (Tableau III)

Tableau III : Arguments pour la LATA

	Population (n=449)	%
Etat général avant LATA		
Bon	34	7,6
Mauvais	372	82,8
Non renseigné	43	9,6
Qualité de vie future		
Bon	2	0,5
Mauvaise	401	89,3
Non renseigné	46	10,2
Évolution après traitement actif entrepris		
Non satisfaisant	192	42,8
Satisfaisant	52	11,6
Non entrepris	87	19,4
Non renseigné	118	26,3
Irréversibilité de l'état clinique actuel		
Oui	69	15,4
Non	30	6,7
Inconnue	253	56,3
Non renseigné	97	21,6

La décision de LATA est collégiale dans 94,8% des cas. Les réanimateurs sont sollicités pour 47,7% des patients concernés par une LATA, les spécialistes dans 16% des cas et le médecin traitant dans 5,8% des situations.

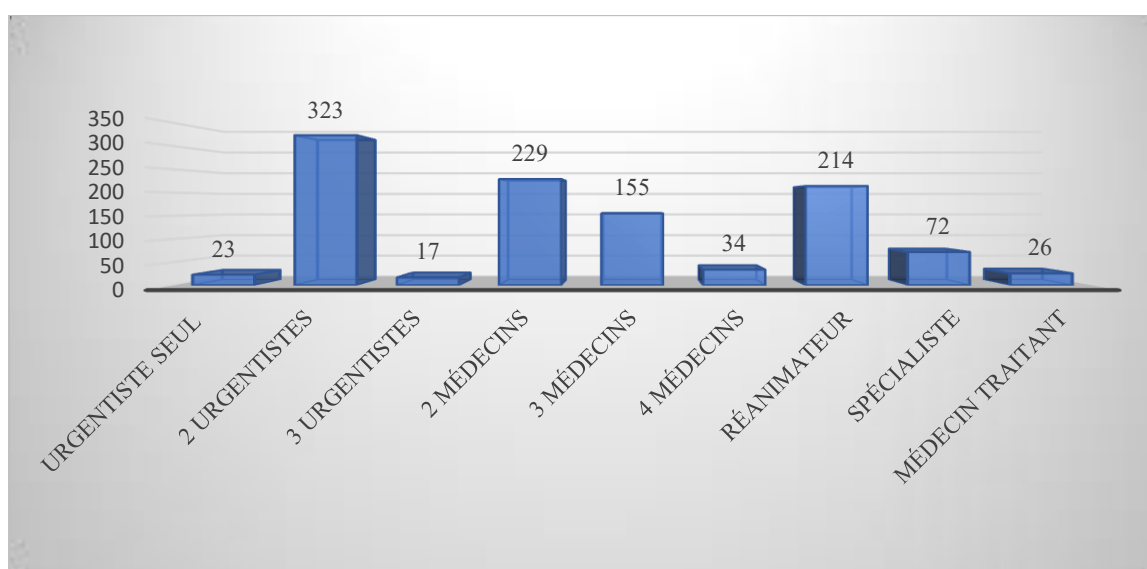


Figure 1 : Décision médicale de prise de LATA

L'équipe para médicale est consultée dans 56,8% des cas. Des directives anticipées sont retrouvées pour 15,8% des situations. 6,9% des patients ont pu consentir aux soins proposés. La personne de confiance est consultée pour 35,4% des patients, la famille pour 66,8% des cas. L'information est comprise dans seulement 35,6% (n=160) des cas. (Tableau IV).

Tableau IV : Décision non médicale de LATA

	Population totale (n=449)	%
Directives anticipées		
Oui	71	15,8
Non	160	35,6
Non renseigné	218	48,6
Avis patient		
Oui	31	6,9
Impossible	262	58,4
Non	33	7,3
Non renseigné	123	27,4
Consultation de la famille		
Oui	300	66,8
Non renseigné	119	26,5
Non joignable	30	6,7
Personne de confiance		
Oui	159	35,4
Non renseigné	260	57,9
Non joignable	30	6,7
Compréhension information		
Oui	160	35,6
Non renseigné	289	64,4
Consultation paramédicaux		
	255	56,8

Avant la LATA, 65,9% des patients bénéficient d'une antibiothérapie, 39,9% d'un remplissage vasculaire et 24,3% d'une ventilation non invasive. Seulement 1,8% des patients sont intubés et 4% sont traités par des amines vasopressives.

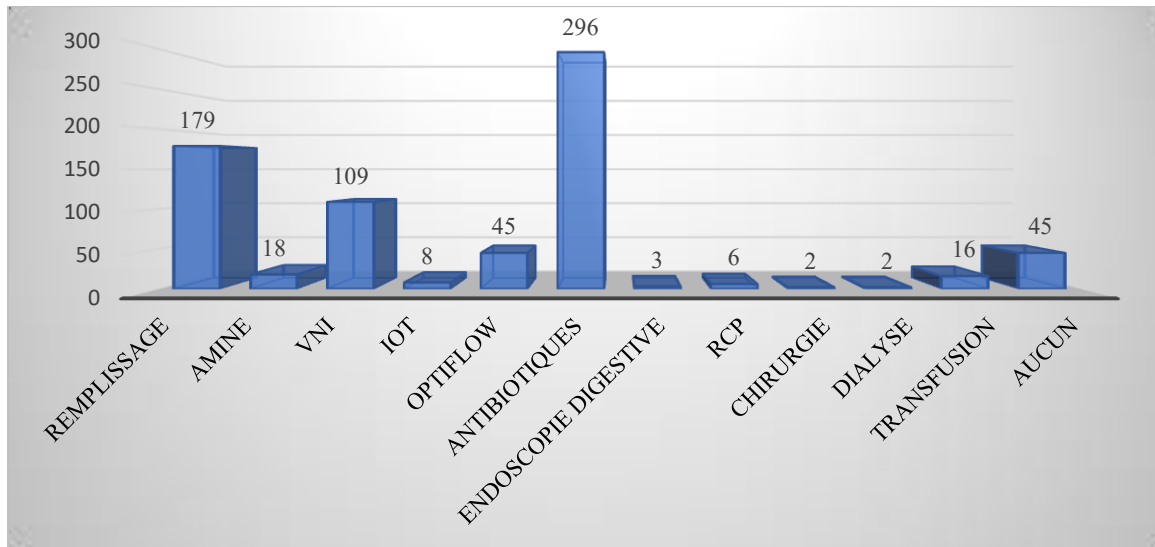


Figure 2 : Traitements actifs entrepris avant la LATA

La LATA concerne principalement la réanimation cardio-pulmonaire, la ventilation artificielle et la perfusion d'amines vasoactives dans plus de 89% des cas, à la différence de la transfusion et de la ventilation non invasive qui ne sont limitées que dans 50 à 55,5% des cas. (Tableau V). Parmi les thérapeutiques actives débutées avant la LATA, la ventilation artificielle, le support vasopresseur par amines et la ventilation non invasive sont arrêtés respectivement dans 87,5%, 50% et 29,4% des cas.

Tableau V : Gestes thérapeutiques limités

	Population totale (n=449)	%
Gestes limités		
Réanimation cardio pulmonaire	433	96,4
Ventilation artificielle	435	96,9
Ventilation Non Invasive	249	55,5
Chirurgie	297	66,2
Dialyse	374	83,3
Amines vaso-actives	401	89,3
Transfusion sanguine	202	50,0
Coronarographie	320	71,3
Admission en réanimation	422	94,0

Une sédation par midazolam seul a été instaurée chez 2,7% des patients, associée à de la morphine pour 19,4% d'entre eux. Dans 7,1% des cas, la sédation a été réalisée uniquement par de la morphine.

224 patients sont décédés parmi les 449 inclus, soit un taux de décès de 49,9%. Le taux de décès est de 2,2% aux urgences, de 30,6% à l’UHCD et de 33,1% dans le service d’hospitalisation.

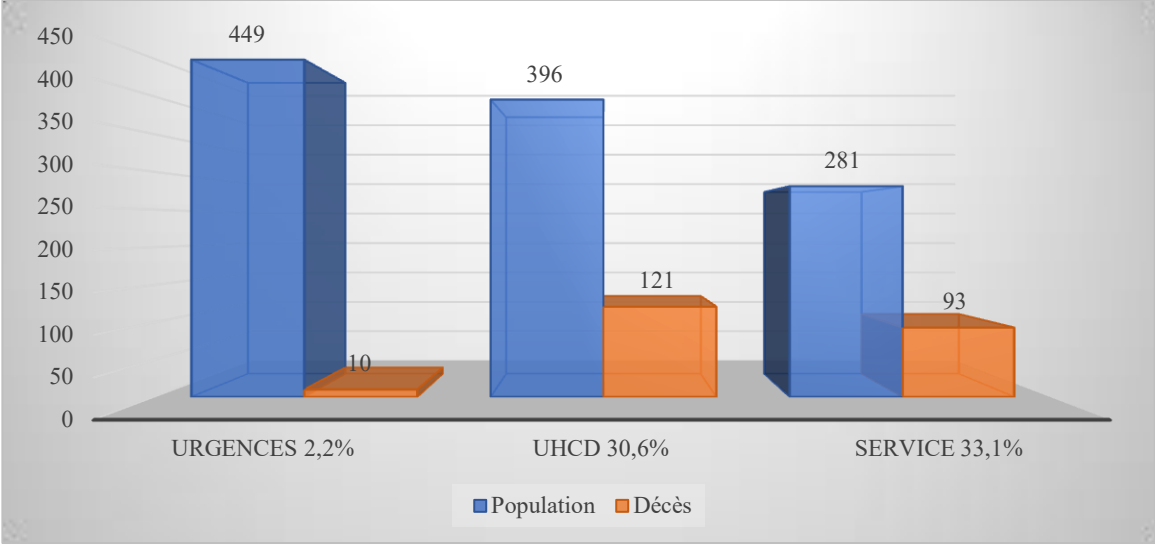


Figure 3 : Taux de décès réparti par service

88% des patients sont orientés des urgences vers l’UHCD. Dans 8,5 % des cas, les patients sont hospitalisés dans un service et seulement 1,1% regagnent leur domicile.

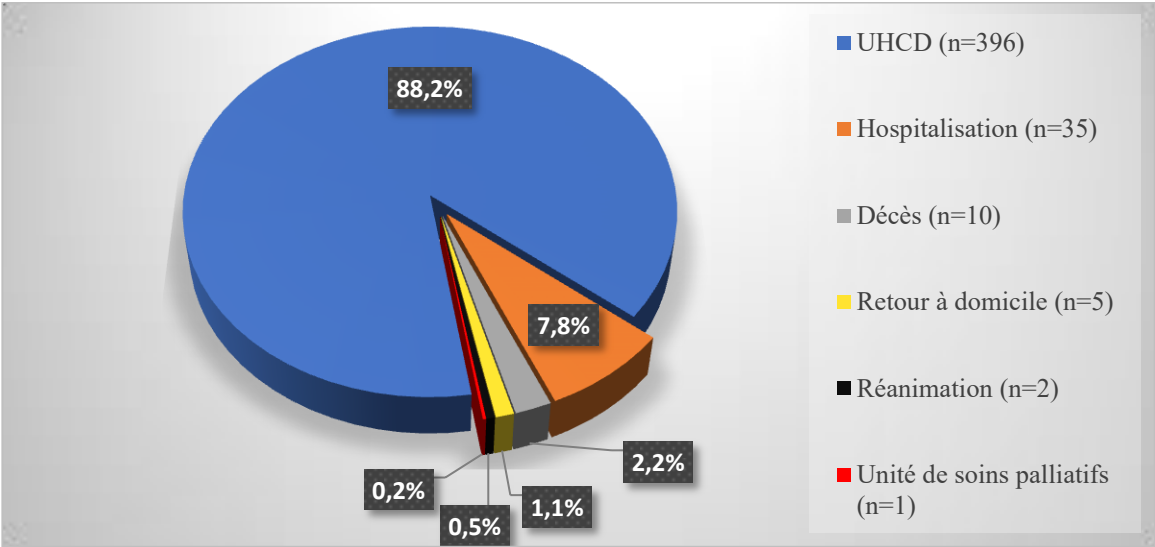


Figure 4 : Orientation des patients à partir des urgences (n=449)

36,1% des patients sont transférés de l'UHCD vers un secteur de gériatrie, 17,9% vers un service de médecine et 4,8 % sont admis dans un service de soins palliatifs. Un retour à domicile est possible dans 8,1% des cas. Sept patients sont orientés de l'UHCD vers la réanimation ou un service de soins continus.

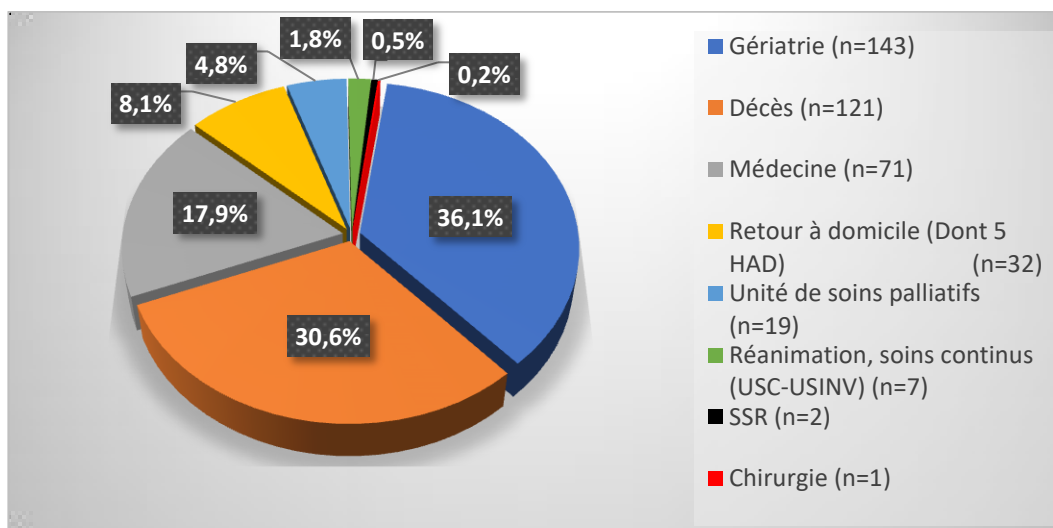


Figure 5 : Orientation des patients à partir de l'UHCD (n=396)

Parmi les 281 patients hospitalisés, 35,6% regagnent leur domicile, dont cinq avec une hospitalisation à domicile (HAD). Dans 25,3% des cas, les patients sont perdus de vue. 5,3% des patients bénéficient d'une rééducation en Service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) et deux patients sont réorientés pour l'un aux urgences et l'autre en réanimation. Parmi les 93 patients décédés, trois ont transité par une Unité de Soins Palliatifs (USP) et un par un service de réanimation avant leur décès.

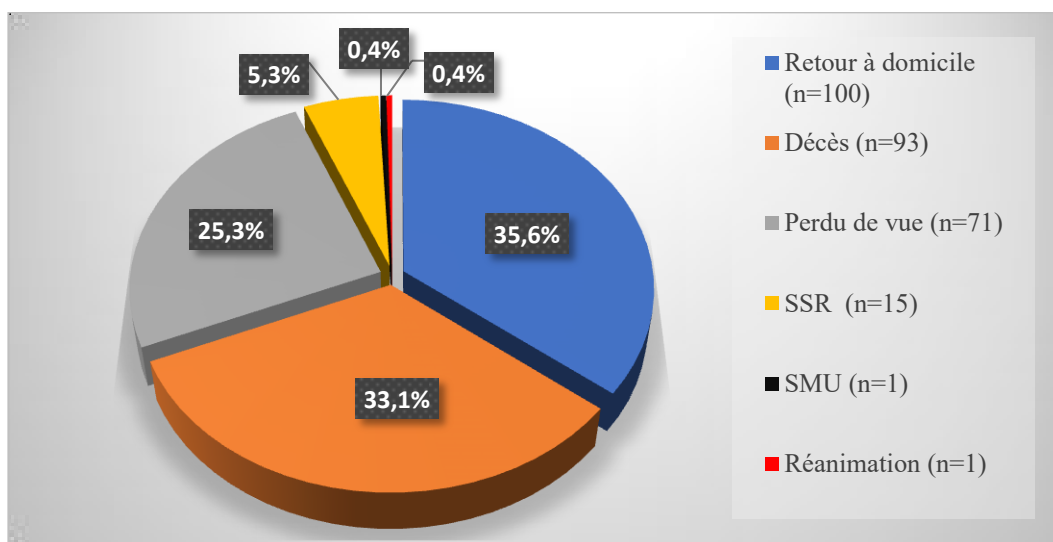


Figure 6 : Orientation des patients à partir du service d'hospitalisation (n=281)

Le temps moyen de prise en charge aux urgences est de 5 heures et 11 minutes, avec un temps minimum de 4 min et un temps maximum de 20 heures 35 minutes.

Le temps moyen de séjour en UHCD est de 24 heures 26 minutes, avec un minimum de 11 minutes et un temps d'hospitalisation maximal de 4 jours 13 heures.

La durée moyenne de séjour en structure de médecine d'urgence (urgences et UHCD) est de 26 heures et 44 minutes, avec un temps de passage minimum de 28 minutes et maximum de 4 jours 20 heures.

La durée moyenne d'hospitalisation dans l'ensemble des différents services en dehors des urgences et de l'UHCD est de 9,7 jours.

IV. Discussion

Cette étude présente plusieurs limites. La première est son caractère rétrospectif, ce qui favorise la perte de données. La deuxième est sa réalisation monocentrique, ne permettant pas l'extrapolation de nos résultats à l'ensemble des SMU. Et la troisième est le nombre de perdus de vue, les patients hospitalisés en dehors d'un service du CHR et n'ayant pas de nouveau passage aux urgences ayant été considérés comme perdus de vue.

L'incidence des LATA dans notre SMU est estimée à 0,95%, valeur correspondant à des travaux précédents sur le même sujet. Ainsi, Le Conte et Béreau trouvaient une incidence de 0,65% et 0,96% des LATA aux urgences [15-16].

Si notre travail présente de nombreuses similitudes avec les études déjà publiées sur le sujet, il existe cependant certaines différences avec les références disponibles dans la littérature sur les LATA en SMU.

L'âge moyen de notre population est de 81,7 ans, ce qui est l'un des plus élevés en comparaison avec des études similaires [18-19]. Nos sujets étaient essentiellement des femmes, comme dans la grande majorité des travaux [13-16-18], hormis celui de Lasalle-Macke et al. qui trouvait une majorité d'hommes (53,6%) [20]. Les patients provenaient principalement de leur domicile, comme dans différentes études sur la fin de vie aux urgences [16-20-21]. Dans 27,8% des cas, les patients étaient totalement dépendants avant l'épisode aigu, résultat proche de l'étude de Le Conte et al. sur la mise en place d'une procédure de LATA aux urgences, celle-ci retrouvant 33 % de patients grabataires [15]. La comparaison de nos deux études présente cependant une différence concernant les patients totalement autonomes (8,5% dans notre travail contre 16% dans l'étude de Le Conte). Cette différence

peut être expliquée par les 8,2% des cas où l'autonomie n'était pas renseignée dans notre échantillon.

La majorité des patients étaient porteurs de pathologies chroniques. En effet, seulement 2,7% n'avaient aucun antécédent, chiffre proche de celui de Béreau, pour lequel ce taux était de 2,9% [16].

La décision de LATA est posée dans deux tiers des cas aux urgences. Il est intéressant de souligner que le temps de prise de décision est différent selon les services. Le délai médian entre l'admission et la décision de LATA est de 4h40 min. Ce délai est de 3h11min lorsque la décision est prise aux urgences, contre 13h14min à l'UHCD. Ce délai est supérieur à l'étude multicentrique de Le Conte [13], qui retrouve un délai médian de 1h58min. Cette différence peut être expliquée par des différences de population d'étude. Dans notre travail, nous avons étudié l'ensemble des LATA posées sur un an, alors que dans le travail de Le Conte la population étudiée est celle qui est décédée après une décision de LATA en SMU. Dans un travail prospectif réalisé durant sept mois, Le Conte retrouve un délai médian de six heures pour la décision de LATA aux urgences [15]. Ainsi, ces décisions sont donc généralement prises rapidement dans le contexte de l'urgence, contrairement à la réanimation par exemple, où elles surviennent en moyenne trois jours après l'admission du patient [22]. Cette différence est essentiellement due à des populations différentes entre ces deux services. Aux urgences, le nombre des comorbidités, les antécédents multiples, l'âge des patients et la gravité des situations aiguës contre-indiquent souvent l'admission en réanimation, favorisant alors des décisions plus rapides de LATA, pour éviter des situations d'obstination déraisonnable dans les soins proposés à ces patients.

La collégialité dans la prise de décision de LATA aux urgences est respectée dans 94,8% de nos dossiers, résultat supérieur à celui des études de Le Conte [13] et P Vaittinida [23], qui retrouvaient des taux d'environ 80%. Dans l'étude LATAREA [22], réalisée en réanimation, cette collégialité de décision est de 88 % des cas et elle est moins fréquente lorsque la décision est prise en situation d'urgence. Dans l'étude LATASAMU, 43% des médecins urgentistes avaient déjà été confrontés à une prise de décision seuls [24]. Dans le travail de Dumont sur la LATA en situation d'urgence, 49% des médecins anesthésistes réanimateurs avaient pris ce type de décision seuls [25]. Dans notre étude, la décision de LATA est prise en concertation avec un médecin extérieur au service (réanimateur et/ou spécialiste) dans 63,7% des cas, contre 32,5% en 2012 dans le même service, dans les mêmes contextes [19]. Malgré l'amélioration de la collégialité de la décision dans notre service, le médecin traitant du

patient demeure toujours peu impliqué dans ce type de décision, n'étant contacté que dans 5,8% des cas. Ce médecin a pourtant une vision plus globale du patient. L'étude de Le Meur [26], réalisée sur l'implication du médecin généraliste dans les décisions de soins prises en réanimation, retrouvait une participation de celui-ci dans 18,8% des cas seulement. Une enquête d'opinion réalisée auprès de médecins généralistes en Lorraine, retrouvait que 29,9 % des médecins généralistes pensent être « indispensables » dans les prises de décision de LATA et que 68,2% se considèrent comme « trop peu sollicités » [27]. Cette faible implication du médecin traitant peut être expliquée en partie par la difficulté à le joindre. En effet, dans notre travail, la majorité des décisions de LATA sont prises la nuit ou le week-end. L'équipe paramédicale n'est sollicitée que dans 56,8% des situations. Ce résultat est moindre que dans l'étude de Le Conte en 2005, qui retrouvait une participation de 62% des soignants paramédicaux dans les décisions de LATA aux urgences [15]. Cette participation infirmière à la décision de LATA en SMU doit être améliorée, du fait du rôle essentiel de l'infirmière dans les situations de fin de vie aux urgences, comme dans les autres services hospitaliers, notamment à cause de son contact direct avec les patients et leurs familles.

Il semble important de noter que des directives anticipées (DA) ont été recensées chez 15,8% des patients de notre population d'étude. Ce résultat ne correspond pas à la littérature, où seuls 2,5 % des personnes décédées les avaient rédigées selon l'INED en 2009 [28]. Ce pourcentage élevé retrouvé dans notre travail doit certainement correspondre à l'avis du patient, des proches et de la famille sur ses souhaits et non à des directives anticipées écrites officiellement.

Ces DA sont encore peu connues, comme le montre l'étude menée à l'hôpital Cochin auprès de personnes âgées, chez qui 90 % de la population interrogée ne connaissait pas leur existence [29]. Pourtant la rédaction de DA pourrait sans aucun doute aider à la prise de décision de LATA dans le contexte de l'urgence. 72 % des médecins considèrent ces DA, quand elles sont pertinentes, comme une aide à la décision de LATA [28].

En dehors de la méconnaissance de leur existence par les patients, le personnel soignant a aussi une responsabilité dans la faible diffusion de leur existence et donc de leur rédaction. En effet, il existe chez les médecins un frein surtout d'ordre émotionnel et relationnel à aborder le sujet de la fin de vie avec les patients. L'étude réalisée par Broca [30] a montré que pour les soignants des EHPAD, la loi Leonetti est d'application délicate. De cette étude, il ressort une méconnaissance de la loi, une peur d'aborder le sujet de la fin de vie et un manque de temps.

Le patient est impliqué dans la prise de décision dans 6,9 %. Ce résultat est comparable aux études de Ferrand et Le Conte [13-22], qui retrouvaient une participation de 8%. On note une stabilité de l'implication de la famille avec un taux de participation à 66,8%. Cependant, on remarque paradoxalement que l'information délivrée au sujet de la LATA n'est comprise que dans 35,6% des cas.

La personne de confiance est recensée dans seulement 35,4% des dossiers, contre 79% dans un travail effectué dans le service en 2012 [19]. Malgré cette nette régression, notre travail retrouve l'un des taux les plus élevés de la littérature au sujet de la désignation de la personne de confiance pour la décision de LATA en SMU. Ainsi, il est à noter que Béreau [16] et Pennec [28] ont retrouvé des taux de 17,1 et 15% d'implication de la personne de confiance dans ces décisions de LATA. L'implication de la personne de confiance dans la décision de LATA aux urgences était nulle dans l'étude de Le Conte en 2005 [15] et seulement de 3,9% dans l'étude SU DALISA [13]. Face à ce résultat élevé dans notre travail, comparativement aux données déjà publiées sur le sujet, la question d'une confusion entre la personne de confiance et la personne à prévenir peut se poser et pourrait être envisageable. Nos dossiers ayant été étudiés à partir du Logiciel RESURGENCE, alors qu'une analyse des « dossiers papier » nous aurait permis de contrôler l'existence ou non de formulaires de désignation d'une de personne de confiance, ainsi que ceux des DA.

En ce qui concerne les soins palliatifs dispensés aux urgences ou en UHCD, nous nous sommes essentiellement intéressés à la sédation. Parmi les 224 patients décédés, une sédation terminale a été initiée dans 51,8%. Lorsque le décès survient au service des urgences, le taux de sédation augmente à 68,7%. Globalement, cette sédation terminale est assurée par des morphiniques dans 13,7% des cas, du midazolam dans 4,6% des cas et une association de ces deux produits dans 50,4% des cas. On observe une régression du recours à la sédation par rapport à une étude réalisée sur la fin de vie en UHCD dans notre service en 2008. Dans ce travail, une sédation était réalisée dans 81,7% des cas, dont 58,5% par une association médicamenteuse [31]. Cette diminution du recours à la sédation en cas de décision de LATA décidée aux urgences ou en UHCD est paradoxale, notamment depuis 2016 et l'instauration par la loi Claeys-Léonetti d'un droit à la sédation profonde et continue [9]. De la même façon, Lassalle Macke retrouvait une mise en place de soins palliatifs dans 41% des cas seulement en cas de décision de LATA [20], résultat comparable à celui de l'enquête internationale sur les soins palliatifs menée en 2013 [32].

En ce qui concerne la survie après décision de LATA en SMU, il est intéressant de noter que la plupart des travaux étudient le taux de survie à un mois. Dans les études de Verniolle en 2009 [31] et de Béreau en 2012 [16], ce taux était respectivement de 16% et 35,5%. Dans notre travail, le taux de décès après décision de LATA en SMU est de 49,9%, chiffre nettement moins important que celui de l'étude de Le Conte en 2005, qui retrouvait un taux de décès de 84% dans le même contexte[15]. Cette différence pourrait être en partie expliquée par le nombre des patients perdus de vue, qui représentent 15,8% des patients inclus dans ce travail. Si notre taux est faible, il est possible que de nombreux patients regagnant leur domicile décèdent rapidement après leur sortie de l'hôpital. Cependant, il est à noter que 57% des patients qui ont regagné leur lieu de vie après une décision de LATA en SMU ont été réadmis secondairement dans le service, témoignage de leur survie après cette décision de LATA.

Dans notre étude, le délai médian entre la décision de LATA aux urgences et la survenue du décès est de plus de 24 heures (24h52), avec une moyenne de 90 heures. Cette moyenne est bien plus élevée que celle retrouvée dans le travail de Verniolle, qui était de 3h48min [28]. Toutefois, son travail a été réalisé à partir de patients pris en charge en SAUV, donc sans doute dans un état clinique plus grave au moment de la décision de LATA.

58,5% des patient décédés après une décision de LATA meurent dans la SMU, ce résultat étant similaire à celui du travail de thèse de Bonotto réalisé au CHU de Toulouse en 2015, qui retrouvait 57,6% de décès dans les mêmes conditions [34]. L'UHCD reste le lieu où la majorité des décès (54%) se produisent. Dans ces cas, le délai médian entre la décision de LATA et la survenue du décès est de 10h10, avec une DMS en UHCD de 17h21 (11 minutes à 106 heures). Dans 24,8% des cas, le décès a lieu après plus de 24 heures de séjour en UHCD. Ce constat confirme en partie le déficit du nombre de lits dédiés à la fin de vie dans notre établissement, notamment pour les décès survenant après une décision de LATA prise avant ou rapidement après l'admission en UHCD. Dans certains cas, la décision de LATA est tardive après l'admission en UHCD ou fait suite à une complication intercurrente lors du séjour dans cette unité, expliquant alors les durées de séjours supérieures à celles recommandées pour ce type d'unité d'hospitalisation et les décès tardifs en UHCD. Cependant, comme souligné dans de nombreux travaux sur le sujet [20-34], l'UHCD reste l'un des sites de choix des fins de vie, cette mission ne rentrant pourtant pas initialement dans les objectifs de ce genre d'unité d'hospitalisation. Notre établissement possède une USP, mais celle-ci n'est pas présente sur le site géographique principal, cela pouvant expliquer en partie

le faible nombre d'avis spécialisés demandés à l'EMSP. En effet, seulement deux patients ont bénéficié d'une consultation de l'EMSP lors de leur séjour dans la SMU. L'UHCD n'étant pas dédié à garder les patients hospitalisés durant plus de 24 heures [35] et comme il semble déraisonnable de transférer dans un autre établissement une personne en fin de vie dont le décès semble prévisiblement arriver à très court terme, la création d'une unité d'hospitalisation de soins palliatifs semble nécessaire dans notre hôpital. En 2012, Le Grange a étudié la nature et la qualité de prise en charge des patients en fin de vie en SMU après la mise en place d'un protocole spécifique d'accompagnement en collaboration avec l'EMSP [36]. Ceci a permis de développer une démarche palliative adaptée aux urgences et de favoriser une meilleure collaboration entre les différents acteurs.

Un tel protocole semble être difficile à mettre en place dans notre établissement, en l'absence de cette EMSP. Cependant, un tel protocole d'aide à la prise en charge palliative pourrait être intéressant, afin d'homogénéiser la prise en charge des patients en fin de vie aux urgences par les urgentistes.

Dans notre étude, 88% des patients pour lesquels une LATA est décidée aux urgences sont orientés vers le service d'UHCD. Ce résultat est supérieur à ceux de Le Conte (70%) [15] et de Béreau (68,8%) [11]. Dans un travail similaire réalisé dans le service en 2012 [19], seulement 39% des patients étaient orientés vers l'UHCD. On note également que 54 % des patients hospitalisés à l'UHCD étaient secondairement transférés dans un service de médecine. Ces résultats exposent clairement la difficulté croissante d'hospitalisation à partir des urgences et le manque de lit d'aval pour les urgences, soulignant ainsi le rôle tampon de l'UHCD.

On observe également que 30,5 % des patients pour lesquels une LATA est décidée en SMU regagnent leur lieu de vie, ce qui signifie bien que toute LATA n'est pas synonyme de décès. Par ailleurs, dans ces cas de sorties de l'hôpital après décision de LATA aux urgences, les traitements symptomatiques et étiologiques « non réanimatoires », initiés aux urgences ou en UHCD, sont poursuivis à la sortie du patient.

Du fait de la rareté des USP, de la faible disponibilité en lits d'hospitalisation dans ces unités et de la question toujours délicate du transfert de ces patients souvent considérés en fin de vie, seulement 20 sujets de notre échantillon ont été pris en charge en USP à leur sortie des urgences ou de l'UHCD. La création de lits identifiés de soins palliatifs dans les services qui sont confrontés à des fins de vie fréquentes pourrait être une solution à ce problème, mais est-ce bien là le rôle des UHCD, qui dans la quasi totalité des cas assurent la fin de vie de patients

pour lesquels une LATA est décidée aux urgences, faute de toute autre solution de prise en charge et d'hébergement.

V. Conclusion

Les fins de vie sont fréquentes dans les structures de médecine d'urgences. De ce fait la mise en place de LATA y est quasi quotidienne. Les médecins urgentistes sont confrontés à des difficultés dans la démarche éthique et l'accompagnement de ces patients, notamment à cause d'un manque de temps et d'une absence de relation avec le patient.

Depuis l'instauration d'un onglet LATA dans le logiciel RESURGENCES de notre service en 2012, notre étude montre une amélioration au niveau de la collégialité de la décision de LATA. Toutefois la collaboration avec les médecins traitants peut encore nettement être améliorée. L'autre point à améliorer est la communication avec le patient.

Cette étude montre également une « explosion » du recours à UHCD comme unité d'accueil des patients pour lesquels une LATA a été décidée à l'accueil des urgences. A l'heure actuelle, il semble nécessaire de mettre en place un réseau entre la ville et l'hôpital, afin d'éviter le recours aux SMU pour les patients en fin de vie. Celui-ci peut se faire par un travail en amont avec l'anticipation, la gestion d'évènements aigus à domicile, le recueil et l'accessibilité des souhaits du patient, mais également en aval, afin de mettre en œuvre les soins les plus appropriés et d'accompagner au mieux la trajectoire de vie ou de fin de vie des patients. Il est également nécessaire de mieux sensibiliser les médecins urgentistes aux soins palliatifs.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Ordre National des Médecins. Code de déontologie Médical. Avril 2017. [Internet] Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf> [Cité le 20 mai 2019].
- [2] Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. JORF n°132 du 10 juin 1999 ; page 8487.
- [3] Loi n°2002-303 du 4 Mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JORF du 5 mars 2002 ; page 4118.
- [4] Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. JORF n°95 du 23 avril 2005 ; page 7089.
- [5] Loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. JORF n°0028 du 3 février 2016.
- [6] Haegy JM, Andronikof M, Thiel MJ, Simon J, Bichet-Beunaiche M, Bouvier AM, et al. Ethique et urgences. Réflexions et recommandations de la société francophone de médecine d'urgence. JEUR. 2003;16:106-20.
- [7] Reignier J, Boulain T, Carpentier F, Chouihed T, Del Nista D, Dray S, et al (2018) Limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence. Un texte coécrit par le SFMU et la SRLF. [Internet] Disponible sur : https://www.sfm.org/upload/consensus/RPC_LATenurgencedef_2018.pdf [Cité le 10 avril 2019].
- [8] Rothmann C, Evrard D. La mort aux urgences. JEUR. 2005;18:3-9.

[9] Dress-ministère des Solidarités et de la Santé. Le panorama des établissements de santé. Edition 2014. [Internet] Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2014.pdf> [Cité le 10 avril 2019].

[10] Le Conte P, Riochet D, Arnaudet I, Volteau C, Legeard E, Auneau JC, et al. Épidémiologie des décès avec analyse des décisions de limitation du niveau de soins dans les services d'urgence. JEUR. 2007;S136-S139.

[11] Lalande F, Veber O (2009) La mort à l'hôpital. Rapport, Tome 1: IGAS, Rapport N° RM2009-124P. [Internet] Disponible sur : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000037.pdf> [Cité le 10 avril 2019].

[12] Duhamel G, Mejane J (2017) Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile. Rapport IGAS N°2016-064R. [Internet] Disponible sur : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-064R_.pdf [Cité le 10 avril 2019].

[13] Le Conte P, Riochet D, Batard E, Volteau C, Giraudeau B, Arnaudet I, et al. Death in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. Intensive Care Med. 2010;36:765–72.

[14] Décret n°2010-107 du 29 janvier 2010 relatif aux conditions de mise en œuvre des décisions de limitation ou d'arrêt de traitement. JORF n°0025 du 30 janvier 2010 ; p.1869.

[15] Le Conte P, Guilbaudeau S, Batard E, Trewick D, Yatim D, Gueffet I, et al. Mise en place d'une procédure de limitation ou d'arrêt des soins actifs dans un service d'urgence. Evaluation prospective sur 7 mois. JEUR. 2005;18:188-192.

[16] Béreau J, Reix A, Faure I, Gabinski C. Mise en place et premières évaluations d'un protocole d'aide à la décision éthique dans un service d'urgence. JEUR. 2013;25:4–10.

- [17] Panorama urgences 2017 Grand Est. [Internet] Disponible sur : https://www.est-rescue.fr/wp-content/uploads/2018/10/Panorama-urgences-2017_ok-Hyperliens_VF.pdf
[Cité le 20 mai 2019].
- [18] Le Conte P, Baron D, Trewick D, Touzé MD, Longo C, Vial I, et al. Withholding and withdrawing life-support therapy in an Emergency Department: prospective survey. *Intensive Care Med.* 2004;30:2216-2221.
- [19] Bailly M, Rothmann C, Bichat JB, Feintrenie C, Hoffmann M, Sander C, et al. Limitation et arrêt des thérapeutiques actives (LATA) en médecine d'urgence adulte (MU). *Urgences* 2012. [Internet] Disponible sur :
https://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2012/donnees/communications/resume/resume_46.htm [Cité le 10 avril 2019].
- [20] Lassalle-Macke A, Robert E, Violeau M. Limitation et arrêt de thérapeutique(s) active(s) aux urgences. *Éthique et santé.* 2018;15:152-160.
- [21] Tardy B, Viallon A. Fin de vie aux urgences. *Réanimation.* 2005;14:680–5.
- [22] Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. *The Lancet.* 2001;357: 9-14.
- [23] Vaïttinada A, Ayllon-Milla S, Damas-Perrichet C, Villoing B, Doumenc B, Dumas F. Évaluation des prises de décisions de limitations et d'arrêt des thérapeutiques chez les patients décédés aux urgences. *Ann. Fr. Med. Urgence.* 2018;8:217-222.
- [24] Ferrand E, Marty J. Prehospital withholding and withdrawal of life-sustaining treatments. The French LATASAMU Survey. *Intensive Care Med.* 2006;32:1498-1505.
- [25] Dumont R, Asehnoune K, Pouplin L, Volteau C, Simonneau F, Lejus C. Limitation ou arrêt de thérapeutiques actives en situations d'urgence. Le point de vue des anesthésistes réanimateurs. *Ann Fr d'Anesth Réanim.* 2010;425-430.

[26] Le Meur M, Lainé L, Roucaud N, Muller N, Paulet R, Thyrault M, et al. Implication insuffisante des médecins généralistes lors des décisions de limitation et/ou d'arrêt des traitements au sein d'un service de réanimation. *Presse Med.* 2014;43:e377-e383.

[27]. C Donzé. Place du médecin généraliste dans la limitation et l'arrêt des soins en médecine générale : enquête d'opinion en Lorraine [thèse]. Nancy : Université de Lorraine ; 2017. 47p.

[28] Pennec S, Monnier A, Pontone S, Aubry R. Les décisions médicales en fin de vie en France. *Population et sociétés. Bulletin mensuel d'information de l'INED.* Nov 2012 ; num 494.

[29] Fournier V, Berthiau D, Kempf E, D'Haussy J. Quelle utilité des directives anticipées pour les médecins ? *Presse Med.* 2013;42:e159-69.

[30] De Broca A, Traore M, Bajus F. Directives anticipées et personne de confiance en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : analyse des entretiens de personnels soignants et administratifs. *Med Pal.* 2014;13,26-33.

[31] Borer A, Bertard A, Gandar J, Delmas G, Pierrard O, Gillet P, et al. La fin de vie (FdV) en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). *JEUR.*2008.03.525.

[32] Wiese C, Lassen C, Bartels U, Taghavi M, Elhabash S, Graf B, et al. International recommendations for outpatient palliative care and prehospital palliative emergencies-a prospective questionnaire-based investigation. *BMC palliative Care.* 2013;12:10.

[33] Verniolle M, Brunel E, Olivier M, Serres I, Mari A, Gonzalez H, et al. Évaluation des démarches de limitation et d'arrêt de traitement en salle d'accueil des urgences vitales. *Ann Fr d'Anesth Réanim.* 2011;625-629.

[34] M Bonotto. Analyse des patients en limitation ou arrêt des thérapeutiques au service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse [thèse]. Toulouse : Université de Toulouse III ; 2015.35p.

[35] Gerbeaux P, Bourrier P, Chéron G, Fourestié V, Goralski M, Jacquet-Francillon T. Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. JEUR. 2001;14,144-152.

[36] Grange C, Revue E, Héron A. Accompagnement de la fin de vie aux urgences. Rev int de soins palliatifs. 2012;27:85-90.

Résumé :

Objectif : Évaluer le taux de survie et le devenir des patients en limitation ou arrêt des thérapeutiques actives aux urgences.

Patients et méthodes : Étude rétrospective, monocentrique, avec analyse épidémiologique, thérapeutique et de l'orientation des patients, réalisée au sein de la structure de médecine d'urgence du CHR de Metz, entre le 1^{er} janvier au 31 décembre 2017.

Résultats : Quatre cent quarante-neuf patients ont été inclus. Il s'agit de 261 femmes (58%) et 188 hommes (42%). L'âge moyen est de 81,7 ans (ET : 12,7). Le diagnostic est d'origine respiratoire dans 37,2 % des cas. 68 % des décisions sont prises aux urgences. La collégialité est respectée dans 94,8% des cas avec une participation du réanimateur dans 47,7%. Seulement 6,9 % des patients ont pu consentir aux soins et l'avis de la famille a été pris dans 66,8%. Aux urgences, la sédation consiste surtout en l'association de morphine et de midazolam (19,4%). Le taux de décès est de 49,9% (n=224) dont 54 % ont lieu en UHCD. 88% des patients sont orientés des urgences vers l'UHCD et 30,5% des patients inclus retournent à domicile. La durée moyenne de séjour en structure de médecine d'urgence est de 26 heures et 44 minutes.

Conclusion : Les décisions de LATA ne sont pas toujours synonymes de décès. Près d'un tiers des patients regagnent leur lieu de vie antérieur. Pour les LATA aboutissant au décès, trop de patients décèdent en UHCD, par défaut de lits d'aval hospitaliers dédiés à la fin de vie.

Abstract :

Objective: To evaluate the survival rate and fate of the patients in withhold or withdraw life sustaining therapies (LATA) in an emergency setting.

Patients and methods: Retrospective, monocentric study with epidemiological, therapeutic and patient orientation analysis, performed within the emergency medicine structure of the regional hospital center of Metz, from January 1st to December 31st, 2017.

Results: Four hundred and forty-nine patients were included. These are 261 women (58%) and 188 men (42%). The average age is 81.7 years (SD: 12.7). The diagnosis is of respiratory origin in 37.2% of cases. 68% of decisions are made in emergencies. Collegiality is respected in 94.8% of cases with a participation of the anaesthesiologists in 47.7%. Only 6.9% of patients were able to consent to care and the family's opinion was taken in 66.8%. In the emergency department, sedation consists mainly of the combination of morphine and midazolam (19.4%). The death rate is 49.9% (n = 224), of which 54% occur in UHCD. 88% of patients are referred for emergencies to UHCD and 30.5% of patients included return home. The average length of stay in the emergency medicine structure is 26 hours and 44 minutes.

Conclusion: The LATA decisions are not always synonymous with death. Nearly one third of patients return to their former home. For LATA leading to death, too many patients die in UHCD, by default hospital downstream beds dedicated to the end of life.

VU

NANCY, le **7 novembre 2019**

Le Président de Thèse

NANCY, le **8 novembre 2019**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ **10987**

NANCY, le **12 novembre 2019**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE :

Objectif : Évaluer le taux de survie et le devenir des patients en limitation ou arrêt des thérapeutiques actives aux urgences.

Patients et méthodes : Étude rétrospective, monocentrique, avec analyse épidémiologique, thérapeutique et de l'orientation des patients, réalisée au sein de la structure de médecine d'urgence du CHR de Metz, entre le 1^{er} janvier au 31 décembre 2017.

Résultats : Quatre cent quarante-neuf patients ont été inclus. Il s'agit de 261 femmes (58%) et 188 hommes (42%). L'âge moyen est de 81,7 ans (ET : 12,7). Le diagnostic est d'origine respiratoire dans 37,2 % des cas. 68 % des décisions sont prises aux urgences. La collégialité est respectée dans 94,8% des cas avec une participation du réanimateur dans 47,7%. Seulement 6,9 % des patients ont pu consentir aux soins et l'avis de la famille a été pris dans 66,8%. Aux urgences, la sédation consiste surtout en l'association de morphine et de midazolam (19,4%). Le taux de décès est de 49,9% (n=224) dont 54 % ont lieu en UHCD. 88% des patients sont orientés des urgences vers l'UHCD et 30,5% des patients inclus retournent à domicile. La durée moyenne de séjour en structure de médecine d'urgence est de 26 heures et 44 minutes.

Conclusion : Les décisions de LATA ne sont pas toujours synonymes de décès. Près d'un tiers des patients regagnent leur lieu de vie antérieur. Pour les LATA aboutissant au décès, trop de patients décèdent en UHCD, par défaut de lits d'aval hospitaliers dédiés à la fin de vie.

TITRE EN ANGLAIS : Withholding and withdrawing life-support therapy in emergency medicine: assessment and evolution of practices.

THÈSE : Médecine Générale - Année 2019

MOTS-CLEFS : Limitation ou arrêt des thérapeutiques actives - Fin de vie - Service d'urgences - Soins palliatifs - Décès.

INTITULÉ ET ADRESSE

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
