



**HAL**  
open science

# Facteurs influençant la prise de décision médicale dans les limitations et arrêts thérapeutiques en contexte d'urgence

Pierre Pili

► **To cite this version:**

Pierre Pili. Facteurs influençant la prise de décision médicale dans les limitations et arrêts thérapeutiques en contexte d'urgence. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00695669

**HAL Id: dumas-00695669**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00695669>**

Submitted on 9 May 2012

**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.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER  
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2012

N°

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE GENERALE

*Facteurs influençant la prise de décision médicale dans les limitations et arrêts thérapeutiques en contexte d'urgence*

PILI PIERRE

Né le 16 juin 1983  
à Marseille

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE\*

Le 25 avril 2012

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : Mme le Professeur F. CARPENTIER

Membres :

Mr. le professeur G. GAVAZZI

Mr. le professeur T. DEBILLON

Mme P. DUMANOIR (Maître de thèse)

*\*La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

# Remerciements officiels

**Perrine**, mon maître de thèse. Merci pour ton soutien depuis mes débuts en médecine d'urgence. Merci pour ta patience dans mes changements de sujets. Merci de recadrer mes envolées vers un peu plus de rigueur, toujours avec douceur. Ton apport dans ce projet aura été primordial. Projet né d'une fameuse expérience commune, dans un monde où l'utopie ne t'aura jamais lâché.

**Pr. Gavazzi**, un immense merci pour nos quelques échanges toujours fructueux et passionnants. Vous m'avez aiguillé vers des pistes de réflexions fondamentales pour mon sujet de thèse. Votre décalage des canons universitaires habituels nourrit ma faim d'une médecine qui se pose des questions. Vous me faites l'honneur de venir juger mon travail.

**Pr. Debillon**, votre présence dans ce projet, fait à la fois le lien parfait entre les extrêmes de la vie qui nourrissent nos débats et le lien familial. C'est en effet au travers d'Amélie que j'ai pu découvrir le monde de la réanimation néonatale et la passion qui vous anime pour les problématiques bioéthiques. Merci de venir aujourd'hui apporter votre lumière à mes questions.

**Pr. Carpentier**, vous m'avez fait confiance en m'acceptant dans le cursus de médecine d'urgence. Un grand merci pour la formation qui nous est donnée. Vous me faites aujourd'hui l'honneur de présider ma thèse, je vous en remercie. Le dernier séminaire de DESC nous aura apporté la preuve que les promotions Grenobloises font des envieux chez nos confrères, merci.

Mes parents, pour ce qu'ils sont. Un savoureux mélange de générosité, de simplicité, d'excentricité, de blagues douteuses, d'honnêteté, d'esprit de famille, de racines, de goût du travail, de goût de la détente, d'humilité, d'ambition, de discrétion, d'écoute, d'égalité...

Amélie. On ne va pas coucher... nos sentiments sur le papier. Merci d'être.

Vous tous qui avez fait le déplacement, famille, amis, amis de la famille et famille des amis. Vos kilomètres sont pour moi un témoignage d'une rare valeur. Je m'en réjouissais, je ne l'oublierai pas.

# Sommaire

1- Introduction	<i>p.5</i>
2- Matériels et méthodes	<i>p.10</i>
3- Résultats	<i>p.13</i>
3-1- Description de la population	<i>p.14</i>
3-2- Réponses au questionnaire	<i>p.18</i>
3-2-1- Critères Généraux	<i>p. 18</i>
3-2-2- Antécédents médicaux	<i>p. 20</i>
3-2-3- Rapports urgences / réanimation	<i>p.22</i>
3-2-4- Recueil et estimation de la qualité de vie	<i>p. 25</i>
3-2-5- Loi Léonetti	<i>p. 26</i>
3-2-6- LATA : structures de soins et formation	<i>p. 29</i>
3-2-7- LATA et pré hospitalier	<i>p. 31</i>
3-2-8- Amélioration des pratiques	<i>p. 33</i>
4- Discussion	<i>p.35</i>
4-1- Eléments fondamentaux qui vont influencer la LATA	<i>p.36</i>
4-2- Image renvoyée par la maladie au soignant et ressenti émotionnel du soigné	<i>p.41</i>
4-3- Rapports urgences / réanimation	<i>p.43</i>
4-3-1 Réanimation et personne âgée	<i>p.44</i>
4-3-2 Réanimation et facteurs pronostiques de survie	<i>p.47</i>
4-4- Estimation de la qualité de vie	<i>p.49</i>
4-5- Connaissance de la loi Léonetti	<i>p.52</i>
4-6- Isolement ou collégialité	<i>p.56</i>
4-7- LATA aux urgences	<i>p.57</i>

4-7-1 Structures et formations	<i>p.57</i>
4-7-2 Recommandations	<i>p.58</i>
4-8- L'exercice singulier du pré hospitalier	<i>p.60</i>
4-9- Pourquoi s'interroger sur cette problématique	<i>p.61</i>
5- Conclusion	<i>p.63</i>
6- Serment d'Hippocrate	<i>p.67</i>
7- Annexes	<i>p.69</i>
Annexe 1 : Questionnaire initial envoyé par mail	<i>p.70</i>
Annexe 2 : Questionnaire en ligne version <i>Google Doc</i>	<i>p.75</i>
Annexe 3 : Recommandations pour l'admission en réanimation selon la SCCM	<i>p.82</i>
8- Bibliographie	<i>p.83</i>
9- Remerciements officiels	<i>p.87</i>

# **1-Introduction :**

Le médecin urgentiste dans sa pratique en service d'accueil ou en pré-hospitalier est confronté à des situations de détresse vitale aiguë, qui imposent de se prononcer sur des actes afin d'apporter au patient un soin proportionné. La loi de 2005 sur le droit des malades, dite loi Léonetti [1] a clairement remis au centre des préoccupations, la lutte contre deux dérives génératrices de malaise et de perte de sens : l'acharnement thérapeutique et l'euthanasie [2]. Le médecin doit ainsi clairement positionner son projet de soin sans tomber dans l'un de ces deux écueils. Ainsi sont mis en balance majoritairement, la poursuite d'une réanimation cardio- pulmonaire dans un arrêt cardiaque, l'intubation oro-trachéale lors d'une nécessité de supplanter l'appareil ventilatoire, le remplissage vasculaire, la mise en route d'amines vasopressives ou l'acceptation d'un processus normal et l'accompagnement dans la dignité qui incombe au corps soignant.

Naît alors de ce constat, la lourde problématique de la concrétisation de ces prises de décision. Comment le médecin est-il amené à orienter le soin proportionné vers tel ou tel acte dont peuvent découler des issues bien différentes ?

Le raisonnement clinique est en effet au cœur de la compétence médicale. Pourtant dans le domaine de l'urgence, il fait l'objet d'une attention très modeste de la part des chercheurs, au regard des autres déterminants de performance des médecins.

T.Pelaccia [3] et al. ont décrit en 2011, les processus de raisonnement non analytique ou intuitif et de raisonnement en chaînage avant.

Le raisonnement non analytique est décrit comme une démarche intuitive, basée sur la reconnaissance de formes connues, d'expériences vécues ou encore de tableaux cliniques fortement évocateurs.

Ce premier principe est fortement corrélé à l'expérience du médecin, à son vécu. Ainsi, face à un homme de 60 ans en surpoids, suant et se plaignant d'une douleur dans la poitrine, va jaillir de manière simplifiée l'hypothèse d'un syndrome coronarien aigu.

Le raisonnement non analytique accélère ainsi la prise de décision puis la mise en place d'une démarche hypothético-déductive qui permet d'infirmier ou de confirmer les premières impressions.

L'autre type de raisonnement dit de « chainage avant », concernerait plutôt le jeune médecin qui, ne reconnaissant pas au premier abord de forme clinique évocatrice d'un tableau particulier, va cheminer depuis des données cliniques et para-cliniques vers la solution de manière consciente, grâce à l'application de règles causales et conditionnelles.

Si ce schéma de raisonnement non analytique ou intuitif semble permettre une démarche performante dans la médecine de diagnostic, il en découle une certaine perplexité quant à son existence dans les démarches de limitation ou d'arrêt des soins en contexte d'urgence.

En effet, on peut craindre que le raisonnement initial d'un médecin face à une situation de fin de vie ne parte d'une intuition dont la recherche des données cliniques ultérieures ne valent que par la justification dudit ressenti.

Or, il paraît évident que ce champ de la médecine - les Limitations et Arrêts des Thérapeutiques actives (LATA) - déborde de la pure formation médicale et des connaissances scientifiques, pour s'inscrire dans une problématique bien plus large...

Quel regard porter en tant que soignant, sur la personne âgée, la fin de vie, la perte d'autonomie. Comment définir mon rapport à la mort, à la perspective du soin ?

Ne suis-je pas tenté de me projeter dans les propres choix que je serais amené à faire si les rôles étaient inversés ?

Toutes ces questions peuvent perturber le raisonnement intuitif.

L'idée de ce sujet de recherche est née durant un semestre en réanimation médicale, au cours de mon cursus de DESC de médecine d'urgence.

La fréquence des situations de fin de vie imposant des décisions lourdes comme l'intubation oro-trachéale, la mise en place d'une dialyse, la mise en route d'un massage cardiaque, l'arrêt d'une ventilation mécanique a généré le cœur de ce travail.

La naissance même de cette thèse repose également sur les remarques et les interrogations des plus jeunes, ceux qui posent des questions à leurs internes : les externes. Combien de fois ai-je entendu ? :

- Pourquoi a-t-on arrêté chez Monsieur T... ? Pourquoi vous continuez chez Mme D... ?

- Mais c'est de l'acharnement ça non... ?

Au fond, parce que ces commentaires sont souvent faits à demi-mot...

A demi-mot, c'est donc bien la preuve d'un malaise, d'un tabou... Justifier la mort ou la poursuite de la vie... Aurait-on peur de jouer aux petits dieux... Si l'on n'est pas serein avec nos actes, alors peut-être ?

Nous avons ainsi bâti cette thèse sur la recherche des facteurs influençant la prise de décision médicale dans les limitations et arrêts thérapeutiques en contexte d'urgence, au travers d'un questionnaire adressé à des médecins. Espérant dresser un tableau des pratiques, afin de percer ce qui se trame dans ces décisions de LATA. Dans un second temps, objectiver les données recueillies face aux résultats de la littérature médicale.

Tout le but de cette recherche est là, retrouver de l'objectivité, appuyer son raisonnement sur des données précises scientifiques, validées, sortir d'une caricature de raisonnement intuitif...

Bien sûr il n'y a pas de réponses toutes faites face à des pathologies toujours singulières... Mais en présence de situations délicates, il apparaît souhaitable de revenir au « chainage avant », de revenir au questionnement.

## **2-Matériels et méthodes :**

La première étape de recherche s'est axée sur une recherche bibliographique. Les données d'entrées furent les LATA, les soins d'urgence, les soins en pré-hospitalier, la décision de soin en relation avec les services de réanimations, la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie de 2005 dite loi Léonetti, les conférences de consensus et d'experts de la SFAR [4], SFMU [5], SRLF [6]. Le moteur de recherche utilisé fut *Biblio-Inserm* via la base de données *PubMed*.

Un questionnaire comportant ainsi neuf items et une description du profil des soignants a été réalisé (Annexe 1). Celui-ci a été envoyé par mail aux 93 médecins urgentistes travaillant dans les services d'urgence et de Smur des centres hospitalier universitaire de Grenoble et centre hospitalier régional d'Annecy.

Le questionnaire a été envoyé en janvier et février 2012. Les réponses se sont étalées jusqu'à début Mars 2012. Elles ont été traitées dans une base de données Excel.

Deux vagues de rappels ont été nécessaires et en cours de recueil, un nouveau questionnaire diffusé via l'application *Google Doc* a été réalisé, optimisant le taux de réponses par un procédé et un renvoi simplifiés. L'argument du caractère plus ludique d'un formulaire informatique étant soulevé dans ce type de sondage. La lisibilité y est également plus commode (Annexe 2).

La structure du questionnaire s'articule en 10 items et comprend des sous questions. Un mail contenant une courte introduction, suivie des modalités pratiques de réponses a été diffusé.

Les thèmes abordés sont les suivants :

- Items généraux influençant les LATA en contexte d'urgence
- Impact des antécédents médicaux
- Evaluation des rapports urgences / réanimation
- Qualité de vie
- Loi Léonetti
- Collégialité
- Structures d'aval
- Médecine pré hospitalière
- Profil des sondés

Les réponses ont été traitées et explorées au regard de la littérature médicale actuelle.

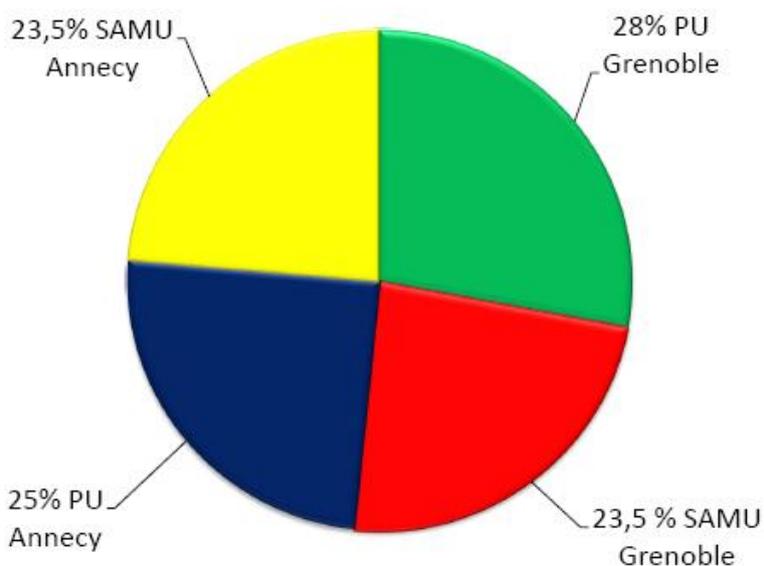
### **3-Résultats :**

### 3-1- Description de la population :

Le sondage s'est adressé aux 93 médecins exerçant dans les services d'urgences et SAMU/SMUR du centre hospitalier universitaire de Grenoble et du centre hospitalier régional d'Annecy.

La répartition entre les deux pôles et l'activité des médecins est à peu près équivalente. Elle est décrite dans le schéma suivant :

#### Répartition des 93 médecins sondés par CH et activités



Le taux de réponse fut de 48,5%. Soit 45 médecins sur 93 sondés, qui ont répondu.

Le profil de ces médecins montre une parfaite parité avec 50% d'hommes et 50% de femmes.

L'âge moyen est de 35,34 années.

## Description de la population

Sexe ratio

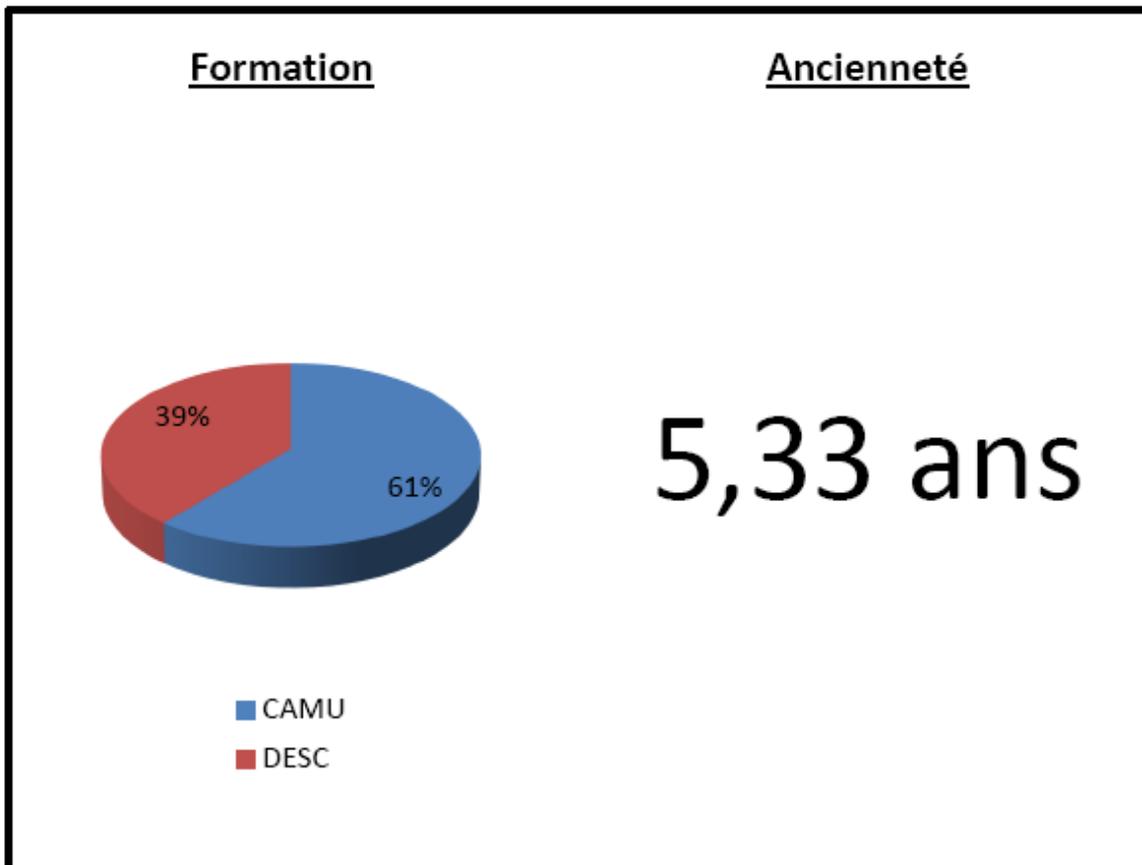
Age moyen



■ hommes  
■ femmes

35,34 ans

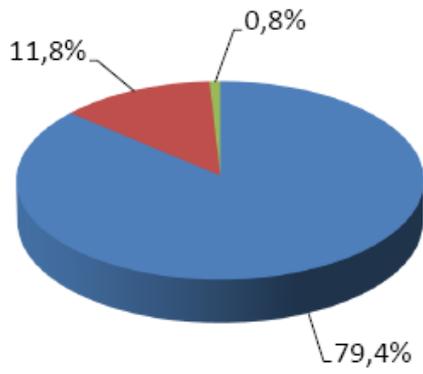
La formation regroupe deux filières essentiellement avec 61% de personnes ayant obtenus la Capacité de Médecine d'Urgence et 39% le Diplôme d'étude spécialisées complémentaires de médecine d'urgence. Il faut souligner que ces derniers sont plus jeunes et exercent depuis moins de temps. En moyenne, les médecins exercent depuis 5,33 années mais la durée médiane de travail remonte à 7 ans, en raison d'une participation active d'une population jeune de médecins récemment diplômés.



L'activité médicale est majoritairement réalisée à temps plein à 79,4%, tandis que le temps partiel représente 11,8% et 0,8% des médecins effectuent de la recherche et/ou de la formation en complément de la pratique clinique.

Un exercice exclusif en urgences médicales et/ou chirurgicales est effectué par 27,7 % des sondés. Un exercice exclusif de SAMU/SMUR comprenant de la médecine de régulation et de la médecine de terrain est effectué par 33,3 % d'entre eux. Enfin, c'est la mixité qui domine avec 39,4%.

### Temps de travail

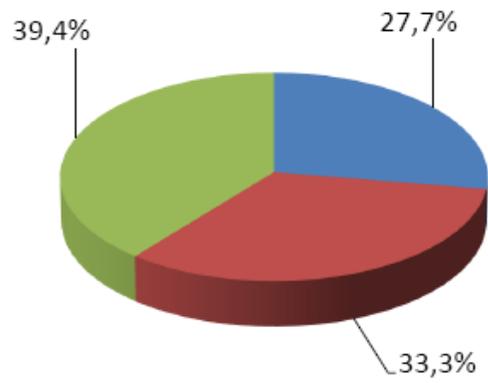


■ temps plein

■ temps partiel

■ recherche/formation

### Activité médicale



■ Urgences

■ SAMU/SMUR

■ Mixte

### 3-2- Réponses au questionnaire :

#### 3-2-1- Critères Généraux : (Cf. Annexe 1 / Question 1)

Les sondés devaient choisir les quatre items qu'ils jugeaient les plus pertinents dans la décision de LATA.

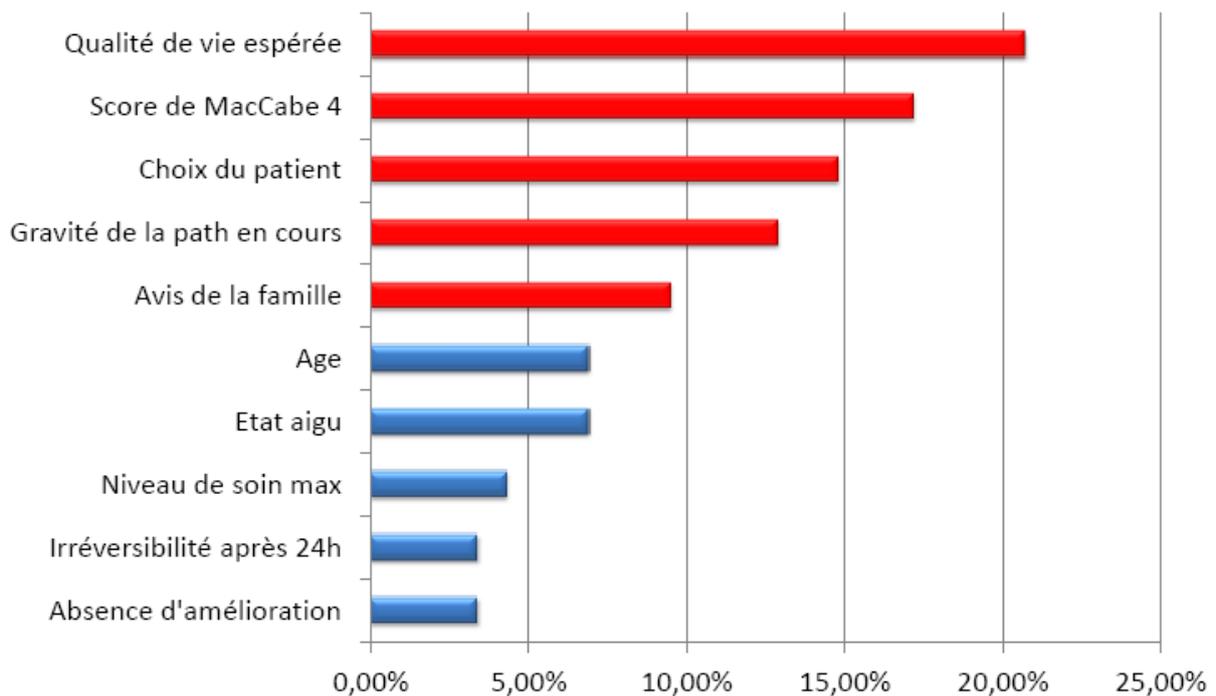
Les dix items proposés sont en désordre : Qualité de vie espérée, pathologie sous-jacente létale dans l'année (score de MacCabe 3 – décompensation aigue cirrhotique, insuffisance cardiaque terminale stade 4 NYHA, insuffisance respiratoire déjà ventilée, cancer métastasé-), choix du patient, gravité de la pathologie en cours, avis de la famille, état clinique aigu, âge, niveau de soin considéré comme maximal, absence d'amélioration après traitement actif, irréversibilité de la détresse dans les premières 24 heures.

**1-Parmi les items suivants pouvez-vous prioriser les quatre éléments fondamentaux qui selon vous, vont largement influencer votre décision de LATA.**

ITEMS	Nombre de citations	%
L'état clinique aigu du patient	8	6,9 %
La gravité de la pathologie en cours	15	12,9 %
L'avis de la famille	11	9,5 %
La qualité de vie espérée	24	20,7 %
Une pathologie sous-jacente létale dans l'année : (Score de MacCabe 3), insuffisant cardiaque stade IV NYHA / insuffisant respiratoire déjà ventilé / cancer métastasé / décompensation hémorragique de cirrhose.	20	17,2 %
L'absence d'amélioration après traitement actif	4	3,4 %
L'irréversibilité de la détresse dans les 24 premières heures	4	3,4 %
Un niveau de soin considéré comme maximal	5	4,3 %
Le choix du patient	17	14,8 %
L'âge	8	6,9 %

Les médecins ayant choisis quatre items sur une liste proposée de 10 items différents, nous avons pu dresser un graphique qui met en évidence la fréquence des citations.

## Classement des items par citations



De ce premier graphique, nous pouvons mettre en évidence que les 10 items ont été cités dans au moins 3,4% des cas. Aucun d'entre eux n'a pas été pris en compte par les praticiens. Il se dégage une tendance pour les cinq items notés en rouge : qualité de vie espérée, citée dans près de 21% des cas, score de MacCabe cité dans près de 17% des cas, puis choix du patient (14,8%), gravité de la pathologie en cours (12,9%) et avis de la famille avec 9,5%.

### 3-2-2- Antécédents médicaux : (Cf. Annexe 1 / Question 2)

Souhaitant ensuite explorer quels antécédents médicaux étaient particulièrement péjoratifs aux yeux des médecins dans une décision de LATA, la liste ci-dessous leur a été transmise.

Chaque sondé devait retenir 3 items qu'il pensait influençant pour une limitation thérapeutique.

La liste regroupe des pathologies retrouvées dans le score de MacCabe ainsi que des antécédents altérant la vie de relation, le statut fonctionnel et le degré d'autonomie.

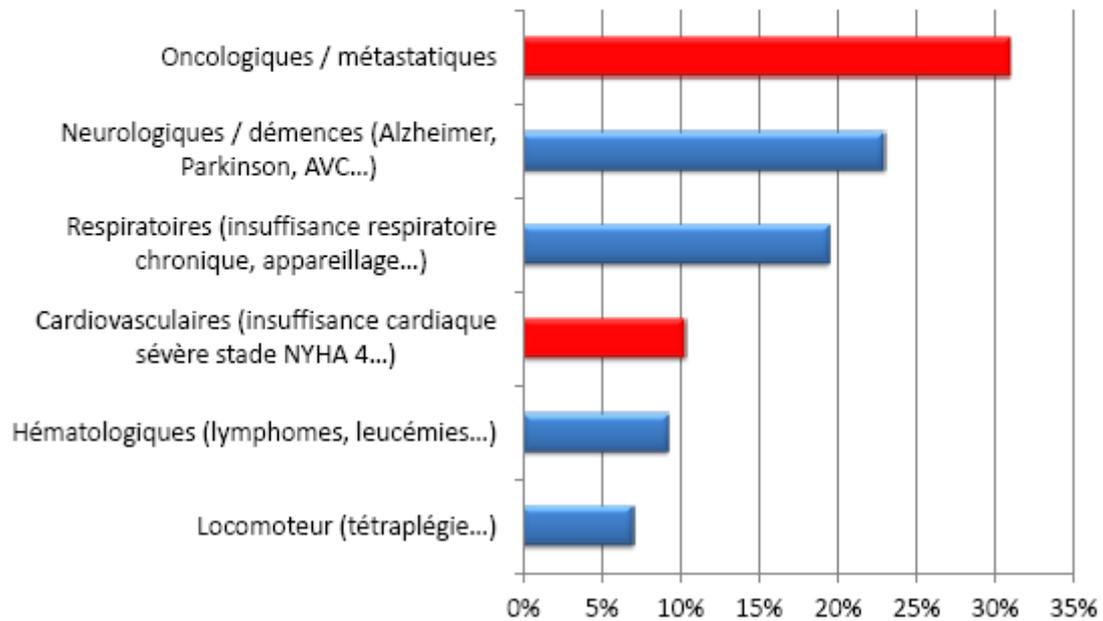
Le tableau suivant collige les items tels que proposés.

#### **Parmi les antécédents médicaux suivants, quels sont ceux qui vous paraissent le plus péjoratifs.**

Antécédents	Citations	%
Oncologiques / métastatiques	27	31,00%
Hématologiques (lymphomes, leucémies...)	8	9,20%
Respiratoires (insuffisance respiratoire chronique, appareillage...)	17	19,50%
Neurologiques / démences (Alzheimer, Parkinson, AVC...)	20	23,00%
Cardiovasculaires (insuffisance cardiaque sévère stade NYHA 4...)	9	10,30%
Locomoteur (tétraplégie...)	6	7,00%

Nous avons ensuite réalisé un graphique par fréquence de citations avant de mettre en évidence des facteurs pertinents aux yeux du décisionnaire.

## Classement des items par citations



Nous constatons une forte domination de la maladie cancéreuse métastatique avec plus d'un tiers des citations. Dominent également les troubles respiratoires chroniques (19,50%) et l'altération des fonctions supérieures (23%). L'insuffisance cardiaque est en retrait avec 10,30% des citations.

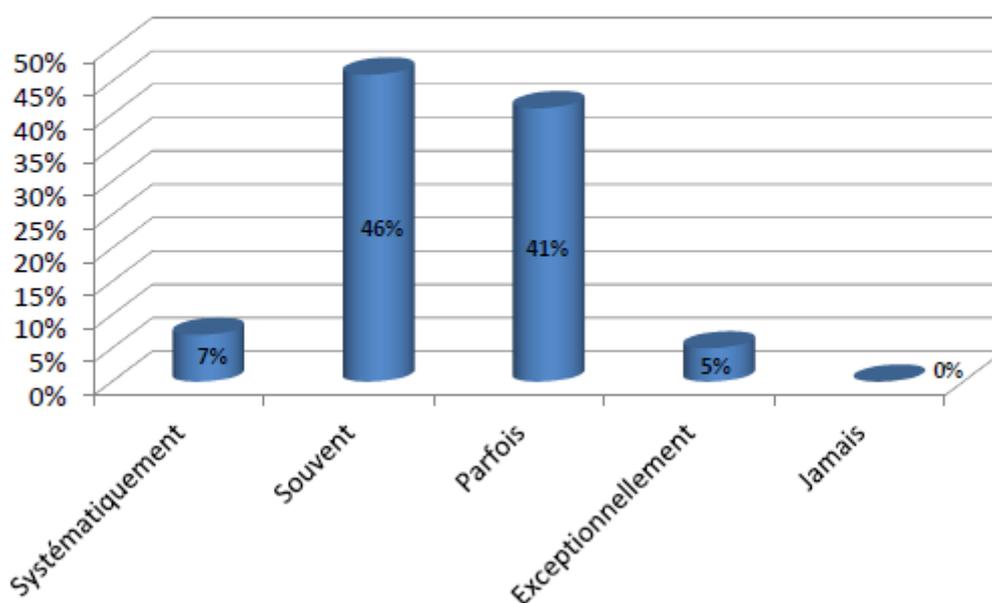
### 3-2-3- Rapports urgences / réanimation : (Cf. Annexe 1 / Question 3)

Dans la nécessaire collégialité inhérente à ces décisions difficiles, le médecin urgentiste travaille souvent en collaboration avec un médecin réanimateur, soit pour un avis simple sur un patient présentant une décompensation aiguë, soit pour poser une LATA, soit encore pour un lit d'aval.

Le premier contact est téléphonique et nous avons souhaité savoir dans quelle mesure cet appel était suivi d'un déplacement au lit du malade et quelle influence, l'avis du médecin réanimateur pouvait avoir, sur le raisonnement du médecin urgentiste.

Le graphique suivant présente le taux de déplacement du médecin réanimateur dans une potentielle décision de LATA :

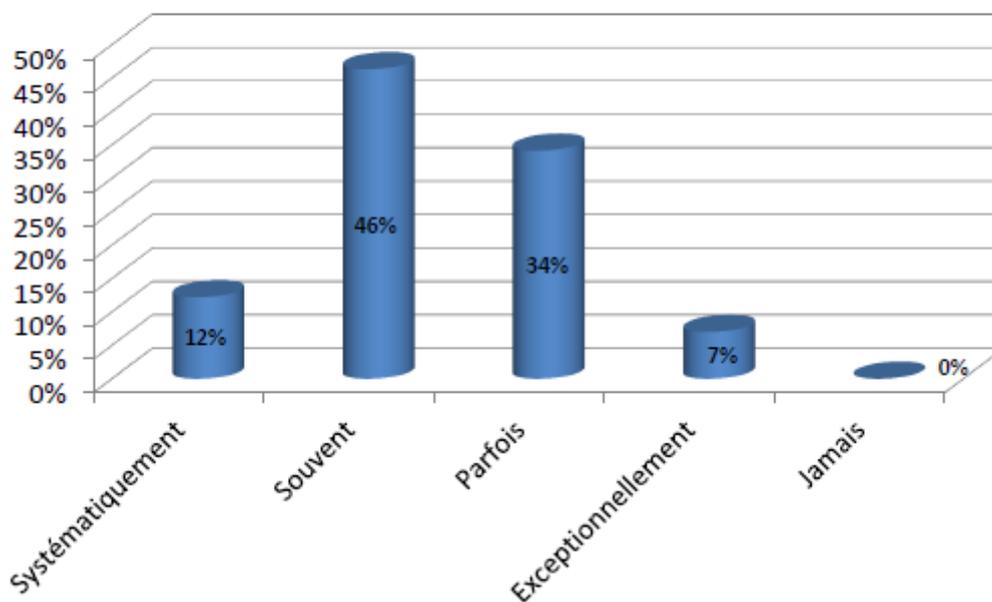
*A- Lors de la gestion d'un patient présentant une urgence vitale, vous êtes appelé à prendre avis auprès du réanimateur d'astreinte. La présentation téléphonique est-elle suivie d'un déplacement au lit du malade :*



On note que le déplacement auprès du patient n'est systématique que dans 7% des situations relevant d'un LATA selon les médecins interrogés.

Le graphique suivant permet de mesurer l'importance de l'influence du réanimateur sur la décision de LATA engagé par le médecin urgentiste

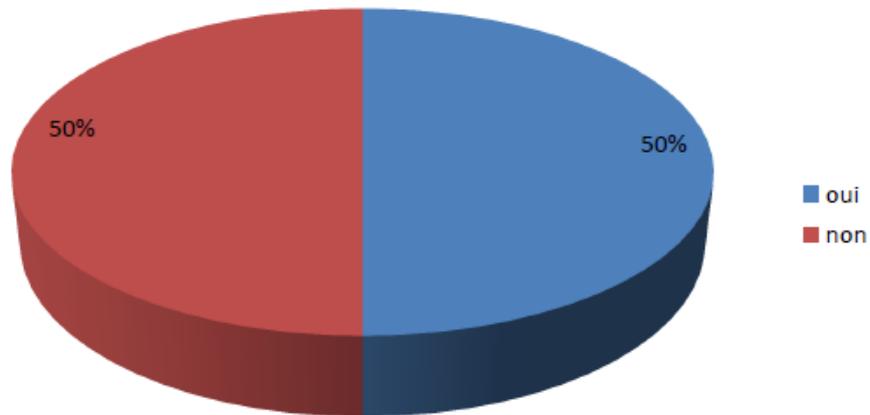
*B- L'avis du réanimateur sur la décision de LATA influence votre propre avis :*



Il apparaît que 12% des médecins se réfèrent systématiquement au réanimateur pour une décision de LATA et 46% le font souvent. Aucun d'entre eux ne prétend jamais s'y fier.

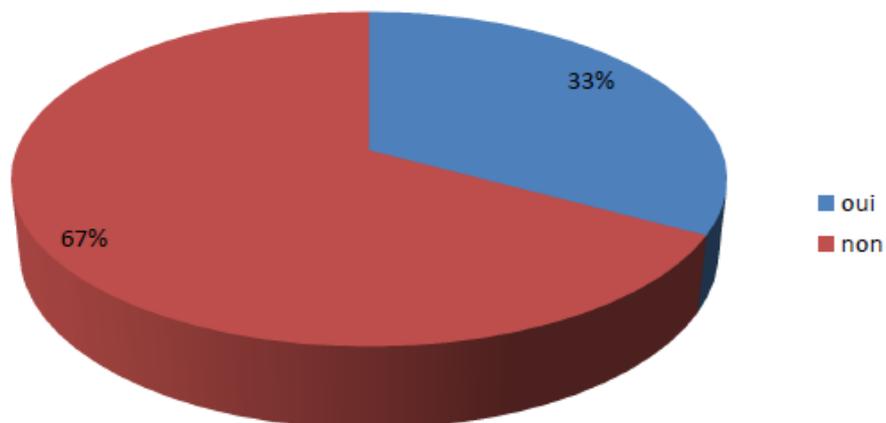
En cas de désaccord ou de refus, le médecin peut tenter d'orienter son patient vers une autre structure. Le schéma suivant montre que ce cas de figure s'est déjà présenté pour 50% des sondés.

*C- Avez-vous déjà transféré un patient relevant selon vous de la réanimation dans une autre structure ou un autre service de réanimation, après refus de votre structure référente ?*



Ci-dessous nous avons exploré le cas du désaccord et la possibilité de demander un deuxième avis. Plus d'un tiers déclare avoir déjà demandé un second avis de réanimateur.

*D- Avez-vous déjà demandé un deuxième avis auprès d'un autre réanimateur en cas de désaccord avec votre structure référente ?*



### 3-2-4- Recueil et estimation de la qualité de vie : (Cf. Annexe 1 / Question 4)

Devant la prépondérance dans les études, de l'importance attachée à la qualité de vie, nous avons interrogé les médecins sur le mode de recueil de cette donnée. Trois modes de recueil ont été proposés : Discussion autour des activités de la vie quotidienne avec la famille, proches institutions / Echelles de qualité de vie / Dossier informatisé, compte rendu d'unité de concertation pluridisciplinaire.

Le sondés devaient classer par ordre d'importance ces trois données.

Une quasi unanimité s'est dégagée puisque plus de 90% des médecins s'accordent sur l'item « Discussion des activités de la vie quotidienne avec la famille, proches institutions » comme le mode de recueil principal.

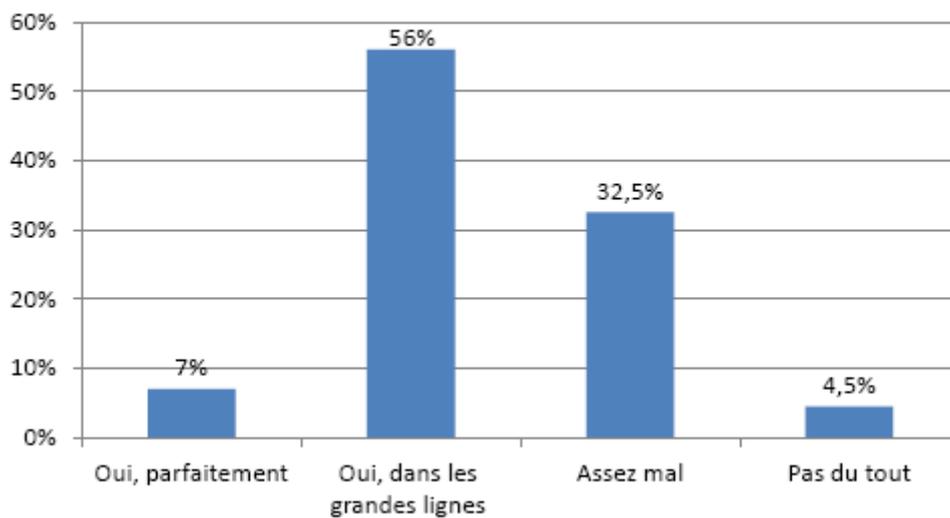
En deuxième position, la majorité des sondés (77%) place l'item « Dossier informatisé, compte rendu d'unité de concertation pluridisciplinaire ».

Près de 78% des praticiens place en dernière position l'item « Echelles de qualité de vie ».

### 3-2-5- Loi Léonetti : (Cf. Annexe 1 / Question 5, 6, 7)

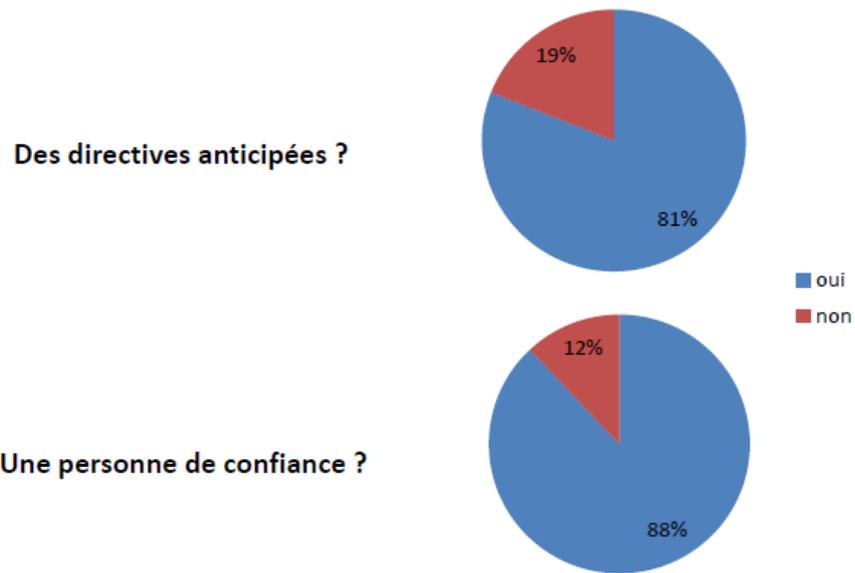
La loi Léonetti, au cœur de la décision de LATA, promulguée en 2005, intitulée Loi relative aux droits des malades et à la fin de vie, est pourtant assez mal connue pour 32,5% des médecins, seulement 7% d'entre eux déclarent la connaître parfaitement. La majorité pense en connaître les grandes lignes (56%).

#### **Considérez-vous connaître correctement la Loi 2005-370 du 22 avril 2005, dite Loi Léonetti ?**



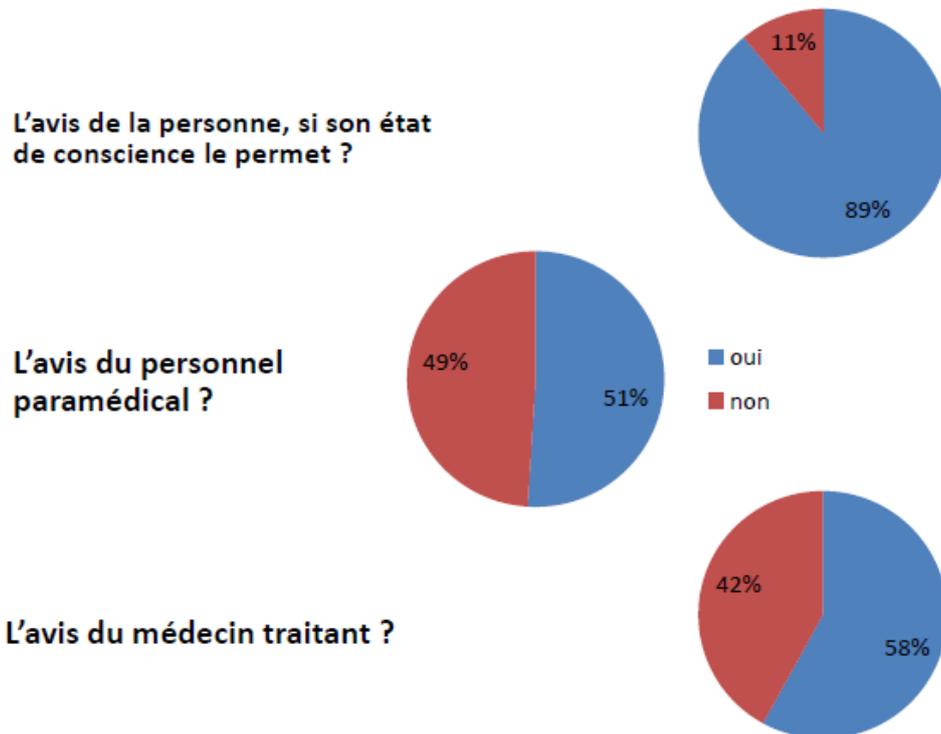
La Loi Léonetti replace au centre de la décision médicale la recherche de directives anticipées, la consultation d'une personne de confiance et le choix du malade. Nous avons interrogé les acteurs de l'urgence sur la recherche de ces éléments dans la décision de LATA et avons adjoint des éléments qui semblent pertinents dans le cadre de la collégialité : avis du personnel médical et place du médecin traitant.

**Recherchez-vous systématiquement lors de ces potentielles LATA :**



Les directives anticipées sont systématiquement recherchées par 81% des médecins.

La personne de confiance par 88% d'entre eux.



L'avis de la personne de confiance est recherché systématiquement par 89% des médecins.

L'avis du personnel médical par 51% d'entre eux et celui du médecin traitant par 58%.

La Loi Léonetti replace également la nécessaire collégialité dans les limitations et arrêts thérapeutiques.

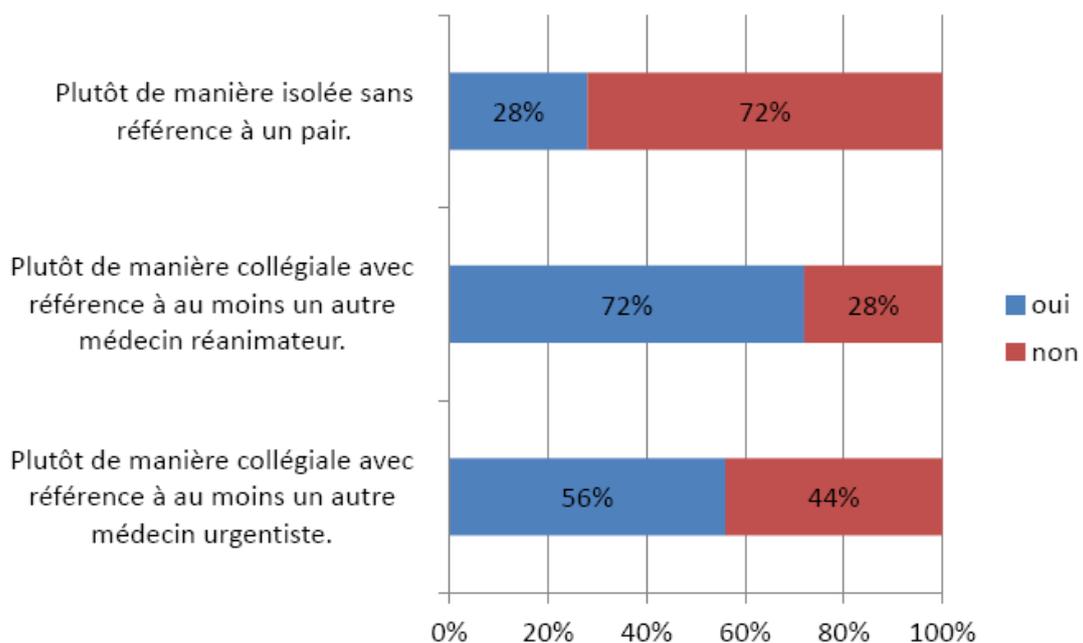
Les praticiens ont été interrogés sur la référence à leurs pairs.

On constate que 28% des médecins prennent des décisions plutôt de manière isolée sans référence à un confrère.

C'est la collégialité partagée avec un médecin réanimateur qui domine, puisque 72% des sondés déclarent solliciter ces derniers.

56% des médecins urgentistes discutent également du cas avec un confrère.

**Diriez-vous concernant la prise de décision finale de LATA en contexte d'urgence, qu'elle se prend :**



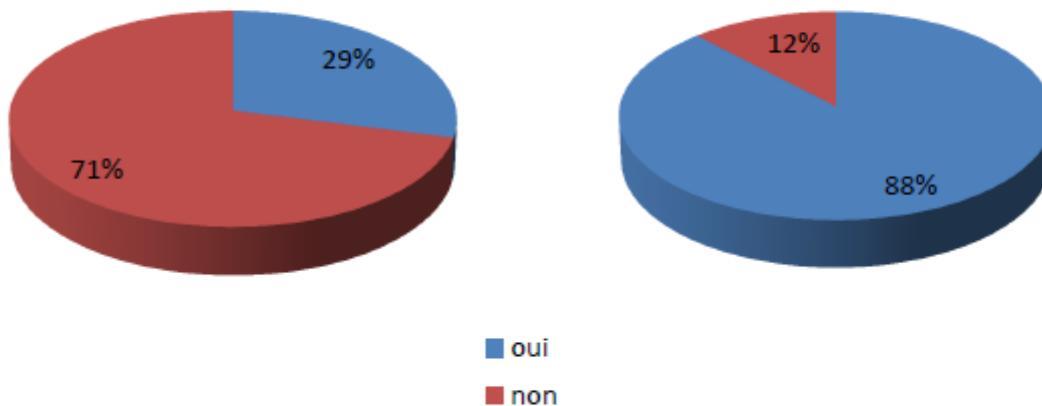
### 3-2-6- LATA : structures de soins et formation : (Cf. Annexe 1 / Question 8)

Si le contexte clinique implique de ne pas entreprendre de manœuvre agressive de réanimation, le patient devra être accueilli dans une structure capable de gérer une situation de fin de vie tant sur le plan physique, que psychique et familial.

Les deux centres soumis aux questionnaires ont des habitudes de soins variables et il est intéressant de noter que les médecins travaillant dans le même service ne portent pas le même regard sur les lits d'aval et la formation du personnel.

L'hôpital dispose de structures de soins palliatifs aptes à recevoir des patients entrant via le pôle urgence.

La prise en charge des décisions de LATA se fait souvent dans la structure même urgences/UHCD.

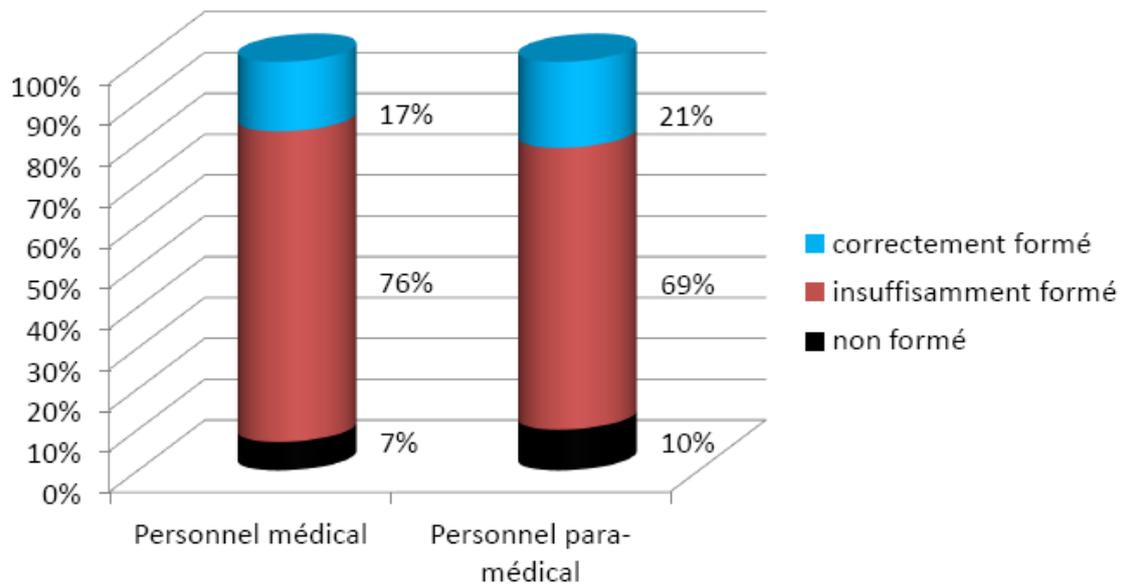


71% des médecins pensent qu'il n'existe pas de structure de soins palliatifs aptes à recevoir des patients entrant via le pôle urgence. Et 88% rapportent que la prise en charge des décisions de LATA se fait souvent aux urgences ou en UHCD.

Les acteurs de l'urgence ont ensuite évalué leur propre formation sur le sujet ainsi que celle du personnel médical.

Le graphique suivant recense cette évaluation :

Comment jugez-vous la formation du personnel aux urgences/UHCD en ce qui concerne la prise en charge du patient et/ou de la famille, une fois la décision posée ?



Trois niveaux de formations ont été donnés : correctement formé, insuffisamment formé et non formé.

Il n'y a pas de réelle différence entre le personnel médical et para-médical.

Environ 70 à 75% du personnel quel qu'il soit, est jugé insuffisamment formé et seul 17 à 21% est jugé correctement formé.

### 3-2-7- LATA et pré hospitalier : (Cf. Annexe 1 / Question 9)

L'exercice singulier de la médecine pré hospitalière nous a conduits à interroger les médecins sur les difficultés qu'ils rencontraient pour prendre des décisions éclairées.

Nous avons demandé aux médecins d'isoler trois raisons dans la liste ci-dessous pour lesquelles la décision éclairée de LATA en pré- hospitalier leur paraissait complexe.

*Quelles difficultés vous paraissent prépondérantes dans les décisions de LATA en pré-hospitalier ?*

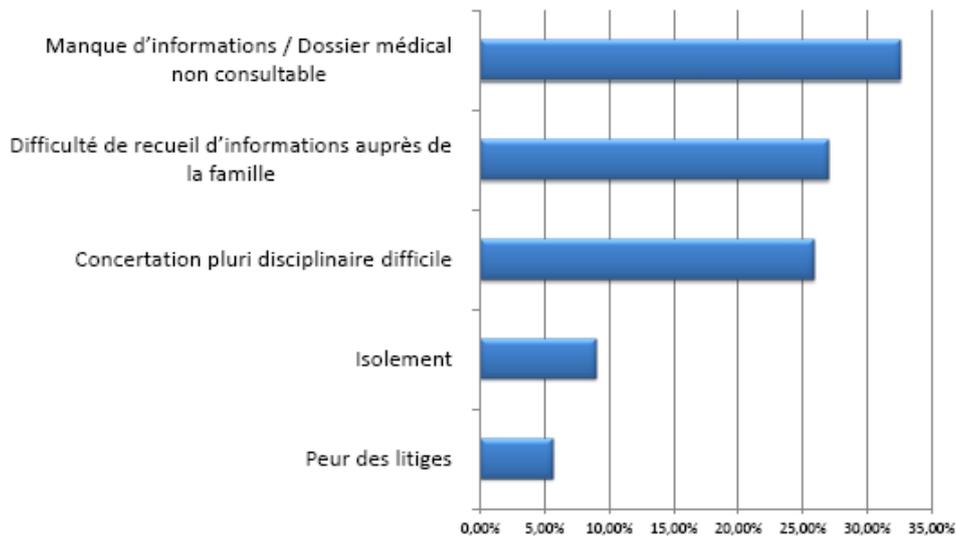
ITEMS	Citations	%
Concertation pluri disciplinaire difficile	23	25,80%
Manque d'informations /Dossier médical non consultable	29	32,60%
Isolement	8	9,00%
Difficulté de recueil d'informations auprès de la famille (stress, temps limité, pression entourage...)	24	27,00%
Peur des litiges	5	5,60%

Nous avons ensuite construit un graphique classant les items proposés en fonction de leur fréquence de citation.

La peur des litiges est minoritaire avec 5,60% et l'isolement n'est cité que dans 9% des cas.

Dominant en trio de tête, la concertation pluri disciplinaire difficile (25,80%), la difficulté de recueil des informations auprès de la famille en raison du contexte (27,00%) et enfin le manque d'information et l'absence de dossier médical consultable avec 32,60% des citations.

## Classement des items par citations

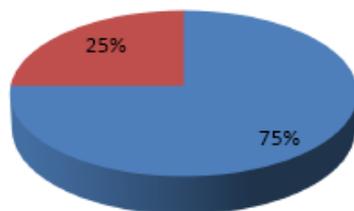


Les graphiques suivantes montrent que l'exercice du pré hospitalier confronte fréquemment le praticien à une potentielle LATA.

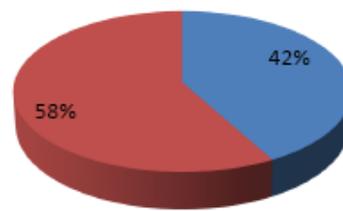
Dans l'année en cours, 75% des intervenants en smur y ont été exposé et près de 42% l'ont été dans le mois écoulé.

*Avez-vous été confronté à une situation de LATA en pré hospitalier dans votre exercice durant :*

L'année en cours :



Durant le dernier mois :



■ oui  
■ non

### 3-2-8- Amélioration des pratiques : (Cf. Annexe 1 / Question 9c)

Dans un souci d'ouverture, nous avons questionné les médecins sur les manières d'améliorer notre prise en charge de ces décisions délicates qui ne sont que peu abordées dans notre processus de formation.

Cinq items ont été choisis en fonction de ce qui est actuellement mis en place de manière isolée ou volontaire mais non généralisée.

La liste des items et leur fréquence de citation est reportée dans le tableau ci-dessous.

*Dans un but d'amélioration de nos pratiques, quelles mesures souhaiteriez-vous voir mises en place ?*

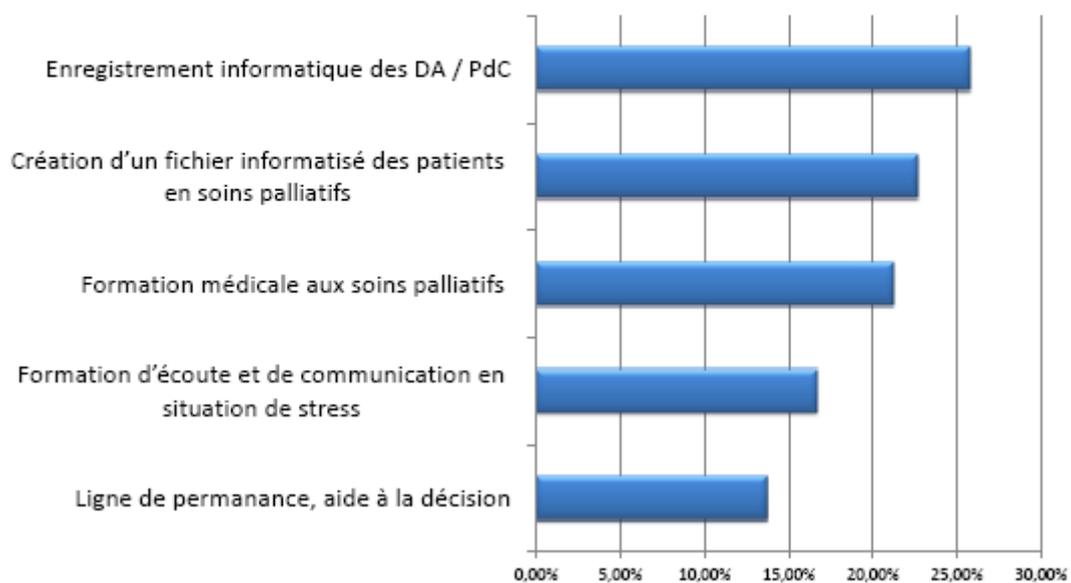
ITEMS	Citations	%
Formation médicale aux soins palliatifs	14	21,25%
Formation d'écoute et de communication en situation de stress	11	16,65%
Création d'un fichier informatisé des patients en soins palliatifs	15	22,70%
Enregistrement informatique des directives anticipées et personnes de confiance	17	25,75%
Création d'une ligne de permanence, d'aide à la décision collégiale en situation de LATA	9	13,65%

Le graphique suivant montre leur classement par ordre de fréquence.

Les deux éléments prédominant sont des supports d'aide à la décision avec un enregistrement informatique des directives anticipées et personnes de confiance (cité dans 25,75% des cas) et la création d'un fichier informatisé des patients en soins palliatifs (22,70% des cas).

La notion de support supplante la nécessité de formation avec respectivement 21,25% et 16,70% pour des formations aux soins palliatifs et des formations à l'écoute et à la gestion du stress.

## Classement par citations



## **4-Discussion :**

#### **4-1- Eléments fondamentaux qui vont influencer la LATA :**

Le collège lorrain de médecine d'urgence s'est prononcé sur des marqueurs d'aide à la décision pour les limitations thérapeutiques aux urgences en les proposant sur une forme de classement par ordre de priorité [7]. La SFMU s'est prononcé sur des recommandations de bonnes pratiques cliniques concernant l'application de la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie de 2005. La SRLF a édicté des recommandations pour la limitation et l'arrêt des traitements en réanimation adulte.

La question 1 reprend une partie de ces indicateurs et les déstructure. Il est demandé aux sondés d'en choisir quatre et de la classer par ordre d'importance. Cela afin de mettre en exergue des facteurs particulièrement forts dans l'influence d'une décision médicale.

Peu d'études françaises ont tenté de colliger ces items et il est intéressant de comparer nos résultats à une entreprise française datant de 1998. Il s'agit d'une étude mono-centrique, prospective réalisée au CHU de Nantes de Janvier à Septembre 1998 [8]. Le but commun était de définir des critères de LATA aux urgences auprès de patients relevant d'une pathologie non traumatique aigue. Les trois critères principaux relevés furent, la pathologie aigue en cours, l'irréversibilité du désordre aigu attendue dans les 24 heures et le niveau de soin considéré comme maximal. Dans notre étude ces critères ne sont pas retrouvés dans les plus cités.

Si la gravité de la pathologie en cours figure en quatrième position avec 12,9% de citations, on constate que l'irréversibilité dans les 24 heures et le niveau de soin considéré comme maximal, ne représentent respectivement que 3,4% et 4,3% des citations. Les trois items les plus cités dans notre étude sont respectivement la qualité de vie espérée, le score de MacCabe et le choix du patient. Cette mutation en près de quatorze années mettant en avant des critères de sens ou de qualité plutôt que des critères clinique aigus est une piste de réflexion intéressante.

Entre 1998 et aujourd'hui, ont été publiés notamment la Loi Léonetti et la société s'est emparé du débat entourant la fin de vie. Ainsi naissent dans l'esprit des médecins, des préoccupations d'ordre moins technique dans une décennie qui en connaît pourtant davantage. Toute la difficulté naît de cette piste. Si des critères comme la qualité de vie espérée, le choix du malade, l'avis de la famille sont fréquemment cités, la complexité de leur recueil reste problématique.

Qu'est ce qu'un choix éclairé en période aigue de décompensation médicale ? Comment le recueil-t-on ? Le médecin urgentiste a-t-il reçu une formation décente pour l'annonce d'un diagnostic difficile, pour expliquer une impasse thérapeutique, pour aborder sereinement la mort avec un patient ?

Le respect émane-t-il de la personne ou de ses dires ?

Concernant l'avis de la famille. Il est nécessaire de rappeler que seul le médecin décide et que la famille ne peut qu'émettre des souhaits ou des avis plus ou moins affirmés. Comment apprécier les propos d'une famille sans influencer leur pensée, sans les culpabiliser, sans créer des doutes ou des interrogations qui jailliront à distance ?

Le monde de la réanimation néonatale, discipline jeune mais indissociable de l'éthique médicale liée aux limitations thérapeutiques, connaît la problématique de ces couples culpabilisés, qui évoquent à long terme le poids de décisions qui ne leur incombent pas [9].

La qualité de vie espérée ? Comment apprécier avec objectivité sans projection personnelle ce qu'est une vie décente ? Si cette préoccupation mise sur le devant de la scène est une donnée louable, la crainte de son analyse par le praticien est véritablement fondée.

De cette première question ressort tout de même une place importante accordée au score de MacCabe ou à des scores équivalents ou améliorés que l'on retrouve fréquemment dans la littérature [10]. Il est cité par plus de 20% des médecins interrogés et arrive dans la majorité des cas en première position du classement. Il semble parfaitement corrélé à ce qui traduit le raisonnable : la « futilité », traduction anglo-saxonne de l'obstination déraisonnable, découle en effet de pathologies lourdes pour lesquelles le pronostic vital à court terme est engagé. Dans ces situations délicates, la volonté de ne pas mettre en œuvre des soins disproportionnés est largement partagée.

## Echelle MacCabe

1 - Maladie mortelle = 0

2 - Maladie mortelle à 5 ans

- insuffisant cardiaque stade III NYHA
- insuffisant respiratoire sous O2 à domicile
- cancer non métastasé
- hypertension portale

3 - Maladie mortelle à 1 an

- insuffisant cardiaque stade IV NYHA
- insuffisant respiratoire déjà ventilé
- cancer métastasé
- décompensation hémorragique de cirrhose.

L'étude de Boumendil et al. ICM/2004 relève les facteurs pronostiques de décès en réanimation des patients de plus de 80 ans. Cette étude met en évidence la prépondérance du terrain sous-jacent [11].

**Table 4** Prognostic factors of death for oldest old survivors after ICU discharge (univariate analysis)

Variable	Reference value for quantifying risk	p value	Hazard ratio	95% hazard ratio confidence limits	
Severe functional limitation <sup>a</sup>	Yes	0.0008	1.911	1.307	2.793
<del>Underlying fatal disease<sup>b</sup></del>	<del>Yes</del>	<del>0.0020</del>	<del>1.958</del>	<del>1.279</del>	<del>2.996</del>
Any alteration of consciousness <sup>c</sup>	Yes	0.0151	1.622	1.098	2.395
Shock	Yes	0.0431	1.913	1.020	3.586
Age (years)	>85	0.0580	1.459	0.987	2.155
Origin of the patient	Transfer	0.0611	1.471	0.982	2.202
High daily workload <sup>d</sup>	Yes	0.0984	1.376	0.942	2.010
Length of mechanical ventilation	>1 day	0.1195	1.351	0.925	1.971
Gender	F	0.3924	1.185	0.803	1.749
Length of MICU stay	>4 days	0.4163	0.855	0.585	1.248
Simplified Acute Physiology score II [21]	>39	0.4269	1.166	0.799	1.701
High cumulative workload <sup>e</sup>	Yes	0.5235	1.131	0.774	1.653
No. of related diagnoses	>2	0.6362	1.096	0.750	1.600

<sup>a</sup> Defined with a Knaus classification [25] indicating severe or total functional limitation

<sup>b</sup> Defined with a MacCabe score [23] indicating the presence of either ultimately or rapidly fatal disease

<sup>c</sup> Defined with a Glasgow Coma Scale score [21] below 15

<sup>d</sup> Defined as an Omega score per day above 9.5

<sup>e</sup> defined as a total Omega score above 38 [26]

La SFMU évoque dans les recommandations datant de 2002, quatre situations cliniques, dans lesquelles, la décision de limitation ou d'arrêt de thérapeutique(s) active(s) est engagée [12].

o Présence d'une affection aiguë par défaillance profonde d'une fonction vitale dont la conséquence sera une absence de récupération d'une autonomie des fonctions vitales ; ou si une indépendance des thérapeutiques de suppléance est possible, la qualité de vie obtenue apparaîtra déraisonnable,

o Survenue d'une poussée aiguë témoignant de l'évolution terminale ou d'une affection aiguë intercurrente chez un patient à la qualité de vie dramatiquement limitée, porteur d'une pathologie chronique évolutive au pronostic à court terme défavorable en termes d'espérance de vie, d'accentuation de la dépendance et d'aggravation de la qualité de vie future,

o Patient porteur d'une pathologie connue évolutive, souvent néoplasique, adressé par son médecin traitant ou une structure de soins de suite ou de long séjour, parfois sous la pression de l'entourage, pour valider que le patient est bien au dessus de toute ressource thérapeutique,

o Patient conscient, informé, apte à consentir et qui demande lui-même la limitation ou l'arrêt d'un traitement actif de sa défaillance d'organe.

#### **4-2- Image renvoyée par la maladie au soignant et ressenti émotionnel du soigné :**

Partant du postulat retrouvé dans le score de MacCabe que certaines pathologies augurent d'une espérance de vie inférieure à un an. Il peut paraître légitime de ne pas inscrire un patient dont la fin de vie est proche, dans une démarche de soin disproportionnée.

Il semble tout de même persister dans le vécu médical, le sentiment que certaines pathologies sont plus fortement péjoratives selon les cultures et les antécédents. Il semblait intéressant d'éditer un classement et de mettre en comparaison dans un second temps ce classement aux données objectives scientifiques.

On le retrouve de manière significative dans nos résultats ; la présence d'une pathologie cancéreuse est ressentie par le soignant comme fortement péjorative. A gravité ou espérance de vie équivalente avec des pathologies comme l'insuffisance cardiaque stade NYHA 4, la néoplasie vésicale une forte image négative qui dépasse le simple cadre médical.

L'étude suivante intitulée, "*Comparing three life-limiting diseases: does diagnostic matter or is sick, sick?*" de Karen. E et al. parue en 2011 dans The Journal of pain and symptom management, présente trois pathologies responsables de taux d'hospitalisation et de morbi-mortalité élevées à un stade avancé : L'insuffisance cardiaque congestive, la broncho-pneumopathie chronique obstructive et le cancer. L'objet de l'étude est de comparer les capacités fonctionnelles et émotionnelles ainsi que la qualité de vie entre des patients atteints de cancer et les autres. Les échelles ADL/IADL, mesures de l'anxiété, estimation d'une dépression, de la qualité de vie ont été utilisées [13].

Les résultats montrent un plus fort taux de dépendance fonctionnelle, de dépression et d'anxiété chez les patients BPCO/ICC versus ceux présentant une pathologie néoplasique.

Patient Experience Domains by Diagnosis			
Measure	Cancer	COPD	CHF
	Observed Means (SD)		
Quality of life (FACT-G)			
Social well-being	21.0 (4.8)	19.6 (5.4)	19.3 (5.2)
Physical well-being	20.8 (7.0)	21.0 (5.7)	19.4 (5.6)
Spiritual well-being	36.2 (8.7)	35.6 (7.8)	33.1 (9.9) <sup>a</sup>
Emotional well-being	19.5 (3.6)	19.9 (4.0)	18.8 (4.5)
Functional well-being	20.5 (5.6)	16.8 (5.5) <sup>b</sup>	17.4 (6.3) <sup>b</sup>
Functional status—IADL/ADLs			
IADLs (Q1–7)	8.6 (2.3)	11.0 (3.2) <sup>c</sup>	10.3 (3.0) <sup>c</sup>
Q8–10 (high functioning)	5.0 (1.9)	7.1 (1.6) <sup>c</sup>	6.9 (2.0) <sup>c</sup>
Q11–13	2.1 (0.3)	2.4 (0.8) <sup>a</sup>	2.3 (0.7) <sup>a</sup>
Q12, Q14–J17	5.1 (0.5)	5.8 (1.5) <sup>b</sup>	5.4 (0.8)
Anxiety—Profile of Mood States subscale	4.3 (3.8)	5.4 (4.4)	6.2 (5.5) <sup>a</sup>
Depression—CES-D subscale	5.8 (4.8)	8.0 (5.4) <sup>a</sup>	8.5 (6.5) <sup>b</sup>

Note: Q8–10—heavy work, stairs, ½ mile, Rosow subscale; Q11–13—walk across small room, groom self, Branch subscale; Q12, 14–17—bathe, dress, feed, bed to chair, toilet, Katz subscale. Superscripts indicate that category differs significantly from reference category cancer.

<sup>a</sup> $P \leq 0.05$ .

<sup>b</sup> $P < 0.01$ .

<sup>c</sup> $P < 0.001$ .

L'auteur rapporte également dans la discussion, que la pathologie cancéreuse métastatique à espérance de vie similaire avec des pathologies chroniques cardiaques ou respiratoires est fréquemment ressentie par le clinicien comme annonçant une fin de vie proche.

### **4-3- Rapports urgences / réanimation :**

Le médecin urgentiste que ce soit en structure d'accueil d'urgence comme en intervention pré-hospitalière est confronté dans sa prise de décision à la nécessaire collégialité. Si celle-ci en pré-hospitalier est fréquemment réalisée avec un confrère urgentiste en régulation médicale, elle est plus fréquemment l'affaire d'une discussion urgentiste-réanimateur en service hospitalier. De ces rapports naît une compréhension commune pouvant largement influencer sur le devenir du malade.

Le questionnaire s'est donc ensuite intéressé logiquement aux rapports qu'entretiennent les médecins urgentistes et/ou pré-hospitalier avec les services de réanimation. En effet lors de la décision d'une intubation oro-trachéale ou d'une réanimation cardio pulmonaire spécialisée chez le patient âgé, la perspective de son devenir est fortement évoquée par le corps médical.

Comprendre la perspective de soin de la personne âgée en réanimation est fondamentale pour l'urgentiste. Il s'agit de mettre des données chiffrées sur des impressions ressenties. Est-il légitime pour le praticien d'admettre la personne âgée en réanimation lors d'une pathologie médicale aiguë ?

La littérature tente depuis longtemps d'éclairer ce sujet et plusieurs études sont pertinentes en la matière :

### 4-3-1 Réanimation et personne âgée

\_ Dans la publication “ Elderly patients and intensive care medicine “ de Ariane Boumendil et Bertrand Guidet Parue en 2006 dans *Intensive Care Medicine*, une revue de la mortalité du sujet âgé de plus de 80 ans admis en réanimation a été réalisée. Il semble que l’âge en lui-même ne figure pas comme un facteur de refus d’admission en dessous de 85 ans. Mais au dessus de 85 ans, l’âge devient un facteur indépendant pour réfuter une entrée.

A gravité équivalente, la mortalité chez les plus de 80 ans est similaire par rapport à des patients moins âgés. Mais la durée d’hospitalisation est supérieure [14].

**Table 1** Compared ICU/HDU mortality rates those aged 80 year or over in the three contributions

	Garrouste et al. (n = 48)	Torres et al. (n = 68)	De Rooij et al. Planned surgical (n = 329)	Unplanned surgical (n = 103)	Medical (n = 146)
Unit type	ICU	HDU		ICU	
ICU mortality (%)	50	13.2	10.6	34	37.7
Hospital mortality (%)	62.5	20.6	15	60.5	67.4
Long-term mortality (%)	70.8 <sup>a</sup>	37.5 <sup>b</sup>	21.6 <sup>a</sup>	62.1 <sup>a</sup>	69.2 <sup>a</sup>

<sup>a</sup> 1 year

<sup>b</sup> 2 year

Torres et al. confirment que la mortalité durant le séjour en réanimation est dépendante principalement de la sévérité initiale et du diagnostic, mais pas de l’âge. Parallèlement, les résultats fonctionnels à long terme dépendent majoritairement de l’autonomie antérieure et des pathologies sous-jacentes [15].

\_ Plus récemment en 2007, l’équipe d’Ariane Boumendil et al. signait dans *Intensive Care Medicine* une publication au titre volontairement provocateur et accrocheur : « Should ederly patients be admitted to the intensive care unit ? » [16].

L'introduction de cette étude refonde le débat en déplaçant la problématique traditionnelle. L'objectif étant de n'admettre en réanimation que les patients qui en tireront un bénéfice. Comment identifie-t-on ces patients ? Les patients doivent-ils participer à la décision ? Comment, en l'absence de recommandations claires, les praticiens prennent-ils leur décision ?

Le premier élément abordé est un problème épineux. La santé a un coût. Les ressources n'étant pas infinies, tout le monde ne peut bénéficier des soins qu'il réclame, dont il a besoin ou qu'il mérite. Si la politique de santé se rapporte financièrement à une échelle nationale, les implications qui en découlent s'opèrent au niveau individuel.

Ainsi les thérapies coûteuses sont-elles réservées à des patients présentant une espérance de vie longue. Dans cette logique, les patients âgés risquent plus fortement d'être écartés de ces dépenses. Néanmoins plusieurs études ont montrés que le critère de l'âge ne peut à lui seul justifier l'admission ou non en réanimation.

Rivlin dans une étude réalisée en 1999, va plus loin, en comparant cette ségrégation possible à une forme de racisme envers une minorité [17]. C'est la théorie dite de « l'âgisme ». Fairhead, dans une étude réalisée en 2006 [18] met en avant le sous diagnostic des accidents vasculaires cérébraux dans la population des plus de 80 ans, à titre d'exemple.

Le rationnement basé sur l'âge possède ses supporters. Callahan dans les années 1990 proposait qu'une personne ayant atteint la fin d'une durée de vie « naturelle », ne puisse bénéficier de soins médicaux destinés à l'allonger [19]... Le caractère tendancieux de ce débat implique que les praticiens ne soient pas enclins à suivre cette voie de décision.

Est abordé ensuite la notion anglaise de « triage » ou décision à l'admission. Le processus de cette phase, repose sur les résultats attendus de la pathologie en cause, les thérapeutiques exploitables, leur effet attendu, l'évaluation des bénéfices pour le patient, sa famille, la société. Une des problématiques est le manque d'information au moment de la prise de décision. Par ailleurs des différences de culture, de religion peuvent modifier ce choix.

Einav, dans une publication de 2004 compare entre elles des cohortes de praticiens nord-américains, français et israéliens dans leur démarche décisionnelle [20].

Il rapporte que les européens donnent plus de poids à leur ressenti personnel, leur point de vue sur la qualité de vie estimée du patient et son âge comparativement à une prise de décision plus standardisée et objective chez leur confrères américains. Cela tient peut-être aux recommandations de la Society of Critical Care Medicine [21], dont le suivi est par ailleurs peu documenté par des études. (Annexe 3)

La notion de refus est plus documentée, et si les taux varient de 23 à 72%, les facteurs associés à ce refus se recoupent largement.

On retrouve, le grand âge, les pathologies sous-jacente, la dépendance, l'absence matérielle de place, l'expérience du praticien. Une étude française de Garrouste et al. parue en 2006 sur le processus décisionnel, montre un taux de refus de 72% avec comme facteur prédominant l'âge supérieur à 85 ans [22].

### **4-3-2 Réanimation et facteurs pronostiques de survie**

\_\_ L'étude suivante, réalisée en 2004 et parue dans la revue *Intensive Care Medicine* semble à priori pertinente. Il s'agit en effet d'une étude de cohorte prospective, portant sur 233 patients de plus de 80 ans, admis du 1<sup>er</sup> janvier 1998 au 31 décembre 1999 en réanimation médicale à l'hôpital Saint-Antoine à Paris [23].

L'attrait tient dans la volonté de déterminer de bons indicateurs pronostiques de survie à long terme, pour les patients de plus de 80 ans admis en réanimation.

Le tableau suivant met en évidence cinq facteurs indépendants de pronostic défavorable à long terme : un score de MacCabe élevé, des troubles de conscience initiaux selon le score de Glasgow, le recours à une ventilation mécanique, l'âge supérieur à 85 ans et le diagnostic de choc.

**Table 3** Prognostic factors of death for all oldest old patients admitted in ICU (univariate analysis)

Variable	Reference value for quantifying risk	p value	Hazard ratio	95% hazard ratio confidence limits	
Underlying fatal disease <sup>a</sup>	Yes	<0.0001	2.209	1.563	3.121
Any alteration of consciousness <sup>b</sup>	Yes	<0.0001	1.935	1.398	2.677
Mechanical ventilation	Yes	0.0002	1.878	1.354	2.604
Severe functional limitation <sup>c</sup>	Yes	0.0005	1.779	1.288	2.458
Shock	Yes	0.0070	1.981	1.205	3.258
Simplified Acute physiology score II [22]	>39	0.0153	1.502	1.081	2.086
Origin of the patient	Transfer	0.0791	1.361	0.965	1.921
Age (years)	>85	0.0988	1.320	0.949	1.835
No. of related diagnoses	>2	0.3854	1.154	0.835	1.596
Gender	F	0.7380	1.058	0.762	1.468

<sup>a</sup> Defined with a MacCabe score [23] indicating the presence of either ultimately or rapidly fatal disease

<sup>b</sup> Defined with a Glasgow Coma Scale score [21] below 15

<sup>c</sup> Defined with a Knaus classification [25] indicating severe or total functional limitation

La décision d'admettre une personne de plus de 80 ans en réanimation est difficile. L'auteur rappelle la nécessité de recueillir les volontés du patient, de fouiller scrupuleusement les antécédents médicaux. Ce type d'étude souhaite aider le médecin dans sa prise de décision. Il est donc mis en exergue ici, des facteurs péjoratifs pour le pronostic à long terme.

En résumé de ces rapports urgences / réanimation, on le constate, la littérature médicale fourmille d'études pertinentes sur l'admission et ses critères en service de réanimation. Mais la donne n'est pas la même en soins d'urgence et dans le domaine pré hospitalier.

Lors du mécanisme de décision de LATA aux urgences, est apparue dans notre étude l'importance profonde accordée à l'avis du réanimateur, près de 12% de nos confrères sont systématiquement influencés et 46 % le sont souvent.

Paradoxalement, 7% des sondés seulement affirme que le réanimateur se déplace systématiquement au lit du malade. Cela pourrait paraître dommageable si l'on ne tenait compte des données de la littérature qui montrent qu'un refus en service de réanimation intervient plus fréquemment après déplacement comparativement à une présentation téléphonique du dossier médical.

Lors d'un refus de la structure référente on enregistre que 50% des praticiens organise le transfert de leur patient dans un autre service de réanimation. Le biais majeur de cette question repose sur les taux de refus initiaux et les taux d'acceptation secondaires par des services de réanimation qui demeurent inconnus sur les deux structures concernées (CHU de Grenoble et CHR d'Annecy). Par ailleurs cette question ne permet pas d'identifier la cause du refus. Est-ce un refus dû à un défaut de place ou parce que les critères d'admission en réanimation ne sont pas retenus ? Ces résultats renvoient aux différentes études réalisées sur les critères de refus et/ou d'admission en service de réanimation. Dans la publication intitulée: "Selection of intensive care unit admission criteria for patients aged 80 years and over and compliance of emergency and intensive care unit physicians with the selected criteria", on relève une certaine disparité quant au suivi des critères d'admission en réanimation selon que le praticien soit urgentiste ou réanimateur [24].

#### **4-4- Estimation de la qualité de vie :**

Il ressort des différentes études sur les critères d'admission ou de non admission des patients en service de réanimation une extrême importance accordée à ce que l'on nomme *Qualité de vie*. Au vu de l'importance accordée en pratique clinique, il paraissait nécessaire d'étudier son estimation, évaluation et/ou mode de recueil.

L'estimation de la qualité de vie, on le constate dans les résultats de notre étude, repose essentiellement sur une discussion avec la famille, les proches ou encore l'institution hébergeant le patient. Viens ensuite la consultation des dossiers informatisés disponibles aux urgences ou en pré-hospitalier via la régulation. En dernier lieu sont utilisées des échelles de qualité de vie. Notre pratique clinique a montré un grand flou où se mélangent qualité de vie et échelles fonctionnelles. Lorsqu'on retrouve dans les items influençant principalement le praticien dans la décision de LATA, la qualité de vie espérée, on craint des dérives de projections personnelles et d'âgisme au vu de la méthode de recueil.

Si l'on a pu observer une mutation sur les items influençant la LATA, depuis des aspects techniques vers des préoccupations d'ordre moins matériel, une nouvelle problématique émane de ce constat: Comment relever avec efficience une bonne estimation de la qualité de vie sans tomber dans le ressenti personnel ? Comment recueillir le choix du patient et s'assurer de son éclairage singulier lors de la défaillance aigue, sans craindre que le dit-choix ne soit biaisé par l'image négative que renvoie la société de la perte d'autonomie, du grand âge... ?

Peu d'études ont abordé l'estimation de la qualité de vie avant la mise en place d'une LATA, comparativement à de nombreuses publications sur le suivi à court et moyen terme de la qualité de vie après hospitalisation en service de réanimation. Ainsi dans l'étude italienne, "Outcome and quality of life of elderly critically ill patients: An Italian prospective observational study", est utilisé, le score EuroQol questionnaire. Celui-ci repose sur une estimation par le patient de sa mobilité, son autonomie, sa symptomatologie douloureuse, les signes de dépression ou d'anxiété [25].

\_ Le questionnaire a souligné une grande importance accordée à la qualité de vie espérée. Mais un petit nombre de publications, ont approché le suivi des patients âgés lors d'hospitalisations longues. L'étude intitulée « Outcome, functional autonomy, and quality of life of elderly patients with a long term intensive care unit stay », a pour objet d'examiner l'autonomie, les résultats fonctionnels et la qualité de vie de patients de plus de 70 ans, hospitalisés en unité de réanimation d'un CHU, durant une période de plus de trente jours [26].

Le tableau suivant, présente l'échelle PQL, qui évalue plusieurs variables pour définir un niveau de qualité de vie. Ces variables sont, le niveau de santé ressentie, la mémoire, la vie en société, la joie, les liens amicaux, les loisirs, les aides extérieures ou encore le sens de la vie... Chaque variable est notée sur 10.

Table 4. Perceived quality of life (PQL) estimated by the modified Patrick's score (20) in 30 patients

	Before ICU	After ICU	<i>p</i> Value
Health	7.9 ± 2.3	5.6 ± 1.9	.003
Memory	8.4 ± 1.6	7 ± 2.4	.002
Happiness	8 ± 1.8	7.3 ± 2.6	.1
Friends	7.9 ± 2.1	8.3 ± 2.1	.36
Help from relatives	8.6 ± 2	9 ± 2	.29
Insertion in society	7.9 ± 2	6.4 ± 2.3	.005
Leisure	8 ± 1.7	6 ± 2.4	.0008
Money	7.8 ± 1.7	7.5 ± 1.8	.11
Respect	7.8 ± 2	7.9 ± 2	.8
Sense of your life	8.3 ± 1.9	7.1 ± 2.4	.03
Retired	7.9 ± 2.1	7.7 ± 2.4	.8

The PQL before intensive care unit (ICU) admission was obtained retrospectively at the first cross-sectional study after a delay of  $557 \pm 117$  days between ICU discharge and the first cross-sectional study. The patients responded to each statement with a score between 0 (no satisfaction) and 10 (total satisfaction). Data are expressed as mean  $\pm$  SD.

Même si les patients perçoivent une baisse de leur qualité de vie sur le plan de la santé et de la mémoire, ils réintègrent la société avec une préservation du respect d'eux-mêmes, un maillage d'aide et de soutiens importants, avec certes moins de possibilité de loisirs. Mais par-dessus tout, ils se sentent heureux. A la question « Accepteriez-vous une seconde hospitalisation si cela était nécessaire ? », 25 sur 30 d'entre eux, répondent par l'affirmative.

Le grand biais de cette étude est le recrutement réalisé à l'hôpital Saint-Joseph à Paris. La population plutôt aisée pouvant bénéficier d'un entourage matériel adapté à une post hospitalisation.

#### **4-5- Connaissance de la loi Léonetti :**

La question n°5 entendait juger de l'autoévaluation du praticien sur une loi promulguée en 2005 et qui est au cœur du sujet traité dans notre étude.

La question n°6 a été fondée sur d'une part l'application pratique de la question précédente concernant la connaissance de la loi Léonetti. Et d'autre part sur la mise en œuvre d'une collégialité qui dépasse le seul corps soignant actif au moment d'une situation de fin de vie potentielle.

Ainsi dans un premier axe est évalué ce qui fait le corps de la loi Léonetti : respect du choix du patient, directives anticipées sous forme d'un document officiel et recherche d'une personne de confiance dont l'identité doit être notifiée dans le dossier médical du patient.

Dans un deuxième axe, on recherche si l'avis du personnel paramédical est questionné et si celui de la personne censée le mieux connaître le vécu médical du patient, est recherché, c'est-à-dire, le médecin traitant lui-même.

En pré requis, nous rappelons quelques grandes lignes de cette Loi.

>> Reconnaissance de droits spécifiques aux malades en fin de vie :

- Droit au refus de soins
- Refus de l'obstination déraisonnable
- Autorisation donnée aux médecins d'arrêter tout traitement en phase avancée d'une affection grave et incurable
- Définition des procédures d'arrêt de traitement
- Traçabilité
- Obligation de soins palliatifs

Nos chiffres sur la connaissance de la loi Léonetti sont encore médiocres, sept années après sa promulgation. 32,5% des sondés affirment assez mal connaître cette Loi, 4,5% ne la connaissent pas du tout... La société française d'accompagnement et de soins palliatifs a maintes fois interpellé les pouvoirs publics sur la nécessité d'appliquer la loi en lieu et place d'un débat sociétale rapidement récupéré par les extrémismes et les dogmatismes générés par l'affect médiatique.

Avec respectivement 88 et 89% de réponses positives, les recherches d'une personne de confiance et l'avis du patient lorsque son état le permet, sont encourageantes et montrent l'ancrage des grandes lignes de la loi Léonetti dans le corps médical.

Concernant l'avis du patient, les éléments retrouvés dans la littérature ne corroborent pas nos chiffres. Bien que les études soient surtout limitées au champ de la réanimation, deux données sont intéressantes : Dans une cohorte prospective portant sur 7000 patients dans près de 100 centres de réanimation, menée par LATAREA et parue en 2001 dans le Lancet, seulement 8% des souhaits de limitations étaient connus. 0,5% ont été impliqués dans la décision [27]...

Dans l'étude SUPPORT, 23% des patients ont discutés avec le médecin en charge, de leur souhait vis-à-vis d'une réanimation [28].

Cependant, la recherches de directives anticipées dans 81% des cas semble un résultat erroné au vu de la pratique clinique, certainement due à une confusion entre directives anticipées au sens légal et souhaits du patients évoquées oralement et/ou projection familiale sur les souhaits du patient. En effet, la notion de directives anticipées repose sur des consignes écrites colligées avec un médecin référent.

Dans la mission d'évaluation de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, est abordée la problématique des directives anticipées [29].

Introduite par l'article 7 de la loi du 22 avril 2005 et précisée par le décret n° 2006-119 du 6 février 2006, cette procédure est non seulement demeurée méconnue mais elle s'avère également mal comprise de ceux qui y recourent. La rédaction de la directive anticipée garantit au patient, dans le cas où il serait hors d'état d'exprimer sa volonté, que ses souhaits relatifs à sa fin de vie seront pris en compte par le médecin qui l'a en charge. Celui-ci a donc pour obligation de s'enquérir de l'existence de ces directives, d'en vérifier la validité, d'en prendre connaissance et d'inclure les souhaits qui y sont formulés parmi les éléments sur lesquels va s'appuyer sa décision médicale. Le contenu de la directive anticipée n'est cependant pas opposable au médecin : il s'agit de « souhaits », selon le terme utilisé dans l'article L. 1111-11 du code de la santé publique, et non de prescriptions. Le thérapeute n'est pas tenu de respecter cette expression indirecte de la volonté – à la différence de la situation où le patient est conscient – s'il estime que cela ne serait pas de l'intérêt du malade tel qu'il l'apprécie au vu de son état. Ainsi, la rédaction des dispositions légales relatives aux directives anticipées exclut, en principe, le danger dénoncé par le Docteur Xavier Mirabel médecin oncologue radiothérapeute au Centre régional de lutte contre le cancer Oscar-Lambret à Lille : « *Prendre au pied de la lettre des directives anticipées, c'est prendre le risque d'un véritable abandon. En un certain sens, il est facile de s'en laver les mains puisque cela a été écrit.* » Le médecin pourra notamment entretenir des doutes sur la constance de la volonté du patient, question qui a été souvent soulevée au cours des auditions. Le rapport qu'a un malade avec sa maladie se modifie en effet avec l'évolution de celle-ci et les lignes de partage entre les traitements estimés acceptables et ceux ressentis comme inacceptables sont mouvantes. Les directives anticipées n'ont d'ailleurs, aux termes de l'article R. 1111-18 du code de la santé publique, qu'une validité de trois ans. La prudence a motivé le choix de cette durée, à la différence de la législation belge qui reconnaît à ce document une validité de cinq ans.

La rédaction des directives anticipées présente des difficultés certaines du fait qu'elle exige un degré de précision suffisant pour les rendre applicables à l'état futur de la personne. Lorsque celle-ci est bien portante, il lui est difficile d'anticiper toutes les situations et les actes médicaux qui lui sembleraient inacceptables. L'expression de souhaits précis est réservée aux cas des personnes atteintes d'une maladie chronique dont le médecin est capable de décrire l'évolution, ce qui rend alors formulables les limites que souhaite poser le patient à l'action médicale. Même dans cette hypothèse, l'exercice demeure cependant complexe pour le médecin éventuellement consulté. Abordant le cas des malades atteints d'une sclérose latérale amyotrophique, le Professeur Vincent Meininger, chef de service en neurologie au groupe hospitalier de la Pitié-Salpêtrière, a eu l'occasion de souligner les difficultés qu'il y a à expliquer les conséquences d'un choix thérapeutique sur un état seulement anticipé et dont le « vécu » restera absolument singulier : « ...au fond comment bien « expliquer », « éclairer » lorsqu'il faut expliquer à quelqu'un ce qu'est la vie sous trachéotomie ? Les explications peuvent être bonnes ou mauvaises. Après des années de pratique, je ne sais toujours pas comment présenter à autrui d'une manière neutre ce que représente une vie après trachéotomie, car c'est bien d'une vie dont il est question et c'est cela qui importe. »

On retrouve dans nos résultats que près de 81% des médecins recherchent des directives anticipées. Cela n'est pas du tout corrélé à ce que nous pouvons retrouver dans la littérature.

Exemple avec l'étude ICE-CUB 2 où ce taux n'est que de 10% [30].

Par ailleurs on note que dans le recueil des éléments, le grand oublié est le médecin traitant qui serait sensé connaître le mieux le patient. La discussion reste mono professionnelle et dans 51% des cas le personnel para médical ne participe pas à la discussion.

#### **4-6- Isolement ou collégialité :**

Nous avons voulu ensuite évaluer le principe de collégialité repris dans la loi Léonetti. Celui-ci pouvant être assuré auprès d'un confrère urgentiste en service d'accueil, d'un réanimateur, d'un médecin régulateur en médecine pré-hospitalière. La problématique de l'isolement du médecin de SMUR ou du médecin urgentiste de garde était également recherchée.

Les acteurs de l'urgence sondés ici, ont confié pour près d'un tiers, prendre des décisions de LATA de manière isolée sans référence à un pair. Si ces chiffres semblent délicats à la lumière de la nécessaire collégialité rappelée par la loi, ils sont toutefois à confronter à l'activité de smur réalisée de manière exclusive par près de 33% des praticiens. Cependant l'exercice de smur bien qu'isolé dans sa pratique ne dispense pas de la possible décision collégiale organisée avec le médecin régulateur, constamment disponible.

Ces chiffres restent à notre sens trop élevés et le principe de collégialité au vu de la mauvaise connaissance de la loi Léonetti ou des préjugés inhérents à certaines pathologies ou à l'âge sonne comme le rappel indispensable à la déviance d'actes isolés. C'est aussi le frein à des écueils malheureux comme la presse sait s'en faire l'écho.

Rappelons que dans les cas prévus aux articles L. 1111-4 et L. 1111-13[31], lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut décider de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés sans avoir préalablement mis en œuvre une procédure collégiale.

La notion de collégialité selon le CCNE, « Engagement solidaire ...nécessité de débat ...Finalité idéale de l'ordre du consensus (...), est le produit d'une réflexion consensuelle au sein d'une équipe et d'un entourage. » [32]

D'après les recommandations de la SRLF, « Le consensus doit être recherché lors des discussions entre le personnel médical et paramédical en charge du patient, mais ne doit pas être considéré comme une garantie éthique en soi. » [33]

## **4-7- LATA aux urgences :**

### **4-7-1 Structures et formations**

Une fois la décision de LATA posée au regard d'un soin proportionné, se pose d'une part la question du devenir du patient dont les soins, doit-on le préciser ne s'arrêtent pas à la décision de ne pas l'admettre en réanimation ou de ne pas l'intuber ou autre encore... Puis se pose d'autre part la question de nos compétences face à la gestion thérapeutique et à l'accompagnement du patient et de sa famille.

On le remarque douloureusement, les décès aux urgences restent fréquents et si un effort non négligeable a été réalisé ces dernières années pour la mise en place de structures de soins palliatifs, celles-ci concernent spécifiquement des patients atteints de pathologies chroniques. De fait lorsqu'une décision de non réanimation est posée aux urgences, les locaux sont bien souvent inadaptés pour le patient ou la famille.

Par ailleurs, les médecins jugent sévèrement leur formation. 76% d'entre eux déclarant être insuffisamment formés à la gestion de ces décisions.

Pour information, un seul module était obligatoire en deuxième cycle des études médicales, de 2 à 20 heures d'enseignement selon les facultés et regroupant 3 thématiques: « douleurs, anesthésie et soins palliatifs », et ce, jusqu'à la rentrée universitaire 2011-2012 [34].

Lorsque les sondés jugent le personnel para médical, il le trouve insuffisamment formé dans 69% des réponses.

Depuis septembre 2009, les éléments fondamentaux de la démarche palliative (cliniques, éthiques, relationnels et travail d'équipe) sont intégrés tout au long du programme de formation des infirmiers et une unité d'enseignement est spécifiquement consacrée à la thématique « soins palliatifs et de fin de vie » (30h de cours et 20h de travaux personnels).

#### **4-7-2 Recommandations**

Sur le plan médical il faut noter que la société française de médecine d'urgence a édité en 2003, des recommandations sous le titre : « Ethique et urgences Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence ». Elle rappelle avec force qu'il ne peut y avoir d'abstention ou d'arrêt thérapeutique décidé sur une simple impression clinique. La connaissance des éléments anamnestiques, cliniques, para cliniques et pronostiques doit être obtenue et synthétisée pour s'assurer que :

- il s'agit de l'évolution attendue et normale d'une affection incurable,
- la mort est inéluctable dans un bref délai (jour, semaine),
- l'intervention thérapeutique ne fait que retarder l'heure de la mort et prolonger l'agonie,
- le patient ne retirera aucun bénéfice de la mise en place du traitement,
- la qualité de vie espérée par le malade est incompatible avec la qualité de vie obtenue par le traitement,
- le risque de dépendance définitive du patient aux techniques de suppléance des fonctions vitales est majeur et non désiré par le patient ou sa famille, responsable d'une hospitalisation prolongée en réanimation ou dans tout autre service.

Par ailleurs, la SFMU rappelle via ces recommandations que les situations cliniques pour les quelles, l'engagement de manœuvres réanimatrices s'apparenteraient à de l'obstination déraisonnable sont rares :

- signes de mort évidents et délai d'intervention connu supérieur à 10 minutes (sauf circonstances d'hypothermie)
- inefficacité physiologique : rupture du cœur, arrêt circulatoire sur hémorragie massive interne à distance d'un bloc opératoire

- absence de reprise de l'activité circulatoire après 30 minutes de RCP, à l'exception des états d'hypothermie et des intoxications

- sentiment clair et ferme conviction pour un médecin urgentiste expérimenté que la réanimation n'a pas de chance d'aboutir.

Une RCP étant considérée comme vaine pour les patients suivants : cancéreux avec métastases généralisées, âgés déments en dépendance totale, atteints d'une cirrhose hépatique Child C, en coma post anoxique sans signe de réveil à la 48ème heure, présentant un syndrome de défaillance multi viscérale sans amélioration après trois jours. Ces situations ne dispensent pas d'une réflexion éthique et doivent être évaluées au cas par cas.

Une autre donnée intéressante concernant les décès aux urgences, est évoquée dans l'observatoire national de la fin de vie (ONFV). Notre étude a montré que la majorité des fins de vie avaient lieu en services d'UHCD et que le personnel se jugeait insuffisamment formé.

L'ONFV rappelle qu'en 2010, 14 742 décès sont survenus dans des services d'urgence (dont les unités d'hospitalisation de courte durée). Ils représentent environ 5 % de l'ensemble des décès en court séjour, et concernent 0,3% des hospitalisations effectuées à partir des services d'urgences. Ces patients sont le plus souvent très âgés (61% ont 80 ans et plus), et leurs pathologies les plus fréquentes sont cardiovasculaires et respiratoires.

Près de deux tiers des patients (64%) sont hospitalisés pour une pathologie dont l'évolution prévisible et les symptômes nécessitent vraisemblablement des soins palliatifs.

Plus de la moitié de ces patients est décédée le jour même de leur hospitalisation. Pourtant, seuls 7,5 % des patients avaient un séjour identifié comme « comportant des soins palliatifs » dans le système d'information, dont 2 % (n = 286) en tant que motif principal du séjour et 5,5 % (n=798) comme motif complémentaire [35].

#### **4-8- L'exercice singulier du pré hospitalier :**

Bien des situations dramatiques en service d'urgence ou de réanimation relatives à l'arrêt des soins pourraient être évitées si la filière d'amont, à savoir la médecine pré-hospitalière, pouvait au moment de la prise en charge aigüe, sursoir à un soin déraisonnable. C'est du moins le discours ambiant en service hospitalier, or, si la perspective est séduisante, la réalisation pratique est bien plus complexe. Nous avons voulu au travers de cet item recueillir auprès des confrères et consœurs de SMUR, les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer lors de leur exercice.

Si la fréquence des situations de LATA en pré hospitalier n'est plus à démontrer, (75% des médecins confrontés dans l'année en cours et 42% dans le mois), le manque d'information, la consultation impossible du dossier médical, la difficulté de recueil de données auprès de la famille, sont largement rapportés.

Le Centre Hospitalier Régional d'Annecy, dispose au centre de régulation, d'un fichier informatisé sur lequel peuvent être inscrits les patients en soins palliatifs ou ne relevant pas de manœuvre active de réanimation sur demande d'une structure hospitalière ou du médecin traitant après discussion collégiale, consultation de la famille et du patient si son état le permet.

La demande de formation complémentaire et d'aide à l'information et à la prise de décision est également un fer de lance du monde médical pré hospitalier.

#### **4-9- Pourquoi s'interroger sur cette problématique ?**

Si la genèse de ce travail semble reposer sur un malaise rencontré au cours de mon cursus quant à des situations cliniques aigües graves, il serait faux d'imaginer que la préoccupation est personnelle.

On retrouve en effet dans la jeune génération préparant notamment le DESC de médecine d'urgence une particulière préoccupation pour le sens de notre vocation lors des derniers instants de vie.

Dans un premier temps il est intéressant de noter que si la médecine intensive, discipline récente, propose de nombreuses publications sur le sujet, peu finalement naissent de la médecine d'urgence et de la médecine pré hospitalière.

Il existe pourtant ici un cadre décisionnel qui peut positionner un juste soin permettant d'écarter des problématiques telles que l'acharnement thérapeutique ou la demande d'euthanasie en aval de la chaîne de soin.

Dans un deuxième temps il s'agissait d'explorer, tant par le recueil de données sur un terrain familial (urgences, SAMU-SMUR de Grenoble et Annecy) que par l'analyse bibliographique, des pistes permettant de sortir du fameux « feeling » ou ressenti personnel largement avancé par une frange non négligeable des praticiens.

Il ressort en effet de la bibliographie médicale que des scores tels le score de MacCabe, des mesures légiférées telles les directives anticipées, la personne de confiance, des recommandations d'experts ou des consensus principalement du monde de la réanimation, existent bel et bien.

L'importance de cette problématique dépasse enfin grandement notre simple profession médicale. La manière dont nous abordons la mort dans un contexte sociétal qui tend à la nier et à la rendre artificielle, est le support même du sens que nous donnons à la vie.

## 5-CONCLUSION :

Notre étude apparaît en conclusion comme une évaluation des pratiques concernant les prises de décisions difficiles que sont les LATA.

Nos premières constatations ont mis en évidence l'importance de paramètres qualitatifs dans les facteurs orientant notre réflexion. Si cette forte influence semble replacer au centre des préoccupations le patient dans sa globalité, on peut légitimement craindre l'absence d'objectivité dans le recueil de l'avis du patient, de la famille, et dans l'évaluation de la qualité de vie antérieure et espérée.

Par ailleurs dans l'appréciation globale du patient, l'analyse de pathologies sous-jacente est soumise à des perceptions variables. En effet, certaines pathologies souffrent, à espérance de vie égale d'une image négative ou d'un ressenti médical péjoratif nécessitant de la part du soignant une analyse qualitative plutôt qu'un jugement à priori.

Lorsque la possibilité d'une limitation ou d'un arrêt thérapeutique est évoquée, la discussion s'engage fréquemment avec d'autres partenaires. Notre étude a ainsi montré, concernant les rapports entre urgentistes et réanimateurs, des problématiques de perception du travail d'autrui et de communication qui doivent être dépassées afin de recentrer le débat.

L'appréciation de ces situations sont par ailleurs clairement encadrées par une loi promulguée en 2005, dite loi relative aux droits des malades et à la fin de vie. Mais la connaissance de la loi Léonetti reste incontestablement à améliorer avant d'engager un débat public autour de nouvelles législations. Et le corps médical comme para médical, doit bénéficier de formations spécifiques à la question des LATA, dont la fréquence du fait du vieillissement de la population ne peut que s'accroître.

Si la difficulté de réflexion sur une potentielle LATA reste un exercice complexe dans un service d'urgence soumis à un flot de patient conséquent et à de multiples problématiques annexes, cette difficulté est peut-être plus grande encore dans l'isolement de la médecine pré hospitalière.

Le raisonnement en SMUR, dans sa singularité, nécessite toujours plus d'informations pour la cohérence des décisions qui y sont appliquées. Ainsi doit-on harmoniser des mesures locales comme le fichier informatisé des patients de soins palliatifs que l'on retrouve sur le centre de régulation du département 74.

La genèse de cette thèse fut une problématique personnelle visant ce moment clef de la décision de LATA en contexte d'urgence. Il en ressort premièrement que le questionnaire initial doit être refondé en des termes moins binaires. Il ne s'agit pas en effet de décider « comme des petits dieux » de la vie ou de la mort d'autrui, mais de mettre en place, dans une logique toujours active, des soins proportionnés et raisonnés.

Si la démarche de ce travail a permis une photographie à un instant donné des pratiques en secteur d'urgences sur deux structures géographiquement proches, il ne peut apporter de grille décisionnelle devant être mise en place devant tel ou tel cas clinique. Il se veut cependant générateur de questions nouvelles que le praticien doit se poser. Il se veut aussi déclencheur d'une nécessaire et constante auto critique face à nos intuitions premières. Il relance encore l'importance de la formation des personnels engagés dans ces préoccupations.

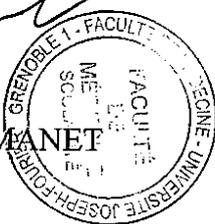
Cette thèse ouvre des perspectives de travail, utiles à un sujet qui dépasse le cadre médical. Il faut souligner des entreprises salutaires comme l'observatoire national sur la fin de vie ou la commission d'évaluation de la Loi Léonetti mais d'autres démarches sont à poursuivre pour élargir nos connaissances.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

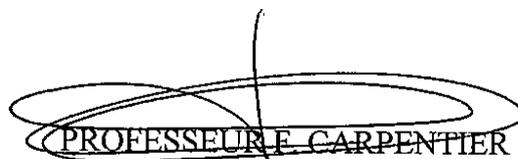
Grenoble, le 04 / 04 / 2012

LE DOYEN

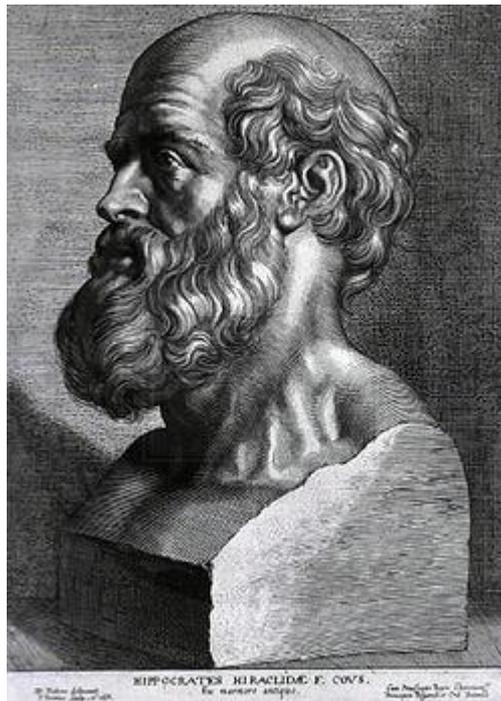
  
J.P. ROMANET



LE PRESIDENT DE LA THESE

  
PROFESSEUR E. CARPENTIER

## 6-Serment d'Hippocrate :



*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples  
et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la  
probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai  
jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à  
aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui  
s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon  
état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation,  
de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre  
mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes  
connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs  
enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes  
promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y  
manque.*

## 7-Annexes :

## Annexe 1 : Questionnaire initial envoyé par mail

# **Evaluation des facteurs influençant la décision médicale dans les limitations ou arrêts des soins en contexte d'urgence**

Chère consœur, cher confrère,

Je prépare actuellement une thèse en vue de l'obtention du diplôme de Docteur en Médecine, dont l'objet s'intitule : « Facteurs influençant la prise de décision médicale, dans l'arrêt ou la limitation des thérapeutiques actives en contexte d'urgence ».

La structure de la thèse s'articule essentiellement sur de la bibliographie médicale et extra médicale, en cherchant à mettre en évidence des sujets phares qui inspirent la réflexion du soignant lors de ces décisions difficiles de LATA. (Limitation ou arrêt des thérapeutiques actives).

Souhaitant apporter un argumentaire plus représentatif de notre activité locale, je souhaiterais vous interroger sur votre rapport à ces décisions au travers d'un questionnaire. Il ne vous en coutera que peu de temps (environ 5 minutes) mais ces réponses seront pour moi un réel apport. Je vous remercie donc par avance de votre soutien.

Confraternellement.

**1- Parmi les items suivants choisissez quatre éléments fondamentaux qui selon vous, vont largement influencer votre décision de LATA, et classez les.**  
**(Coter de 1 à 4 par ordre d'importance, 1 étant l'item le plus pertinent).**

- L'état clinique aigu du patient.....
- La gravité de la pathologie en cours.....
- L'avis de la famille.....
- La qualité de vie espérée.....
- Une pathologie sous-jacente létale dans l'année : (Score de McCabe 3), insuffisant cardiaque stade IV NYHA / insuffisant respiratoire déjà ventilé / cancer métastaté / décompensation hémorragique de cirrhose :
- L'absence d'amélioration après traitement actif.....
- L'irréversibilité de la détresse dans les 24 premières heures.....
- Un niveau de soin considéré comme maximal.....
- Le choix du patient.....
- L'âge.....

2- Parmi les antécédents médicaux suivants, quels sont ceux qui vous paraissent le plus péjoratifs. Choisissez en 3 et classez-les.

(Coter de 1 à 3 par ordre d'importance, 1 étant le plus péjoratif).

- Oncologiques / métastatiques :
- Hématologiques (lymphomes, leucémies...)
- Respiratoires (insuffisance respiratoire chronique, appareillage...)
- Neurologiques / démences (Alzheimer, Parkinson, AVC...)
- Cardiovasculaires (insuffisance cardiaque sévère stade NYHA 4...)
- Locomoteur (tétraplégie...)

3- Evaluation des rapports urgences / réanimation.

*A- Lors de la gestion d'un patient présentant une urgence vitale, vous êtes appelé à prendre avis auprès du réanimateur d'astreinte. La présentation téléphonique est-elle suivie d'un déplacement au lit du malade :*

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Exceptionnellement
- Jamais

*B- L'avis du réanimateur sur la décision de LATA influence votre propre avis :*

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Exceptionnellement
- Jamais

*C- Avez-vous déjà transféré un patient relevant selon vous de la réanimation dans une autre structure ou un autre service de réanimation, après refus de votre structure référente ?*

- Oui
- Non

*D- Avez-vous déjà demandé un deuxième avis auprès d'un autre réanimateur en cas de désaccord avec votre structure référente ?*

- Oui
- Non

4- Comment recueillez-vous une estimation de la qualité de vie du patient soumis à une potentielle décision de LATA ? (Classez de 1 à 3 par ordre d'importance, 1 étant l'item le plus pertinent).

- Discussion des activités de la vie quotidiennes avec la famille, proches, institutions.
- Echelles de la qualité de vie.
- Dossier informatisé / compte rendu d'unité de concertation.

5- Considérez-vous connaître correctement la Loi 2005-370 du 22 avril 2005, dite Loi Léonetti ?

- Oui, parfaitement
- Oui, dans les grandes lignes
- Assez mal
- Pas du tout

6- Recherchez-vous systématiquement lors de ces potentielles décisions de LATA : (plusieurs réponses possibles)

- Des directives anticipées ? Oui Non
- Une personne de confiance ? Oui Non
- L'avis de la personne, si son état de conscience le permet ? Oui Non
- L'avis du personnel paramédical ? Oui Non
- L'avis du médecin traitant ? Oui Non

7- Diriez-vous concernant la prise de décision finale de LATA en contexte d'urgence, qu'elle se prend :

- Plutôt de manière collégiale avec référence à au moins un autre médecin urgentiste.  
Oui non
- Plutôt de manière collégiale avec référence à au moins un autre médecin réanimateur.  
Oui non
- Plutôt de manière isolée sans référence à un pair.  
Oui non

### 8- Quel regard portez-vous, une fois la décision de LATA posée, sur les structures d'aval ?

-L'hôpital dispose de structures de soins palliatifs aptes à recevoir des patients entrant via le pôle urgence. OUI NON

-La prise en charge des décisions de LATA se fait souvent dans la structure même urgences/UHCD. OUI NON

-Comment juger vous la formation du personnel médical aux urgences/UHCD en ce qui concerne la prise en charge du patient et/ou de la famille, une fois la décision posée ?

- non formé
- insuffisamment formé
- correctement formé

-Comment juger vous la formation du personnel paramédical aux urgences/UHCD en ce qui concerne la prise en charge du patient et/ou de la famille, une fois la décision posée ?

- non formé
- insuffisamment formé
- correctement formé

### 9- Décision de LATA en pré hospitalier :

*A- Quelles difficultés vous paraissent prépondérantes dans les décisions de LATA en pré hospitalier ? (Choisissez-en 3 et classez-les de 1 à 3 par ordre d'importance, 1 étant l'item le plus pertinent).*

-Concertation pluri disciplinaire difficile :

-Manque d'informations /Dossier médical non consultable

-Isolement :

-Difficulté de recueil d'informations auprès de la famille (stress, temps limité, pression entourage...)

-Peur des litiges

-(espace libre)...

*B- Avez-vous été confronté à une situation de LATA en pré hospitalier dans votre exercice durant :*

-L'année en cours : OUI NON

-Durant le dernier mois : OUI NON

*C- Dans un but d'amélioration de nos pratiques, quelles mesures souhaiteriez-vous voir mises en place ? (Choisissez-en 3 et classez-les de 1 à 3 par ordre d'importance, 1 étant l'item le plus pertinent).*

- Formation médicale aux soins palliatifs
- Formation d'écoute et de communication en situation de stress
- Création d'un fichier informatisé des patients en soins palliatifs
- Enregistrement informatique des directives anticipées et personnes de confiance
- Création d'une ligne de permanence, d'aide à la décision collégiale en situation de LATA
- (espace libre)...

**10- Votre profil :**

- Votre âge ?
- Votre formation ? CAMU DESC Autre, précisez :
- Depuis combien d'années travaillez-vous dans la structure actuelle ?
- Comment travaillez-vous ? Temps plein Partiel Activité mixte
- Votre structure ? Urgences Médico-chirurgicales SAMU-SMUR Mixte

## Annexe 2 : Questionnaire en ligne, version *Google Doc*

# Evaluation des facteurs influençant la décision médicale dans les limitations ou arrêts des soins en contexte d'urgence

Chère consœur, cher confrère,

Je prépare actuellement une thèse en vue de l'obtention du diplôme de Docteur en Médecine, dont l'objet s'intitule : « Facteurs influençant la prise de décision médicale, dans l'arrêt ou la limitation des thérapeutiques actives en contexte d'urgence ».

La structure de la thèse s'articule essentiellement sur de la bibliographie médicale et extra médicale, en cherchant à mettre en évidence des sujets phares qui inspirent la réflexion du soignant lors de ces décisions difficiles de LATA. (Limitation ou arrêt des thérapeutiques actives).

Souhaitant apporter un argumentaire plus représentatif de notre activité locale, je souhaiterais vous interroger sur votre rapport à ces décisions au travers d'un questionnaire.

Il ne vous en coutera que peu de temps (environ 5 minutes) mais ces réponses seront pour moi un réel apport.

Je vous remercie donc par avance de votre soutien.

Confraternellement.

Pierre PILI  
Interne de Médecine générale  
DESC de Médecine d'urgence  
pierrepili2000@yahoo.fr  
PDumanoir@chu-grenoble.fr  
06/22/99/42/83

- 
- 1- Parmi les items suivants pouvez-vous choisir SEULEMENT QUATRE éléments fondamentaux qui selon vous, vont largement influencer votre décision de LATA et classez les. (Classez-les de 1 à 4 par ordre d'importance, 1 étant l'item le plus pertinent). 4 Réponses seulement.

	1	2	3	4
L'état clinique aigu du patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1	2	3	4
La gravité de la pathologie en cours	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1 2 3 4

L'avis de la famille	<input type="radio"/>				
----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

1 2 3 4

La qualité de vie espérée	<input type="radio"/>				
---------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

1 2 3 4

Une pathologie sous-jacente létale dans l'année : (Score de McCabe 3), insuffisant cardiaque stade IV NYHA / insuffisant respiratoire déjà ventilé / cancer métastasé / décompensation hémorragique de cirrhose	<input type="radio"/>				
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

1 2 3 4

L'absence d'amélioration après traitement actif	<input type="radio"/>				
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

1 2 3 4

L'irréversibilité de la détresse dans les 24 premières heures	<input type="radio"/>				
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

1 2 3 4

Un niveau de soin considéré comme maximal	<input type="radio"/>				
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

1 2 3 4

Le choix du patient	<input type="radio"/>				
---------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

1 2 3 4

L'âge	<input type="radio"/>				
-------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

2- Parmi les antécédents médicaux suivants, quels sont ceux qui vous paraissent le plus péjoratifs. Choisissez en 3 et classez-les. (Classez-les de 1 à 3 par ordre d'importance, 1 étant le plus péjoratif).

3 Réponses seulement

1 2 3

Oncologiques / métastatiques	<input type="radio"/>				
------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

1 2 3

Hématologiques (lymphomes, leucémies...)	<input type="radio"/>				
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

1 2 3

Respiratoires (insuffisance respiratoire chronique, appareillage...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	--

1      2      3

Neurologiques / démences (Alzheimer, Parkinson, AVC...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	--

1      2      3

Cardiovasculaires (insuffisance cardiaque sévère stade NYHA 4...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
---	-----------------------	-----------------------	-----------------------	--

1      2      3

Locomoteur (tétraplégie...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
-----------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	--

3- Evaluation des rapports urgences / réanimation. A- Lors de la gestion d'un patient présentant une urgence vitale, vous êtes appelé à prendre avis auprès du réanimateur d'astreinte. La présentation téléphonique est-elle suivie d'un déplacement au lit du malade :

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Exceptionnellement
- Jamais

B- L'avis du réanimateur sur la décision de LATA influence votre propre avis :

- Systématiquement
- Souvent
- Parfois
- Exceptionnellement
- Jamais

D- Avez-vous déjà transféré un patient relevant selon vous de la réanimation dans une autre structure ou un autre service de réanimation, après refus de votre structure de référence ?

- oui
- non

E- Avez-vous déjà demandé un deuxième avis auprès d'un autre réanimateur en cas de désaccord avec votre structure de référence ?

- oui
- non

- 4- Comment recueillez-vous une estimation de la qualité de vie du patient soumis à une potentielle décision de LATA ? (Classez les de 1 à 3 par ordre d'importance, 1 étant l'item le plus pertinent).

	1	2	3
Discussion des activités de la vie quotidiennes avec la famille, proches, institutions.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1	2	3
Echelles de la qualité de vie.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1	2	3
Dossier informatisé / compte rendu d'unité de concertation.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 5- Considérez-vous connaître correctement la Loi 2005-370 du 22 avril 2005, dite Loi Léonetti ?

- Oui, parfaitement
- Oui, dans les grandes lignes
- Assez mal
- Pas du tout

- 5- Recherchez-vous systématiquement lors de ces potentielles décisions de LATA : (plusieurs réponses possibles)

- Des directives anticipées ?
- Une personne de confiance ?
- L'avis de la personne, si son état de conscience le permet ?
- L'avis du personnel paramédical ?
- L'avis du médecin traitant ?

- 6- Diriez-vous concernant la prise de décision finale de LATA en contexte d'urgence, qu'elle se prend : Plutôt de manière collégiale avec référence à au moins un autre médecin urgentiste.

- oui
- non

Plutôt de manière collégiale avec référence à au moins un autre médecin réanimateur.

- oui
- non

Plutôt de manière isolée sans référence à un pair.

- oui
- non

7- Quel regard portez-vous, une fois la décision de LATA posée, sur les structures d'aval ? L'hôpital dispose de structures de soins palliatifs aptes à recevoir des patients entrant via le pôle urgence.

- oui
- non

La prise en charge des décisions de LATA se fait souvent dans la structure même urgences/UHCD.

- oui
- non

Comment jugez-vous la formation du personnel médical aux urgences/UHCD en ce qui concerne la prise en charge du patient et/ou de la famille, une fois la décision posée ?

- non formé
- insuffisamment formé
- correctement formé

Comment jugez-vous la formation du personnel paramédical aux urgences/UHCD en ce qui concerne la prise en charge du patient et/ou de la famille, une fois la décision posée ?

- non formé
- insuffisamment formé
- correctement formé
- 

8- Décision de LATA en pré hospitalier : A- Quelles difficultés vous paraissent prépondérantes dans les décisions de LATA en pré hospitalier ? Choisissez en 3. (Classez-les de 1 à 3 par ordre d'importance, 1 étant l'item le plus pertinent).

	1	2	3	
Concertation pluri disciplinaire difficile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

	1	2	3	
Manque d'informations /Dossier médical non consultable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

	1	2	3	
Isolement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

	1	2	3	
Difficulté de recueil d'informations auprès de la famille (stress, temps limité, pression entourage...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

	1	2	3	
Peur des litiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Espace libre pour une réponse non envisagée au

dessus....

B- Avez-vous été confronté à une situation de LATA en pré hospitalier dans votre exercice durant :

- L'année en cours
- Le mois dernier

C- Dans un but d'amélioration de nos pratiques, quelles mesures souhaiteriez-vous voir mises en place ? (Coter de 1 à 3 par ordre d'importance, 1 étant l'item le plus pertinent).

	1	2	3	
Formation médicale aux soins palliatifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

	1	2	3	
Formation d'écoute et de communication en situation de stress	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

	1	2	3	
Création d'un fichier informatisé des patients en soins palliatifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

	1	2	3	
Enregistrement informatique des directives anticipées et personnes de confiance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

	1	2	3	
Création d'une ligne de permanence, d'aide à la décision collégiale en situation de LATA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Espace libre pour une réponse non envisagée au

dessus...

10- Votre profil : Votre âge et votre adresse mail

Votre formation ? CAMU / DESC / Autre, précisez :

Depuis combien d'années travaillez-vous dans la structure actuelle ?

Comment travaillez-vous ? Temps plein / Partiel / Activité mixte

Votre structure ? Urgences Médico-chirurgicales / SAMU-SMUR / Mixte

Merci de l'attention que vous avez porté à ma recherche...Si vous souhaitez apporter des commentaires ou

une précision, n'hésitez pas...

## Annexe 3 :

### Recommandations pour l'admission en réanimation selon la SCCM

This system defines those that will benefit most from the ICU (Priority 1) to those that will not benefit at all (Priority 4) from ICU admission.

*Priority 1:* These are critically ill, unstable patients in need of intensive treatment and monitoring that cannot be provided outside of the ICU. Usually, these treatments include ventilator support, continuous vasoactive drug infusions, etc. Priority 1 patients generally have no limits placed on the extent of therapy they are to receive. Examples of these patients may include post-operative or acute respiratory failure patients requiring mechanical ventilatory support and shock or hemodynamically unstable patients receiving invasive monitoring and/or vasoactive drugs.

*Priority 2:* These patients require intensive monitoring and may potentially need immediate intervention. No therapeutic limits are generally stipulated for these patients. Examples include patients with chronic comorbid conditions who develop acute severe medical or surgical illness.

*Priority 3:* These unstable patients are critically ill but have a reduced likelihood of recovery because of underlying disease or nature of their acute illness. Priority 3 patients may receive intensive treatment to relieve acute illness but limits on therapeutic efforts may be set such as no intubation or cardiopulmonary resuscitation. Examples include patients with metastatic malignancy complicated by infection, cardiac tamponade, or airway obstruction.

*Priority 4:* These are patients who are generally not appropriate for ICU admission. Admission of these patients should be on an individual basis, under unusual circumstances and at the discretion of the ICU Director. These patients can be placed in the following categories:

A. Little or no anticipated benefit from ICU care based on low risk of active intervention that could not safely be administered in a non-ICU setting (too well to benefit from ICU care). Examples include patients with peripheral vascular surgery, hemodynamically stable diabetic ketoacidosis, mild congestive heart failure, conscious drug overdose, etc.

B. Patients with terminal and irreversible illness facing imminent death (too sick to benefit from ICU care). For example: severe irreversible brain damage, irreversible multi-organ system failure, metastatic cancer unresponsive to chemotherapy and/or radiation therapy (unless the patient is on a specific treatment protocol), patients with decision-making capacity who decline intensive care and/or invasive monitoring and who receive comfort care only, brain dead non-organ donors, patients in a persistent vegetative state, patients who are permanently unconscious, etc.

## 8-Bibliographie

- [1] Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Journal Officiel de la République Française, 23 avril 2005. <http://www.legifrance.gouv.fr>.
- [2] Observatoire national de la fin de vie. Rapport 2011. « Fin de vie : un premier état des lieux ». Décret n° 2010-158 du 19 février 2010. Journal officiel 21 février 2010.
- [3] An analysis of clinical reasoning through a recent and comprehensive approach: the dual-process theory. Pelaccia T, Tardif J, Tribby E, Charlin B and al. (2011) Med Educ Online. Mar 14; 16.
- [4] Recommandations de bonnes pratiques cliniques concernant l'application de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. A. Lienhart, L. Puybasset, S. Beloucif, G. Boulard, pour le groupe de réflexion éthique de la SFAR 2006.
- [5] Ethique et urgences. Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. Journées Européennes d'urgences 2003.
- [6] Recommandations des experts de la Société de Réanimation en Langue Française. Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte. Réanimation 2002;11:442-9. Actualisation 2009
- [7] Décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives aux urgences. Collège Lorrain de médecine d'urgence. Thenot C. (Urgences - SAMU, CH Epinal)
- [8] Withholding and withdrawing life-support therapy in an Emergency Department: prospective survey. Le Conte P, Baron D, Trewick D and al. (2004) Intensive Care Med. Déc.; 30(12):2216-21.
- [9] - Réflexions et propositions autour des soins palliatifs en période néonatale, 1ère partie : considérations générales et 2ème partie : construction d'un projet de soins palliatifs chez le nouveau-né. Bétrémieux P, Gold F, Parat S, et al. (2010) Archives Pédiatriques ; 17:409-19.
- Fin de vie en médecine néonatale à la lumière de la loi. Dageville C, Rameix S, Andrini P, et al. (2007) Archives Pédiatriques ; 14:1219-30.
- [10] A modified McCabe score for stratification of patients after intensive care unit discharge: the Sabadell score. Fernandez R, Baigorri F, Navarro G, Artigas A. (2006) Crit Care. ;10(6):R179.
- [11] Prognosis of patients aged 80 years and over admitted in medical intensive care unit. Ariane Boumendil A, Maury E, Reinhard I and al. (2004) Intensive Care Med. 30:647-654
- [12] Ethique et urgences. Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. Situations cliniques et choix thérapeutiques. (2003) Journées Européennes d'urgences. P.6.
- [13] Comparing three life-limiting diseases: does diagnosis matter or is sick, sick? Steinhäuser KE, Arnold RM, Olsen MK, and al. (2011) Journal of Pain and Symptom Management. Sep; 42(3):331-41.
- [14] Elderly patients and intensive care medicine. Boumendil A, Guidet B. (2006) Intensive Care Med. Jul; 32(7):965-7.

- [15] Short and long-term outcomes of older patients in intermediate care units. Torres OH, Francia E, Longobardi V and al.(2006) *Intensive Care Med* DOI 10.1007/s00134-006-0170-1
- [16] Should elderly patients be admitted to the intensive care unit? Boumendil A, Somme D, Garrouste-Orgeas M, Guidet B.(2007) *Intensive Care Med.* Jul; 33(7):1252-62.
- [17] Should age based rationing of health care be illegal? Rivlin M (1999) *BMJ* 319:1379
- [18] Underinvestigation and undertreatment of carotid disease in elderly patients with transient ischaemic attack and stroke: comparative population based study. Fairhead JF, Rothwell PM (2006) *BMJ* 333:525–527
- [19] Setting limits: medical goals in an aging society. Callahan D (1987) Simon and Schuster, New York
- [20] Intensive care physicians' attitudes concerning distribution of intensive care resources. A comparison of Israeli, North American and European cohorts. Einav S, Soudry E, Levin PD, Grunfeld GB, Sprung CL (2004) *Intensive Care Med* 30:1140–1143
- [21] Guidelines for ICU Admission, Discharge, and Triage. American College of Critical Care Medicine of the Society of Critical Care Medicine. (1999) *Crit Care Med.* Mar; 27(3):633-638
- [22] Decision-making process, outcome, and 1-year quality of life of octogenarians referred for intensive care unit admission. Garrouste-Orgeas M, Timsit JF, Montuclard L, and al. (2006) *Intensive Care Med.* Jul; 32(7):1045-51.
- [23] Prognosis of patients aged 80 years and over admitted in medical intensive care unit. Ariane Boumendil A, Maury E, Reinhard I and al.(2004) *Intensive Care Med.* 30:647–654
- [24] Selection of intensive care unit admission criteria for patients aged 80 years and over and compliance of emergency and intensive care unit physicians with the selected criteria: An observational, multicenter, prospective study. Garrouste-Orgeas M, Boumendil A, Pateron D and al. (2009) *Crit Care Med.*
- [25] Outcome and quality of life of elderly critically ill patients: An Italian prospective observational study. Pavoni V, Gianesello L, Paparella L and al. (2012) *Arch Gerontol Geriatr.* Mar-Apr; 54(2): 193-8.
- [26] Outcome, functional autonomy, and quality of life of elderly patients with a long-term intensive care unit stay. Montuclard L, Garrouste-Orgeas M, Timsit JF and al. (2000) *Crit Care Med.* Oct;28(10):3389-95.
- [27] Withholding and withdrawal of life support in intensive care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F and al. (2001). *Lancet* 357:9–14
- [28] Patient preferences for communication with physicians about end-of-life decisions. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preference for Outcomes and Risks of Treatment. Hofmann JC, Wenger NS, Davis RB, Teno J, and al. (1997). *Ann Intern Med* 127:1–12

[29] Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de la vie - Tome I : Rapport ; Tome II : Auditions. Léonetti J, Assemblée nationale. 2008.

[30] Selection of intensive care unit admission criteria for patients aged 80 years and over and compliance of emergency and intensive care unit physicians with the selected criteria: An observational, multicenter, prospective study. Garrouste-Orgeas M, Boumendil A, Pateron D and al. ICE-CUB Group. Crit Care Med. 2009 Nov;37(11):2919-28.

[31] Article R4127-37 (Décret n° 2006-120 du 6 février 2006 art. 1 JO du 7 février 2006) Code de la Santé publique.

[32] - CCNE. Rapport et recommandations n° 63, 27 janvier 2000. Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie. Les Cahiers du CCNE, avril 2000 ; 23 :3-12.

[33] Recommandations des experts de la Société de Réanimation en Langue Française. Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte. Réanimation 2002;11:442-9. P 13, 7.Décision. Actualisation 2009

[34] Formation et recherche : état des lieux et besoins des professionnels. P 215. Observatoire national de la fin de vie. Rapport 2011. « Fin de vie : un premier état des lieux ». Décret n° 2010-158 du 19 février 2010. Journal officiel 21 février 2010.

[35] Les soins palliatifs dans les services d'urgence : quels constats peut-on tirer des données hospitalières ? P 116. Observatoire national de la fin de vie. Rapport 2011. « Fin de vie : un premier état des lieux ». Décret n° 2010-158 du 19 février 2010. Journal officiel 21 février 2010.

- 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

- Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit. Crit Care Med 2001 ;29(12) :2332-2348.

- Décret n°2006-119/120 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées et à la procédure collégiale prévues par la loi du 22 avril 2005. <http://www.legifrance.gouv.fr>

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. <http://www.legifrance.gouv.fr>

- Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs. Journal Officiel de la République Française, 10 juin 1999: 8487-89. <http://www.legifrance.gouv.fr>

- Code de déontologie médicale, commentaires. <http://conseil-national.medecin.fr>

- Respecter la vie, accepter la mort. Mission d'information. J. Léonetti, président. Rapport n°1708. Assemblée nationale, Paris, juillet 2004, 2 tomes.

- Conseil de l'Europe, Assemblée parlementaire. Protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants. Recommandation n°1418, 25 juin 1999.

# Remerciements officiels

La fin de cette thèse sur les facteurs influençant les arrêts et limitations thérapeutiques dans un contexte d'urgence, est une boîte de Pandore. Une boîte d'interrogations sur le sens de notre métier qui dépasse largement le champ de la médecine. Ce modeste travail ne révolutionne pas la science. C'est un petit chemin sans fin qui n'ouvre que sur de nouvelles questions...

Merci à vous tous d'être là dans cet instant qui compte...

Merci encore à mes parents, je vous invite à relire les remerciements du début de thèse. J'avais juste oublié de vous remercier pour la petite chouille d'après thèse.

Merci à Amélie pour ton existence et celle que tu portes, c'est une période fascinante.

Merci à mon frère, Laure et Constance, mon noyau. Mon frère, la géographie nous avait séparée, elle nous rapproche aujourd'hui pour vivre nos passions communes et cela me rend plus heureux à chaque fois.

Merci Mamie, Papi, Christophe, Mylène, Roger, je n'oublie pas ce soir que voilà quelques années, un bateau a déposé sur le port de Marseille, la famille Pili et que sans cette traversée forcée, rien de ce que l'on vit ce soir n'existerait. Vous faites ce soir une traversée terrestre vers les montagnes, merci.

Merci à grand-maman et Paton pour votre soutien à distance. Si le corps ne suit plus et ne vous permet pas d'être là ce soir, c'est l'esprit qui compte. L'histoire avec grand et petit H se poursuit.

Merci à Monique, Philou et Yoko, mes étés me suivent encore, l'année mériterait plus d'occasions de repas de famille.

Merci à Michel, mon parrain. Toujours présent, suivant avec attention à distance, les petites et grandes étapes, guide dans la médecine comme dans la vie.

Merci à toute la « petite famille », chacun des amis de mes parents qui ont généreusement fait le déplacement depuis Marseille, votre présence est un signe fort du lien que vous avez créé au long de ces années avec Jacq et Sergio, merci d'être là... En désordre, les Ducan, Lankester, Martinet, Ulmann...

Merci à Elisabeth et Patrick pour tout mais surtout pour Amélie, les bons plats et la littérature... Mon Thibeau et belle doche Pauline adorés.

Merci à Michelle Mattei, votre présence qui me comble, poursuit ce lien durable.

TSVP, bien sûr...

Merci à mes amis qui rendent la vie savoureuse...

Sans ordre de préférence, ni de taille, ni de poids, ni de revenu mensuel, ni quoi que ce soit :

JC ma caillette artistique génialement drôle, savoureux mélange de points de QI et de décalage improbables,

Tanguy, bon ben que dire qui n'ait été dit sinon, cœlacanthe..., plus sérieusement Merci, ce fut grand, intense et ce n'est que le début... Œillades à Maritxu, Apo...

Hugues, comme quoi la beau-gosserie peut s'accorder avec l'intelligence fidèle du cœur de l'amitié, un modèle dans bien d'autres domaines que le simple wake... Pensée à Anne-Gaëlle...

Nico, écœurement permanent de performances sportives, aussi doué partout que drôle et attachant,

César, non tu ne te résumes pas à un ballon, merci pour nos moments de refonte téléphonique du monde,

Toto, la vie en live sans playback, un show permanent à la ville comme à la Seine, fidélité, certitude.

Greg, la musique dans la peau, constant remodelage de la langue et des genres, un ovni adoré...

François, longue histoire depuis Orcières, fidèle de tous les plans, profond pas seulement dans la réflexion...

Jean Greg, de la oualapé course à nos récentes retrouvailles, un bonheur...

Steph... ?!? Un monument !

Merci TMD ma vieille branche aimée, témoin bien plus qu'un jour de mariage et tes deux femmes Marguerite, Nicole mum bis...

Merci à mes amis fidèles rencontrés sur les bancs de la faculté, Josi puis Johannes, Myriam puis Raph, ou un peu avant, Flo puis Marjo, voire à Tirana, Max, merci pour le déplacement parisien et le départ à l'aube.

Via l'entremetteur Max, merci à toute cette troupe décalée, drôlastique et familiale, brillamment artistique, chacun dans son domaine, Max, Lucille, Béa, (Nelly + Flo) = Alys, donnez moi encore des week-ends ... au pesto, des spectacles, des photos tout nu, de la musique, du handicap, des victoires au trivial, de la spiritualité...

Merci à Stan et Alix qui ont pris un billet aller retour Mexico-Genève pour être là ce soir, cela me touche beaucoup...

Merci à Odile et Pierre Lieutier, un couple phare qui fait croire aux utopies...

Merci à ma petite famille Sallanchoise, Ibrahim mon pote, mon vieux cèdre déraciné magique freeride combloux team, que j'aime tant et sa ptite femme Sarah. Aurélie, Mélanie, Laurène, modestes skieuses... Nelly et Eric, un couple chaud venu du froid.

Merci au brillant animateur de « Spéculum et Pataugas » qui se reconnaîtra aussi rapidement qu'il compte à mes yeux...

Merci à Gilles Trebes, un être bizarre passionnant !

Merci à Jean-Luc Cordier, Philippe Canu, Vinciane ainsi que toute la fine équipe de la cardio Sallanchoise pour leur accueil dans mes premiers pas d'interne et pour beaucoup plus que de la simple médecine.

Merci au personnel des urgences médico-chirurgicales de Grenoble.

Merci à la pédiatrie académie de Chambéry et à Corinne...

Merci à Claudine Chauchefoin et Philippe Eyraud pour ces 6 mois de médecine générale. Un stage particulier, une rencontre riche, de médecine, d'histoire, de montagne, de bons petits plats, de lac, de tennis, de littérature, de cinéma, d'art...

Merci à tous ceux qui œuvrent chaque jour dans le service de réanimation médicale de Grenoble. Ce travail est né là-bas... Merci pour ces bons moments au milieu d'une discipline si singulière... Mes co-internes, Phil, BF, Clo, Juan Carlos, Clara ainsi que Prune, Tristan, Simon, Seb, Perrine bis, Maxime, Claire 6a+ Somohano, Hélène, RBK, ABona, Carole, Clémence et tous les autres...

Merci à toute l'équipe du service d'infectieux de Grenoble, Pati, JPB, Sandrine, Emilie, mes co-internes Mylène, David, Violaine, Clém-Clém, Maë, Mél, Alex, Peri et tous les autres.

Merci Clément pour cette rencontre...

Merci à toute l'équipe du SAMU-SMUR Codis du 74, une bien belle expérience... A l'heure de l'écriture de ces lignes Gaël Gay No et TR-TV- Roupioz seraient présents, j'en suis très touché.

Merci à la belle promo de DESC d'urgence de Grenoble, Marie (et sa mère), Sabine, Ibrahim, Jérémie, Nico, Philippe, Cyril, Marion...

Merci à FX Khor pour ses échanges toujours riches, du haut de la Meije ou dans l'antre du CESU...

Merci à France Rocourt du DIU de médecine de montagne pour son expérience et ses conseils fructueux...

Merci aux Iris : Didier, Bruno, André, Eusèbe, Yves, Oliv', pour le terreau, la vie sur une autre planète, l'Albanie et les amis chers et fidèles qui ne me quittent pas...

Enfin merci à toi que je ne connais pas encore et pourtant bien présent... Ecoutant ce soir dans ton atmosphère pressurisée de cockpit utérin, des choses pas forcément gaies, ne t'inquiète de rien, ce sera bien plus drôle à ta sortie...