



HAL
open science

Limitation et arrêt des thérapeutiques actives aux urgences

Pierre Énora

► **To cite this version:**

Pierre Énora. Limitation et arrêt des thérapeutiques actives aux urgences. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01664976

HAL Id: dumas-01664976

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01664976>

Submitted on 18 Dec 2017

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

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

AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

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

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2017

N°

LIMITATION ET ARRÊT DES THÉRAPEUTIQUES ACTIVES AUX URGENCES

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE GÉNÉRALE

DIPLÔME D'ÉTAT

Énora PIERRE [Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 13 décembre 2017

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury : Mme Le Professeur Françoise CARPENTIER

Membres

Mme Le Professeur Guillemette LAVAL

M. Le Docteur Maxime MAIGNAN

Mme Le Docteur Anne-Claire TOFFART

Mme Le Docteur Catherine THIVOLLE-CAZAT

**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.*

Doyen de la Faculté : Pr. Jean Paul ROMANET

Année 2017-2018

ENSEIGNANTS A L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie

PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
MCU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	GUEBRE-EGZLABHER Fitsum	Néphrologie
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie

PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRACK Paul	Neurologie
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LAPORTE François	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LARRAT Sylvie	Bactériologie, virologie
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MERLOZ Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie

PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	REYT Émile	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL-CANALI Carole	Réanimation médicale
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VULLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

SOMMAIRE

RESUME	7
SUMMARY	8
LISTE DES ABREVIATIONS	9
INTRODUCTION	10
MATERIEL ET METHODE	13
RESULTATS	16
DESCRIPTION DE LA POPULATION	16
DESCRIPTION DES PRISES DE DECISIONS DE LATA.....	18
<i>Effectif et description de la sous-population</i>	18
<i>Délai et horaire</i>	18
<i>Collégialité de la prise de décision de LATA</i>	18
<i>Ethique</i>	20
DESCRIPTION DES SOINS REÇUS PAR LES PATIENTS DECEDES AUX URGENCES	20
<i>Thérapeutiques intensives</i>	20
<i>Thérapeutiques palliatives</i>	21
DESCRIPTION DES MEDECINS ET DE LEURS PRATIQUES DE LATA	22
<i>Effectif et caractéristiques démographiques</i>	22
<i>Expérience et pratique de LATA</i>	22
DISCUSSION	24
CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE	31
ANNEXE 1	33
ANNEXE 2	34
ANNEXE 3	36
REMERCIEMENTS	37
SERMENT D'HIPPOCRATE	39

RÉSUMÉ

Introduction : De nombreuses études françaises ont mis en évidence la consultation fréquente dans les services d'urgence de patients en fin de vie. Les médecins urgentistes sont souvent amenés à prendre des décisions de limitation et/ou arrêt des thérapeutiques actives (LATA). Il n'est pas rare que ces patients en fin de vie décèdent dans le service d'accueil des urgences (SAU). **Objectif :** Cette étude a pour objectif d'explorer les situations de LATA au SAU de l'hôpital d'Annecy. **Matériel et Méthode :** Une étude observationnelle, descriptive et rétrospective a été réalisée au cours de l'année 2016. Les patients inclus étaient les patients majeurs décédés dans le SAU. Les caractéristiques démographiques et médicales de ces patients étaient étudiées ainsi que la présence ou non d'une décision de LATA. Les soins reçus étaient décrits. Parallèlement un questionnaire anonyme a été soumis aux médecins du service explorant leur pratique. **Résultats :** 117 patients ont été inclus, 109 (93%) ont bénéficié d'une décision de LATA avant leur décès, leur âge moyen était de 83 ± 11 ans. 75% des patients avaient des pathologies chroniques ou des comorbidités à leur admission. La collégialité de la prise de décision de LATA a été respectée dans 79% des cas. 27% des patients ont reçu des thérapeutiques intensives puis des soins de confort, 61% ont bénéficié de soins de confort seul. La majorité des médecins interrogés sont à l'aise avec les textes de loi entourant la fin de vie. **Conclusion :** Les décisions de LATA sont une situation fréquente aux urgences. La collégialité et la prise en charge après la décision de LATA pourraient encore être améliorées.

SUMMARY

Introduction: Many French studies have highlighted the fact that patients who reach the end of their lives frequently require the services of emergency departments (ED). As a result, emergency physicians often have to make the decision to withdraw or withhold life-sustaining treatment (WWLST). It is not uncommon that those patients die as they are being processed by the walk-in service. **Objective:** The purpose of this essay will be to study the WWLST decision process in the ED of the hospital of Annecy. **Methodology:** A retrospective and descriptive study was conducted in 2016 focusing on the patients who died in the ED. The demographic and medical characteristics of the patients were studied as well as the existence or absence of a decision to WWLST. The different treatments the patient underwent were also described. An anonymous questionnaire was handed out to emergency practitioners to assess their practices in these situations. **Results:** 117 patients were included in the study, for 109 (93%) of them a decision to WWLST was taken before their deaths. The average age of those patients was 83 years old \pm 11. 75% of those patients were suffering from a chronic disease and co-morbidity when they were admitted to the E.R. In 79% of the cases, the collegiality of the decision was respected. 27% of the patients received intense therapeutic care and then palliative care, 61 % of the patients only received palliative care. Most of the physicians who were interrogated felt comfortable with the laws regulating end-of-life care. **Conclusion:** Decisions to WWLST are a common occurrence in ED. The collegiality of the decision and the care provided after the decision to WWLST could still be improved.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CHANGE = Centre Hospitalier Annecy Genevois

CIL = Correspondant Informatique et Libertés

EHPAD = Etablissement Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMSP = Equipe Mobile de Soins Palliatifs

IOT = Intubation Orotrachéale

LATA = Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques Actives

MCE = Massage Cardiaque Externe

OHD = Oxygénothérapie Haut Débit

SAU = Service d'Accueil des Urgences

SAUV = Salle d'Accueil des Urgences Vitales

SFMU = Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR = Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SRLF = Société de Réanimation de Langue Française

SSR = Soins de Suite et Réadaptation

UHCD = Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

VNI = Ventilation Non Invasive

INTRODUCTION

De nos jours la représentation idéale que se font les individus du lieu de leur fin de vie reste le domicile⁽¹⁾. Il est néanmoins notoire que la grande vulnérabilité inhérente à cette période engendre fréquemment une modification de ce positionnement autant chez le patient que dans son entourage. En effet, la survenue de fortes angoisses et d'une certaine ambivalence face à la mort génère couramment des crises qui fragilisent le choix originel du maintien à domicile

De fait, les analyses épidémiologiques montrent que plus de la moitié des français meurent à l'hôpital^(2,3). Force est de constater que la fin de vie est une réelle problématique de santé hospitalière, et on remarque que la porte d'entrée de l'ambulatoire vers la prise en charge hospitalière n'est autre que le Service d'Accueil des Urgences (SAU).

De nombreuses études réalisées aux urgences confirment ce constat et mettent en évidence l'âge assez élevé des patients décédant dans les SAU : entre 72 et 77 ans ainsi que les pathologies : maladies chroniques ou comorbidités lourdes⁽⁴⁻⁷⁾.

La proportion de la population française ayant rédigé des directives anticipées reste encore faible, des patients porteurs de pathologies létales à court terme peuvent donc se retrouver aux urgences sans projet de soins. L'urgentiste se doit alors d'être l'instigateur d'une réflexion sur le niveau de soins approprié à offrir aux patients afin de préserver leur dignité.

Des études qualitatives menées dans les SAU sur la gestion de la fin de vie indiquent qu'il ne s'agit pas du lieu adapté pour la prise en charge de tels patients. En effet les professionnels exerçant dans ces services dénoncent le manque de formation, le manque de temps et l'inadéquation entre l'organisation des urgences et le besoin d'intimité lié à ce type de situation⁽⁸⁻¹¹⁾. Les médecins urgentistes sont pris au dépourvu avec la nécessité d'établir un pronostic rapide face à un patient parfois très précaire, afin de proposer le niveau de soins adéquat alors que bien souvent il leur manque tout ou partie des informations médicales concernant ce dernier.

Quoi qu'il en soit les SAU vont accueillir de plus en plus de patients dans cette situation. C'est pourquoi, suite à la loi relative aux droits des malades et l'accompagnement

de la fin de vie⁽¹²⁾, introduisant les notions d'obstination déraisonnable ainsi que la possibilité pour les médecins de procéder à une Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques Actives (LATA), le code de déontologie médicale et les sociétés savantes de médecine aigue ont fait part de recommandations quant à ces situations.

« Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies » c'est la promesse que fait le futur docteur devant ses pairs au moment de prêter serment. Le code de déontologie médicale rappelle le droit des patients à la dignité dans le soin et dans la mort et le devoir du médecin de respecter ce serment vis-à-vis de son patient⁽¹³⁾. Le médecin doit se prévenir de l'obstination déraisonnable, il doit respecter la volonté du patient si celui-ci peut l'énoncer, ou, le cas échéant se référer à ses directives anticipées. Dans les cas où les directives anticipées n'existent pas, ou si elles apparaissent inappropriées aux médecins, le code de déontologie rappelle la nécessité d'une réflexion collégiale pour la prise de décision de non acharnement thérapeutique. Les urgentistes sont souvent confrontés à ces situations dans lesquelles le patient ne peut énoncer ses volontés et où, de surcroit, la famille ne se prononce pas.

La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) nous rappelle que : « il ne peut y avoir d'abstention ou d'arrêt thérapeutique sur une simple impression clinique »⁽¹⁴⁾. Le médecin en charge se doit de réunir les informations nécessaires à la décision et de s'entourer pour prendre une décision de LATA : « l'urgence n'est pas une justification à l'absence de réflexion collégiale entre au minimum deux médecins et le personnel paramédical en charge du patient ».

Il existe déjà plusieurs études sur la gestion de la fin de vie aux urgences notamment en France. Les décès aux SAU représentent entre 0,1 et 0,8% des passages aux Urgences. On retrouve dans ces études^(4-7,15) une large majorité de décision de LATA précédant la survenue du décès. Comme indiqué précédemment, il s'agit de patients âgés, avec dans certaines études des maladies chroniques avancées sous-jacentes (81,4% chez *Le Conte et al*⁽⁴⁾). Le délai entre l'admission aux urgences et le délai de survenue du décès est en moyenne inférieur à 24h. La collégialité est en amélioration, elle était retrouvée à 45% des cas dans l'étude d'*E.Roupie* en 1999, et elle serait plutôt de 80% dans l'étude SUDALISA en

2008⁽¹⁶⁾. Ceci est vrai pour la concertation entre médecins hospitaliers, mais la concertation avec le corps paramédical est faible (27% des cas dans SUDALISA) et celle avec le médecin traitant est quasi-inexistante. Les sociétés savantes et les auteurs de ces différentes études s'accordent sur la nécessité pour les SAU de mettre en place des protocoles pour la gestion de ces situations.

L'objectif de ce travail était de décrire les décisions de limitation et arrêt des thérapeutiques actives en explorant les cas de décès survenus dans le SAU d'Annecy, service disposant d'un protocole de LATA.

MATERIEL ET METHODE

Une étude observationnelle, descriptive et rétrospective a été réalisée au cours de l'année 2016 au SAU du Centre Hospitalier d'Annecy Genevois (CHANGE). La totalité des patients majeurs décédés dans le SAU a été incluse et la prise de décision de LATA, lorsqu'elle a eu lieu, a été étudiée. Concomitamment un questionnaire anonyme a été soumis aux médecins urgentistes de cette structure pour évaluer leur pratique dans le domaine de la fin de vie.

L'analyse des décès et décisions de LATA a été effectuée à partir d'un fichier sur le logiciel Excel® dans lequel les informations suivantes étaient recueillies à partir des dossiers médicaux :

- la date et l'heure d'admission aux urgences
- le sexe du patient
- l'âge du patient déduit à partir de sa date de naissance
- la provenance du patient : Etablissement Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), domicile, Soins de Suite et Réadaptation (SSR)
- le moyen d'acheminement : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), Sapeurs Pompiers en VSAV, Ambulance Privée, moyens personnels
- l'existence d'une hospitalisation dans le mois précédent
- la pathologie/comorbidité principale préexistante classée en plusieurs catégories :
 - o grabataire
 - o grand âge (âge supérieur à 85 ans),
 - o démence
 - o néoplasie
 - o polypathologie (si le patient présentait plus de trois atteintes d'organe dans ses antécédents médicaux)
 - o soins palliatifs
 - o insuffisance d'organe au stade terminal

- le diagnostic aigu entraînant le décès désigné par grande cause :
 - o respiratoire
 - o cardio-circulatoire
 - o neurologique
 - o néoplasique
 - o métabolique
 - o infectieuse
- la date et l'heure du décès,
- le lieu du décès : SAU ou Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD)
- la décision de LATA stipulée dans le dossier
- le délai entre l'admission et la prise d'une décision de LATA
- la collégialité de la prise de décision stipulée dans le dossier
- la pratique de thérapeutiques intensives, si oui lesquelles : Ventilation Non Invasive (VNI), Oxygénothérapie Haut débit (OHD), Massage Cardiaque Externe (MCE), Intubation Orotrachéale (IOT), Remplissage, Amines, Transfusion
- la mise en place de soins de confort, si oui lesquels : sédation, antalgie, nursing, soins de bouche ;
- la prise d'avis de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP)
- la prise d'avis d'un spécialiste, et lequel
- la prise d'avis du médecin traitant
- la prise de l'avis du patient
- la prise de l'avis de la famille
- la recherche de directives anticipées

Ce fichier a fait l'objet d'une déclaration à la CIL qui est présentée en ANNEXE 1.

Un questionnaire anonyme a été soumis aux médecins urgentistes exerçant aux urgences d'Annecy par mailing liste. Il était accompagné d'une lettre explicative concernant le travail de thèse effectué.

Les données recueillies dans ce questionnaire étaient les suivantes :

- données sur le médecin : sexe, expérience dans la médecine d'urgence, exercice libéral en parallèle à celui de médecin urgentiste
- données sur la pratique des LATA : autoévaluation des connaissances des textes de loi entourant la fin de vie, estimation du nombre de décisions de LATA sur la dernière année, fréquence avec laquelle il prend cette décision seul, fréquence avec laquelle il prend l'avis du médecin traitant et par quels moyens, pourquoi il ne prend pas l'avis du médecin traitant et enfin il était demandé lors d'une question à réponse libre ce que pouvait apporter la consultation du médecin traitant lors d'une décision de LATA

Le questionnaire aux médecins urgentistes et la lettre d'accompagnement sont présentés en ANNEXE 2 et 3.

Seules les données sur la première partie du questionnaire sont présentées dans ce travail puisque la partie concernant l'implication du médecin généraliste constitue un travail de mémoire.

Les réponses aux questionnaires ont été reportées dans un fichier Excel® et converties en données chiffrées ou binaires pour faciliter l'analyse.

L'analyse des données du fichier des décès et des réponses au questionnaire a été réalisée avec l'aide du Dr JUND du département de Santé Publique et Recherche du CHANGE.

Les données qualitatives sont présentées sous forme de pourcentages et ont été comparées à l'aide du test exact de Fisher, les données quantitatives sont présentées sous forme d'une moyenne avec un écart type et comparées grâce au test non paramétrique de Wilcoxon.

RÉSULTATS

Description de la population

Sur l'année 2016, il y a eu 47 787 admissions aux urgences du CHANGE. Durant cette même période 117 patients sont décédés dans le service, soit 0,24% des admissions.

Parmi les personnes décédées, 51 étaient des hommes et 66 des femmes. L'âge moyen était de 83 ans (EC=11). Ils provenaient pour une grande majorité de leur domicile (66%, n=78), puis d'un EHPAD (27%, n= 31) et enfin d'un SSR (7%, n=8). Les patients étaient acheminés aux urgences préférentiellement par des ambulances privées (50%, n=59), puis par le SMUR (27%, n=32), par les sapeurs pompiers (17%, n=20) et enfin par leurs propres moyens (5%, n= 6).

Les patients décédés aux urgences présentaient pour la grande majorité des pathologies préexistantes réparties comme présenté dans la Figure 1.

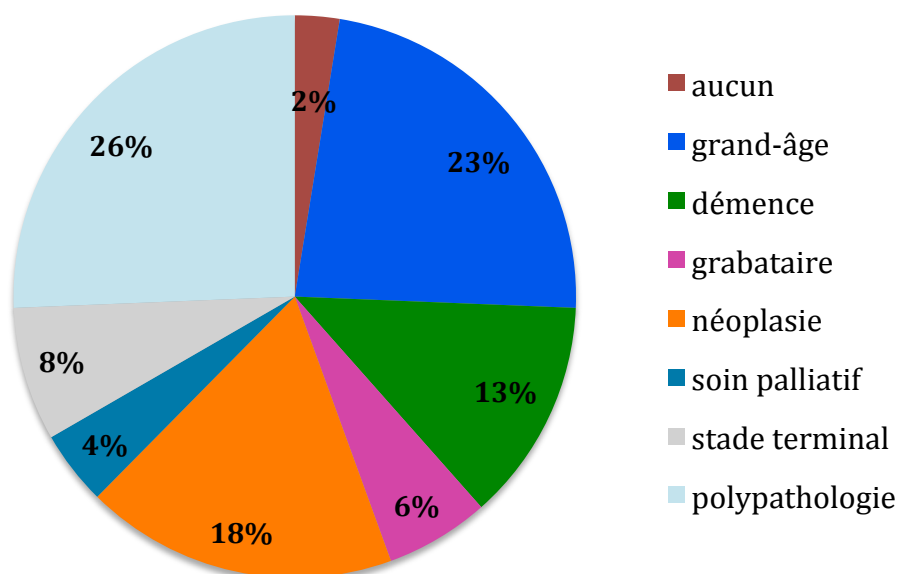


Figure 1 : répartition des principaux antécédents des patients décédés aux Urgences

32% (n=37) des patients avaient été hospitalisés durant le mois précédent. La première cause de décès était respiratoire dans 25% des cas (n=29), les autres causes de décès étaient par ordre décroissant : cardio-circulatoire (22%, n= 26), neurologique (21%, n=24), infectieuse (17%, n= 20), néoplasique (9%, n= 11) et métabolique (6%, n=7).

L'ensemble de ces données est résumé dans le Tableau 1.

Sexe		
<i>Féminin</i>	66	56%
<i>Masculin</i>	51	44%
Age	Moyenne : 83 ans	Ecart Type : 11 ans
Provenance		
<i>Domicile</i>	78	66%
<i>EHPAD</i>	31	27%
<i>SSR</i>	8	7%
Moyen d'acheminement		
<i>Moyen personnel</i>	6	5%
<i>Ambulance privée</i>	59	50%
<i>VSAV</i>	20	17%
<i>SMUR</i>	32	27%
Pathologies pré-existantes		
<i>Aucune</i>	3	2%
<i>Grand-âge</i>	27	23%
<i>Démence</i>	15	13%
<i>Grabataire</i>	7	6%
<i>Néoplasie</i>	21	18%
<i>Soins Palliatifs</i>	5	4%
<i>Stade Terminale d'une pathologie chronique</i>	9	8%
<i>Poly-pathologie</i>	30	26%
Hospitalisation dans le mois précédent		
<i>Oui</i>	37	32%
<i>Non</i>	80	68%
Cause du décès		
<i>Respiratoire</i>	29	25%
<i>Cardio-circulatoire</i>	26	22%
<i>Neurologique</i>	24	21%
<i>Infectieux</i>	20	17%
<i>Néoplasique</i>	11	9%
<i>Métabolique</i>	7	6%

Tableau 1 : Caractéristiques Démographiques et Médicales de la population

Le délai de survenue du décès était très variable avec une répartition ne suivant pas une loi normale. La médiane était de 20h (avec des extrêmes de 40 minutes au minimum et un maximum de 122 heures (5 jours)). Les décès survenaient dans 90% des cas (n=105) dans l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) et dans 12 cas ils se sont produits en zone d'accueil.

Description des prises de décisions de LATA

Effectif et description de la sous-population

On a recensé 109 décisions de LATA sur les 117 décès survenus aux urgences d'Annecy soit 49 hommes et 60 femmes. L'âge moyen de cette sous-population était de 83±10 ans. L'analyse univariée n'a pas permis de mettre en évidence de facteurs associés à la décision de LATA, comme il est présenté dans le Tableau 2.

Délai et horaire

Le délai entre l'admission aux urgences et la prise d'une décision de LATA ne se répartissait pas selon une loi normale, la moyenne n'est donc pas représentative. La médiane était de 2h51 avec un minimum de 10 minutes et un maximum de 23h50.

41% (n=45) des admissions avaient lieu en heures ouvrables (journée, hors week-end et jours fériés) de même que 30% (n= 33) des décès.

Collégialité de la prise de décision de LATA

La décision a été prise de manière collégiale dans 79% des cas (n=86). L'appel à un médecin spécialiste pour le partage de la décision a été réalisé pour 35 patients soit 32% des cas. Lorsque le médecin urgentiste fait appel à un médecin extérieur au service, dans la majorité des situations (74%) il ne prend l'avis que d'un seul médecin spécialiste, dans 9 cas il y a eu au moins 2 spécialistes inclus dans la décision de LATA. Sur les 35 cas où un spécialiste a été appelé, 21 fois (60%) il s'agissait d'un réanimateur. Les chirurgiens (neurochirurgiens et chirurgiens d'organe) ont été questionnés dans 9 cas. Les autres spécialités médicales vers lesquelles les urgentistes se tournaient pour prendre la décision de LATA étaient les cardiologues, les neurologues et neurovasculaires, les gastro-entérologues, les pneumologues, les oncologues et hématologues.

Pour aucun des patients de notre étude l'avis de l'EMSP n'a été pris. L'avis du médecin traitant du patient a été recueilli dans 5 cas.

	LATA + (n=109)	LATA - (n=8)	P-Value
Moyenne d'âge ± écart-type	83 ±10	84 ±18	0,94*
Sexe			
<i>Masculin</i>	49	2	0,46**
<i>Féminin</i>	60	6	0,46**
Provenance			
<i>Domicile</i>	73	5	1**
<i>EHPAD</i>	29	2	1**
<i>SSR</i>	7	1	NR
Hospitalisation dans le mois précédent	35	2	0,67**
Pathologies préexistantes			
<i>Aucune</i>	3	0	NR
<i>Grand-âge</i>	25	2	1**
<i>Démence</i>	15	0	NR
<i>Grabataire</i>	7	0	NR
<i>Néoplasie</i>	19	2	0,63**
<i>Soins palliatifs</i>	5	0	NR
<i>Stade Terminal</i>	8	1	0,48**
<i>Polypathologique</i>	27	3	0,42**
Cause du Décès			
<i>Neurologique</i>	23	1	1**
<i>Respiratoire</i>	28	1	0,67**
<i>Cardio-circulatoire</i>	23	3	0,37**
<i>Infectieux</i>	19	1	1**
<i>Néoplasie</i>	11	0	NR
<i>Métabolique</i>	5	2	0,07**

Tableau 2 : Comparaison des patients en fonction de la présence d'une décision de LATA ou non. * test Wilcoxon ** test exact Fisher

Dans 62% des décisions de LATA, la participation de l'équipe paramédicale n'a pas été spécifiée dans le dossier (n=68). L'équipe paramédicale a participé de manière certaine à 38 décisions de LATA et dans 3 cas elle n'a pas été incluse.

Ethique

L'avis du patient a été pris chaque fois que cela était possible, soit dans 89% des cas (n=97). Les patients pour lesquels l'avis n'a pas été recueilli étaient ceux qui se présentaient dans le coma ou qui étaient dans l'impossibilité d'énoncer leurs volontés. Les familles ont été largement consultées (97% des patients). La recherche de directives anticipées a été spécifiée dans le dossier dans 10 cas.

Description des soins reçus par les patients décédés aux urgences

Thérapeutiques intensives

42 patients (36%) ont bénéficié de thérapeutiques intensives dans cette étude. Il s'agissait principalement de remplissage (n=21, 50%) et de mise en place d'une VNI (n=11). 9 patients ont bénéficié d'un massage cardiaque, 10 patients ont reçu des amines et 4 ont été intubés. Les autres thérapeutiques actives mises en place étaient de l'OHD et des transfusions. Ceci est présenté dans la Figure 2.

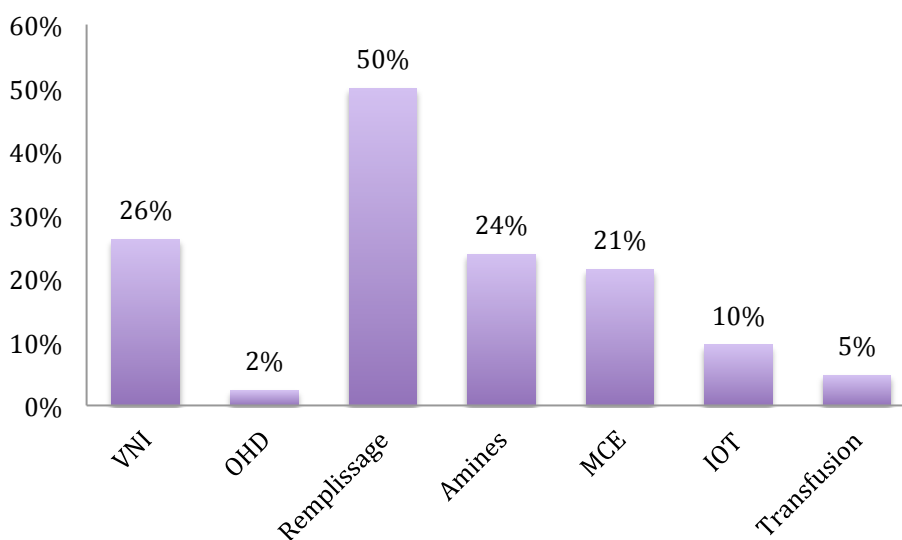


Figure 2 : Description des thérapeutiques intensives

Thérapeutiques palliatives

Parmi tous les patients décédés, 103 (88%) ont bénéficié de soins palliatifs. La quasi totalité des patients pour qui une décision de LATA avait été prise a par la suite bénéficié de soins palliatifs (n=101, 93%). Les soins délivrés étaient de l'analgésie (n=90, 87%), de la sédation (n=64, 62%), du nursing/repositionnement (n=88, 85%) et des soins de bouche (n=53, 51%).

La Figure 3 présente la répartition des thérapeutiques mises en place pour les patients de l'étude. On remarque qu'un faible pourcentage (3%, n=4) de patients n'avait reçu ni des soins invasifs ni des soins de confort avant leur décès. La majeure partie des patients a bénéficié d'une prise en charge palliative seule (n=71, 61%). Pratiquement un tiers des patients a été traité initialement de manière intensive puis a bénéficié de soins de confort (27%, n= 32).

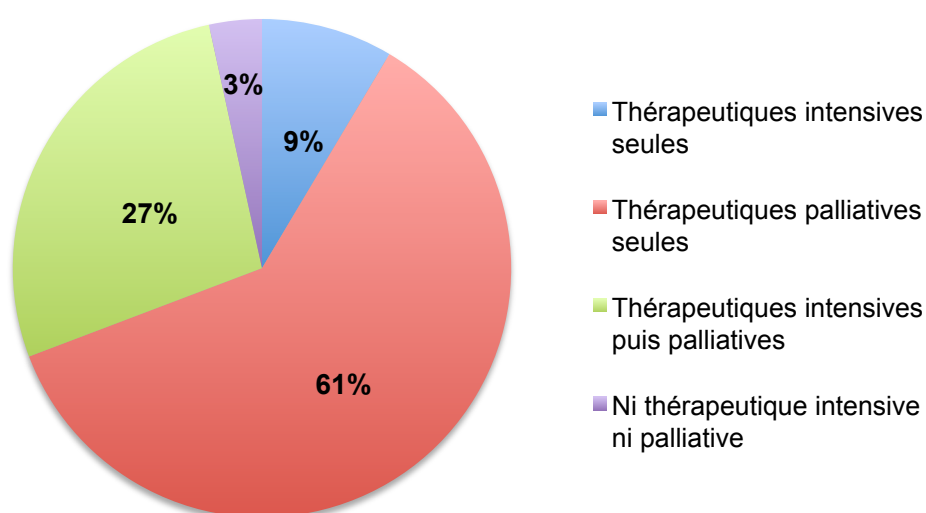


Figure 3 : Répartition du niveau de soins

Description des médecins et de leurs pratiques de LATA

Effectif et caractéristiques démographiques

27 médecins sur 30 sollicités ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 90%, comprenant 17 femmes et 10 hommes. La majorité des médecins ayant répondu aux questionnaires a plus de 5 ans d'expérience, comme résumé dans la Figure 4.

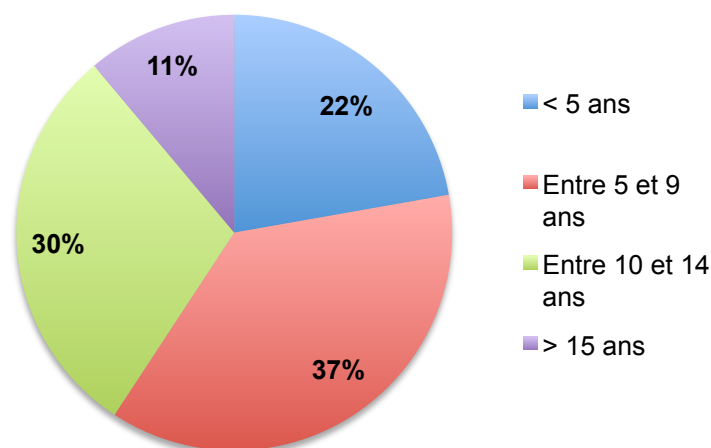


Figure 4 : Expérience des médecins urgentistes du SAU d'Annecy

Expérience et pratique de LATA

La majorité des médecins interrogés a déclaré avoir plutôt une bonne connaissance des textes entourant la fin de vie (55%, n= 15), quand 8 médecins ont considéré leur niveau de connaissance de ces textes comme plutôt mauvais. Ils évaluaient la fréquence des décisions de LATA en moyenne à 15 fois par an (± 11 /an) avec au maximum 40 fois par an et au minimum 2 fois par an.

Pour 16 médecins urgentistes, il leur arrivait parfois de prendre la décision de LATA seuls. 3 médecins admettaient prendre souvent la décision seuls, tandis que 7 médecins déclaraient ne jamais prendre ce type de décisions seuls. Ces résultats sont présentés dans la Figure 5.

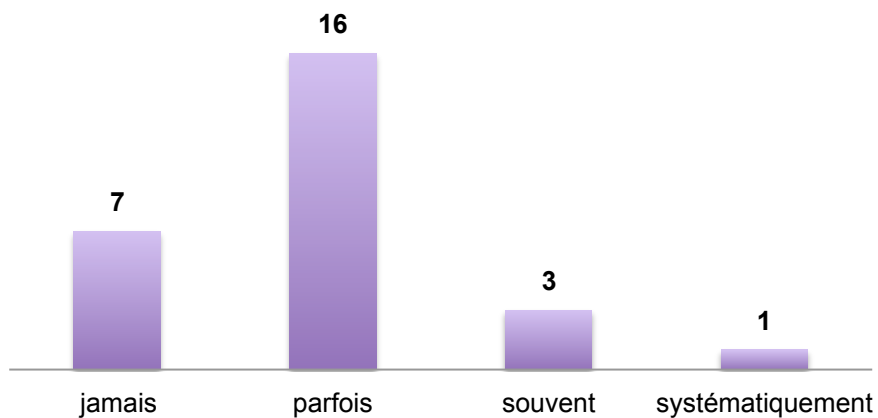


Figure 5 : Fréquence évaluée de l'isolement dans la prise de décision de LATA

La quasi totalité des médecins urgentistes pensait que le médecin généraliste doit participer à la décision de LATA (n=26, 96%) mais 26% (n=7) déclaraient ne jamais contacter le médecin traitant lorsqu'ils étaient dans ce genre de situation.

DISCUSSION

Cette étude confirme la tendance dévoilée par de nombreux autres travaux français : les urgences sont un lieu d'accueil des personnes en fin de vie et également le lieu de survenue de décès attendus. Il s'agit en majorité de personnes âgées avec des pathologies préexistantes provenant la plupart du temps du domicile. Les urgentistes de notre centre sont amenés fréquemment à prendre des décisions de LATA, avec une prise en compte du patient et de la famille plutôt conforme aux recommandations de la SFMU. Il reste des efforts à faire par rapport à la collégialité de cette décision, notamment au niveau de l'implication du personnel paramédical. Les médecins interrogés se sentent plutôt à l'aise avec ce genre de situation.

Il faut néanmoins souligner la présence de limites à ce travail. Tout d'abord le caractère rétrospectif expose à des biais qui lui sont propre. Cette étude est aussi limitée par son caractère unicentrique. Le faible effectif est dommageable pour l'interprétation des résultats et l'application des tests statistiques. Il est également regrettable que la sélection des patients se soit faite sur la survenue du décès, il manque probablement à l'analyse beaucoup de décisions de LATA qui n'ont pas été suivie d'un décès. Le choix de sélectionner les patients sur le décès a été dicté par l'aspect pratique pour la recherche des dossiers sur le logiciel des urgences. Il aurait été intéressant de calculer un score pronostic de survie des patients comme le score MacCabe ou un score de statut de santé (score Knaus) pour caractériser les patients, mais il manquait des informations pour l'établissement de ces scores, ne permettant pas de les appliquer pour tous les patients.

On peut aussi reprocher à ce travail d'avoir réduit l'étude des soins palliatifs seulement à la présence d'une analgésie, d'une sédation, de soins de nursing ou de bouche, alors que selon la définition donnée par la société des soins palliatifs⁽¹⁷⁾, il s'agit d'une approche plus globale comprenant notamment l'apport d'un soutien psychologique, spirituel et affectif au patient et à son entourage.

Malgré les limites énumérées ci dessus ce travail s'intègre assez bien dans la littérature puisque de nombreux résultats sont cohérents avec d'autres études. On remarque tout d'abord qu'en terme d'incidence des décès aux urgences, les résultats de cette étude sont dans le même ordre de grandeur que ceux d'autres études réalisées en France : 0,2% pour *E.Roupie* en 1999⁽⁷⁾, 0,1% pour *Grange et al* en 2012⁽¹⁵⁾, 0,14% au SAU de Saint Etienne dans l'étude de *Tardy et al* en 2002⁽⁵⁾ et 0,8% dans l'étude multicentrique de *Le Conte et al* en 2009⁽⁴⁾.

La population de patient qui décède au SAU du CHANGE est âgée, vient du domicile en grande majorité et est porteuse de comorbidité avant son admission. C'est le même type de population qu'on retrouve dans la publication de *Le Conte et al*⁽⁴⁾: un âge moyen de 77 ans, les deux tiers des patients qui proviennent de leur domicile, plus de 50% des patients porteurs d'une maladie sous jacente fatale à 1 ou 5 ans.

Dans mon étude 93% des patients décédés ont bénéficié avant leur décès d'une décision de LATA, c'est plus que dans les autres études françaises réalisées aux urgences avec des taux évoluant de 20% pour *E.Roupie* en 1999⁽⁷⁾, 78,8%⁽¹⁸⁾, 79%⁽¹⁹⁾, 80%⁽⁴⁾ à 84%⁽⁶⁾. Ce taux est bien supérieur à celui retrouvé pour les décès dans la population générale : 48% dans une étude française qui interrogeait les médecins rédacteurs de certificats de décès sur une période d'un mois en 2009⁽²⁰⁾. Ce résultat peut être expliqué par le fait que les patients très précaires - mais dans une optique de soins intensifs - sont soit identifiés en préhospitalier et orientés directement en service de soins intensifs ou réanimation ; ou s'ils n'ont pas été régulés et qu'ils sont pris en charge initialement aux urgences, sont assez vite mutés dans les services de médecine intensive. Probablement que le taux de LATA avant décès est moins important dans ces services là.

En ce qui concerne la collégialité dans la prise de décision de LATA, on observe un taux équivalent à celui de mon étude dans la publication de *Le Conte et al* en 2009⁽⁴⁾: 80% des cas de LATA. L'implication du personnel paramédical n'y était pas spécifié et le taux d'implication du médecin traitant était équivalent au nôtre : 4,8% des cas. Dans une autre étude menée par *Le Conte* également en 2005⁽²¹⁾, l'implication de l'infirmier avait été observée, avec un taux de 62% bien supérieur au nôtre à 32%.

Il est possible que l'implication du personnel paramédical soit sous évaluée dans notre étude car celle-ci était considérée comme effectivement réalisée seulement si annotée dans le dossier médical.

L'équipe mobile de soins palliatifs n'a pas du tout été impliquée dans les décisions prises aux urgences, on peut peut-être expliquer cela par une insuffisance de partenariat entre l'équipe des urgences et l'EMSP, mais aussi car une grande partie des décisions de LATA a lieu en dehors des heures ouvrables où l'EMSP est joignable. Il serait intéressant d'impliquer automatiquement l'EMSP dans la prise en charge des patients pour lesquels on s'oriente vers une LATA, comme dans l'étude de *Grange* à l'hôpital de Dreux⁽¹⁵⁾. Cette procédure semblait apporter une meilleure continuité dans les soins.

Dans une étude qualitative de 2008 interrogeant le personnel de deux services d'urgence, *Tourneret et Mino*⁽¹⁰⁾ avaient mis en évidence une tendance des urgentistes à mettre à l'écart la famille. Ils expliquaient cela par le fait que parfois la situation était incertaine et complexe, par le manque de temps aux urgences ; mais dans mon étude la famille a été consulté très fréquemment (97% des patients).

Dans mon étude 27% des patients ont bénéficié de thérapeutiques intensives avant la décision de LATA, puis de soins palliatifs. Ceci se conçoit, car parfois le temps d'appréhender la situation et le pronostic du patient, le médecin urgentiste opte pour une attitude intermédiaire et peut introduire des traitements sans qu'il s'agisse d'obstination déraisonnable. Ce sont les notions de réanimation d'attente ou de validation explicitées dans les recommandations de la SFMU⁽¹⁴⁾ et de la SRLF⁽²²⁾. On retrouve cette pratique dans l'étude de *Verniolle et al* qui explorait les démarches de LATA en SAUV en 2011⁽²³⁾.

Les médecins des urgences d'Annecy ont en majorité plus de 5 ans d'expérience et se considèrent plutôt bien au courant des lois entourant la fin de vie. Ils semblent avoir à faire face à ce genre de situation de manière assez fréquente et être plutôt à l'aise avec cela. Cela est plutôt en contradiction avec les résultats de plusieurs études qualitatives réalisées dans les SAU avec une idée qui revient souvent : les urgences ne sont pas le lieu approprié pour la prise en charge des fins de vie et les équipes soignantes sont mal à l'aise avec la

prise en charge de ces patients, ils ont le sentiment de ne pas avoir le temps de faire correctement pour ces patients^(8,10,11).

Ce travail amène plusieurs constatations méritant une réflexion particulière.

Il apparaît dans les résultats de mon étude que certaines venues de patients qui sont décédés dans les urgences auraient pu être évitées. On remarque que 4% des patients étaient déjà considérés en soins palliatifs à leur entrée aux Urgences, 18% des patients étaient porteur d'une néoplasie, certains patients venaient d'un SSR ou d'une EHPAD : autant de patients pour lesquels une réflexion en amont et une anticipation des « crises » menant à l'hospitalisation auraient pu être menées. Des études montrent que les facteurs liés à une diminution des hospitalisations dans les derniers jours de vie étaient l'implication du médecin généraliste avec notamment une présence dans les dernières 48h auprès du patient, et l'implication de la famille⁽²⁴⁾. Ce travail d'amont n'est pas à réaliser que par les médecins de ville. Du côté de l'hôpital, des efforts sont à fournir aussi : 32% des patients de mon étude étaient hospitalisés le mois précédent. On s'aperçoit de plus, qu'une partie des patients étaient acheminés par le SMUR (27%), posant la question de la mobilisation d'une équipe de SMUR pour la gestion d'une situation de fin de vie.

La mise en place d'une procédure de LATA paraît absolument nécessaire pour aider le médecin urgentiste. L'aide à l'évaluation du pronostic du patient est un des points importants qui devrait figurer dans ces procédures. En effet on l'a vu dans cette étude il existe une grande diversité de situations comme le montre la disparité importante des délais de survenue du décès ou de décision de LATA. La procédure de LATA peut permettre de rappeler à l'urgentiste la nécessité de s'entourer et de s'assurer d'être en possession du maximum d'information pour décider d'un arrêt ou d'une limitation des soins. On peut même s'assurer de la prise de contact avec l'EMSP ou avec le médecin traitant grâce à cette procédure. Enfin, une telle procédure peut permettre d'améliorer les soins proposés au patient : en étant la trace écrite du niveau de soin décidé, en rappelant les différents soins qui composent la prise en charge palliative d'un patient, en aidant à la prescription de ceux-ci. La nécessité d'une procédure au SAU n'est plus à discuter, on peut soulever la question d'une telle procédure au SAMU, sous forme de fiche LATA pour des patients connus soins

palliatifs, comme cela a déjà été testé dans certains centres. En effet dans mon étude, si on considère les patients acheminés par le SMUR et les Sapeurs-Pompiers qui sont forcément des moyens régulés, cela représente 44% des patients.

90 % des patients de cette étude décédaient dans l'UHCD, parfois avec des délais supérieurs à 24h, mettant clairement en lumière le manque de lits disponibles pour les fins de vie et l'intérêt probable qu'aurait la filiarisation des soins palliatifs afin de pouvoir en réserver. L'UHCD n'étant pas un lieu conçu pour garder des patients plus de 24h et comme il paraît déraisonnable de déplacer une personne en fin de vie, l'identification de lits soins palliatifs au sein de l'hôpital semble nécessaire.

Il est apparu que même si les urgentistes se déclarent bien au fait des lois entourant la fin de vie, les soins palliatifs apportés aux patients peuvent encore être optimisés. En effet les patients de notre étude ont bien été pris en charge sur le plan de l'analgésie, mais un peu moins bien pour la gestion de l'anxiété (mise en place d'une sédation dans 62% des cas). Comme précisé un peu plus haut, l'aspect psychologique de l'accompagnement de ces patients n'a pas du tout été exploré dans notre étude. La vision des soins palliatifs dans les services d'urgence est parfois encore trop réductrice, et la combinaison « morphine-hypnovel » n'est pas le seul levier à notre disposition. En ce sens, une meilleure formation des urgentistes est nécessaire pour, dans un premier temps, mieux appréhender cette spécialité que sont les soins palliatifs, dans un deuxième temps, permettre la création de lien entre les EMSP et les SAU avec pour finalité de procurer une prise en charge améliorée et complète aux patients en fin de vie se présentant aux urgences. La sensibilisation aux soins palliatifs me semble être un atout pour un urgentiste et peut s'avérer utile dans la prise en charge des autres patients des urgences : la gestion de la douleur fait partie de notre quotidien et l'anxiété est présente chez quasiment tous les patients passant par les Urgences.

CONCLUSION

THESE SOUTENUE PAR : Enora PIERRE

TITRE :

« LIMITATION ET ARRÊT DES THÉRAPEUTIQUES ACTIVES AUX URGENCES »

CONCLUSION

L'admission aux urgences de patient en fin de vie est une situation fréquente. L'application des recommandations des sociétés savantes pour la prise de décision de limitation et/ou arrêt des thérapeutiques actives (LATA) peut être limitée par plusieurs facteurs : l'abondance de consultations engendrant une disponibilité moindre des médecins et soignants, l'isolement du médecin urgentiste qui assure la continuité des soins notamment la nuit et les week-end, la gestion de l'anxiété acutisée des patients et des familles et la réalisation effective d'un projet de soin palliatif dans sa globalité. L'objectif de cette étude était d'explorer la prise de décision de LATA et ce qui l'entoure dans le service d'accueil des urgences de l'hôpital d'Annecy.

117 patients sont décédés aux Urgences d'Annecy pendant l'année 2016. Parmi eux 109 patients ont bénéficié d'une décision de LATA. Il s'agissait de patients âgés avec des comorbidités préexistantes à leur admission. La collégialité médicale pour la prise de décision a été bien respectée (79%) mais la consultation du corps paramédicale reste insuffisante. Le patient et sa famille ont été consultés quasiment pour chaque cas. Les médecins urgentistes ont recours dans 27% des cas à une réanimation d'attente ou de validation avant la prise d'une décision de LATA. La mise en place du plan de soins palliatifs reste encore à améliorer notamment sur le plan de l'accompagnement psychologique et spirituel des patients. Les médecins des urgences d'Annecy se décrivent comme fréquemment exposés à cette situation et plutôt à l'aise dans sa gestion.

L'amélioration des pratiques dans les situations de fin de vie implique la réalisation d'une procédure d'aide à la prise de décision de LATA dans les services d'accueil des urgences ; la création d'une filière au même titre que la cardiologie ou la neurologie pourrait être l'étape d'après. Il est également nécessaire de mieux sensibiliser les médecins urgentistes aux soins palliatifs en créant des partenariats avec les équipes mobiles de soins palliatifs et en intégrant cette notion dans la formation aux urgentistes.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 20/11/2017

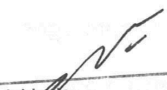
LE DOYEN

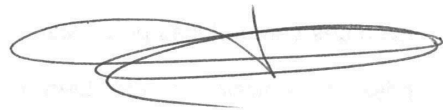
LE PRESIDENT DE LA THESE

J.P. ROMANET

PROFESSEUR

F. Copenha


Pour la Présidence
et par délégation
Le Doyen de Médecine
Pr. Jean-Paul ROMANET



BIBLIOGRAPHIE

1. Gomes B, Calanzani N, Gysels M, Hall S, Higginson IJ. *Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review*. BMC Palliat Care. déc 2013;12(1).
2. Gisquet E, Aouba A, Aubry R, Jouglà É, Rey G. *Où meurt-on en France ? Analyse des certificats de décès (1993-2008)*. Bull Épidémiologique Hebd. décembre 2012;(48):547-51.
3. Observatoire National de la Fin de Vie. Rapport 2011. Fin de vie : un premier état des lieux. 2011
4. Le Conte P, Riochet D, Batard E, Volteau C, Giraudeau B, Arnaudet I, et al. *Death in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support*. Intensive Care Med. mai 2010;36(5):765-72.
5. B. T, C. V, F. Z, O. B, A. V, F. L, et al. *Death of terminally ill patients on a stretcher in the emergency department: a French speciality?* Intensive Care Med. 1 nov 2002; 28(11):1625-8.
6. Le Conte P, Amelineau, Marc, Trewick D, Batard E. *Décès survenus dans un service d'accueil et d'urgence. Analyse rétrospective sur une période de 3 mois*. Presse Med. 2005;(34):566-8.
7. Roupie E. *La mort aux urgences: enquête prospective préliminaire*. Actual En Réanimation Urgences. 1999;281-9.
8. Smith AK, Fisher J, Schonberg MA, Pallin DJ, Block SD, Forrow L, et al. *Am I Doing the Right Thing? Provider Perspectives on Improving Palliative Care in the Emergency Department*. Ann Emerg Med. juill 2009;54(1):86-93.e1.
9. Forero R, McDonnell G, Gallego B, McCarthy S, Mohsin M, Shanley C, et al. *A Literature Review on Care at the End-of-Life in the Emergency Department*. Emerg Med Int. 2012;2012:1-11.
10. Tourneret M, Mino J-C. *Les décisions de limitation de thérapeutiques actives aux urgences, une étude qualitative exploratoire*. Santé Publique. 2008;20(6):517.
11. Couilliot M-F, Vassy C, Leboul D. *Le temps du mourir et le temps de l'hôpital : prise en charge des patients en fin de vie aux Urgences*. Santé Publique. 2011;23(4):269.
12. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. 2005-370 avril, 2005.
13. Ordre Nationale des Médecins. Code de Déontologie Médicale. 2017
14. Société Francophone de Médecine d'Urgence. Ethique et urgences Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence.
15. Grange C, Revue E, Héron A. *Accompagnement de la fin de vie aux urgences*. Rev Int Soins Palliatifs. 2012;27(3):85.
16. Leconte P, Batard E, Pinaud V, Evain Y, Potel G. *Décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives dans les services d'urgence*. Réanimation. déc 2008;17(8):802-6.

17. Société Française de Soins Palliatifs. L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. Conférence de Consensus. 2004
18. Van Tricht M, Riochet D, Batard E, Martinage A, Montassier E, Potel G, et al. *Palliative care for patients who died in emergency departments: analysis of a multicentre cross-sectional survey*. Emerg Med J. oct 2012;29(10):795-7.
19. Conte PL, Riochet D, Arnaudet I, Volteau C, Legeard E, Auneau J-C, et al. *Épidémiologie des décès avec analyse des décisions de limitation du niveau de soins dans les services d'urgence*. J Eur Urgences. 3 août 2008;20(1S):136-0.
20. Pennec S, Monnier A, Pontone S, Aubry R. *End-of-life medical decisions in France: a death certificate follow-up survey 5 years after the 2005 act of parliament on patients' rights and end of life*. BMC Palliat Care. 3 déc 2012;11:25.
21. Philippe Le Conte, Guilbaudeau S, Batard E, Trewick D, Yatim D, Longo C, et al. *Mise en place d'une procédure de limitation ou d'arrêt des soins actifs dans un service d'urgence*. J Eur Urgences. 2005;(18):188-92.
22. Société de réanimation de langue française. *Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des recommandations de la Société de réanimation de langue française*. Réanimation. déc 2010;19(8):679-98.
23. Verniolle M, Brunel E, Olivier M, Serres I, Mari A, Gonzalez H, et al. *Évaluation des démarches de limitation et d'arrêt de traitement en salle d'accueil des urgences vitales*. Ann Fr Anesth Réanimation. sept 2011;30(9):625-9.
24. Gágyor I, Himmel W, Pierau A, Chenot J-F. *Dying at home or in the hospital? An observational study in German general practice*. Eur J Gen Pract. 2 janv 2016;22(1):9-15.

ANNEXE 1



Metz-Tessy, le 04/09/17

Dr Ludivine QUAY
Dr Elisabeth Saligari
Melle Enora Pierre



Madame Cécile CHALET
Correspondant Informatique et liberté

Horaires d'ouverture au public :

Mardi de 9 heures à 12 heures

Tèl 04 50 63 71 05

daj.cil@ch-annecygenevois.fr

Objet : Enregistrement au Registre CIL du CHANGE

Mesdames, chers docteurs,

Je vous confirme que les dossiers relatifs l'étude non interventionnelle LATA, qui relèvent de la MR003, ont été enregistré sur :

- **le REGISTRE RECHERCHE CIL du CHANGE**
- **sous les n° : R 010917 Lata Questionnaire et R 020917 Lata étude décès.**

Je vous rappelle que ce registre est consultable et est soumis au contrôle de la CNIL.

Je vous prie d'accepter, Mesdames et chers docteurs, mes salutations les meilleures.

Cécile CHALET
Correspondant Informatique et Libertés
du Centre Hospitalier Anecy Genevois

Copies :

M. BEST, Directeur Général, Responsable du Traitement

ANNEXE 2

Investigateur : Enora PIERRE

Thèse d'exercice

[Données à caractère personnel]

IMPLICATION DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA DECISION DE LIMITATION OU ARRÊT DES THÉRAPEUTIQUES ACTIVES (LATA) AUX URGENCES

Questionnaire aux médecins urgentistes

PARTIE I : QUI ETES VOUS ?

Q1 - Etes-vous ?

- un homme
- une femme

Q2 - Depuis combien de temps exercez-vous la médecine d'urgence ?

- moins de 5 ans
- entre 5 et 9 ans
- entre 10 et 14 ans
- 15 ans et plus

Q3 – Avez-vous un exercice libéral à côté de votre pratique hospitalière ?

- Oui
- Non

PARTIE II : QUELLE EST VOTRE PRATIQUE ?

Q4 - Comment estimez-vous votre niveau de connaissance des textes de loi entourant la fin de vie?

- bon
- plutôt bon
- plutôt mauvais
- mauvais

Q5 – Dans l'année 2016, combien de fois estimez-vous avoir été amené à prendre une décision de LATA dans votre exercice d'urgentiste ?

Q6 - Avez-vous déjà pris seul une décision de LATA aux urgences ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Systématiquement

Q7 - Pensez-vous que le médecin traitant doit participer à la discussion de LATA chez un patient en fin de vie ?

- Oui
- Non

Q8 – Prenez-vous habituellement l'avis du médecin traitant du patient dans la décision de LATA ?

- Jamais
- Parfois
- Souvent
- Systématiquement

Q9 – Quel(s) moyen(s) utilisez-vous pour informer le médecin traitant ? *(plusieurs réponses possibles)*

- entretien téléphonique
- mail
- courrier de sortie
- entretien physique à l'hôpital
- par l'intermédiaire de la famille
- autre :

Q10 - Lors de votre dernière décision de LATA aux urgences, avez-vous inclut le médecin traitant dans la discussion ?

- Oui
- Non

Q11 - Si Oui, par quel(s) moyen(s) avez-vous communiqué avec le médecin traitant ? *(plusieurs réponses possibles)*

- entretien téléphonique d'adressage (le médecin traitant vous a appelé pour adresser le patient)
- entretien téléphonique lors de la présence du patient aux urgences
- courrier du médecin traitant adressant le patient
- mail
- entretien physique à l'hôpital
- par l'intermédiaire de la famille
- autre :

Q12 - Si Non, quel(s) en est(ont) le(s) raison(s) ? *(plusieurs réponse possibles)*

- je n'y ai pas pensé
- je n'en vois pas l'intérêt
- je n'ai pas eu le temps
- je n'ai pas pu car c'était la nuit ou le week-end
- j'ai essayé mais je n'ai pas réussi à joindre le médecin traitant

Q13 - Dans l'éventualité où le médecin généraliste n'a pas pu être impliqué dans la décision, pensez-vous qu'il est intéressant de l'informer a posteriori de la prise de décision de LATA ?

- Oui
- Non

Q14 – A votre avis, que peut apporter la consultation du médecin traitant dans les situations de LATA aux urgences ?

Merci d'avoir pris quelques instants pour répondre à ce questionnaire !

Enora PIERRE

ANNEXE 3

PIERRE Enora
Interne DES Médecine Générale / DESC Médecine d'Urgence
Faculté de Grenoble
enora.pierre@etu.univ-grenoble-alpes.fr

Motif : Questionnaire de thèse

Décision de Limitation ou d'Arrêt des Thérapeutiques Actives (LATA) aux urgences et implication du médecin généraliste.

Chère consoeur, cher confrère

Je me permets de vous solliciter par l'intermédiaire de cette lettre et du questionnaire joint, afin de participer à ma thèse de fin d'étude (en lien avec Dr Thivolle-Cazat).

Cette thèse a pour but d'étudier la décision de LATA aux urgences et le mémoire qui en découle étudiera le lien avec le médecin généraliste dans cette situation.

J'ai eu le plaisir de pratiquer mon stage d'urgence au sein de votre service où j'ai pu assister à des discussions de LATA.

Ma thèse a pour but d'étudier le lien entre la médecine de ville et les services d'urgence autour de la décision de LATA dans le cadre spécifique des urgences.

Il s'agit d'un questionnaire court qui vous demandera peu de temps. Il me permettra de présenter un travail scientifique et il nous permettra à tous d'améliorer nos pratiques en vue d'une meilleure collaboration avec nos confrères généralistes dans l'intérêt des patients.

Si vous le souhaitez j'aurais un grand plaisir à vous communiquer les résultats de mon étude et à vous convier à la présentation de celle-ci le moment venu !

Alors, je compte sur vous pour obtenir un maximum de réponse afin d'être le plus représentatif.

En cas de problème, d'incompréhension de certaines questions n'hésitez pas à me contacter. Je vous remercie de l'attention que vous me consacrerez.

Bien confraternellement,

Enora Pierre

REMERCIEMENTS

À Mme Le Professeur Carpentier pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider à la soutenance de la présente thèse. Merci de recevoir ma sincère reconnaissance.

À Mme Le Professeur Laval qui a accepté de faire partie de ce jury de thèse pour représenter la discipline des soins palliatifs.

Au Dr Maignan qui a accepté de prendre part à ce jury, avec toute ma gratitude. J'ai pu profiter de vos conseils lors de mon passage en régulation et j'espère pouvoir encore en bénéficier dès le mois de Janvier.

À Mme Le Dr Toffart pour avoir accepté de participer à ce jury.

À toi, Mme Le Dr Thivolle-Cazat pour avoir été une extraordinaire directrice de thèse ! Merci pour tes maintes relectures et tes conseils patients, merci pour ton soutien inconditionnel que ce soit pour ce travail de thèse mais aussi pour mes premiers pas d'interne il y a trois ans et ceux de médecin plus récemment. Merci Cathy pour ton investissement, alors c'est la première et la dernière ?

Un grand merci à toute l'équipe de médecins des Urgences d'Annecy qui a joué le jeu en répondant à mon questionnaire. Des remerciements supplémentaires à Ludivine qui a en parti rassemblé toutes ces données et à Elisabeth pour ses conseils éclairés.

Vous avez tous été bienveillants lors de mes débuts d'interne, vous m'avez apporté votre affection quand j'en ai eu besoin, merci à vous tous : aides-soignants, brancardiers, infirmières et Madame Doris l'assistante sociale !

Je tiens à remercier du fond du cœur Claudine et Philippe, mes supers prats' de Menthon Saint Bernard, qui m'ont accueilli toute petite et m'ont fait grandir auprès d'eux. Claudine : sincèrement merci pour nos repas complices toutes les deux et pour les festins chez ta maman ! Philippe : je n'oublierai pas les virées en DS pour les visites et un grand merci à Isabelle !

Des remerciements sincères à l'équipe des Urgences de Voiron, qui m'ont fait un accueil formidable que ce soit au SAU ou au SMUR. Souvenirs émus de nos retours d'inter' en chantant avec Pinch' et Mich' ! Merci à Véronique et Yasmina qui m'ont fait profiter de leur expérience. Merci à mon super tuteur Gillou toujours de bonne humeur !

Merci à tous les médecins, infirmières, soignants qui ont croisé mon chemin ; à votre contact j'ai appris à soigner, écouter et aimer ce métier qu'est le notre.

Merci au Dr Perrin qui a déclenché ma vocation et qui l'a encouragée et merci à Vianney d'avoir su « être » dans ces moments difficiles qu'a traversé ma famille.

Merci à toute la bande de copains : le noyau dur, Sarah et Luc (Brrrrraaaa pour la colloc' des Argonautes et nos parties de pistolet à élastique !) et ceux rencontrés après et qui sont dans mon cœur : Lara, Virg S, Virg B, Lisa, Michel, Jean-Benj', Bastien ! Prezzzzzzents pour une grosse soirée ?

Merci à mon Paul, mon Paulo, mon pototo ! Tu me supportes depuis tellement longtemps maintenant, et c'est pas fini...

Une pensée pour les copains de Lyon avec qui j'ai partagé mon externat, Maxou, JeanJean, Ali, Axelle et ma Carla !

Merci à Nastasia et Benjamin, au taquet pour l'étape du tour ? Non, je plaisante on va se faire un barbecue plutôt !

Merci à tous les membres de ma famille et une pensée affectueuse à tous ceux qui n'ont pas pu être là : Nanie, Olivier, Cécile et Alice mais aussi Christine, Manon et Geoffrey ; Aziliz, Vincent, Carmelo et Loris et enfin Morgane, Frantz et Marvin ! Merci Gillou et Pascaline d'avoir fait (ou essayé de faire...) le déplacement !

Une grosse bise à toi Mannick, je sais que tu aurais aimé être là.

À vous mes chers grands-parents, vous qui avez tout traversé avec moi, avec nous. Ma Mamie et mon Papy d'enfer ! Toujours présents, toujours aimants ! Merci d'avoir participé à faire de moi ce que je suis aujourd'hui !

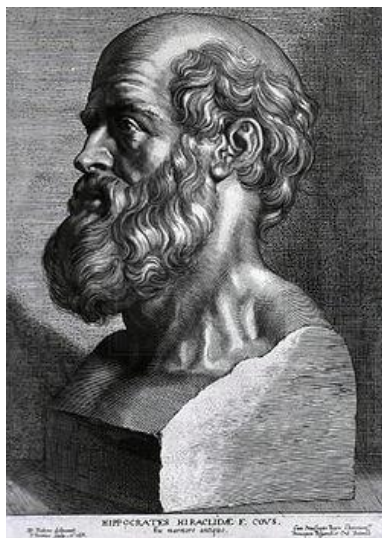
Merci Ma'Sister, Ma'Teacher ou « Mais MARRRIIIIIIIINNNNEEEEEUUUUH » ! Une médaille de Bravoure pour m'avoir héroïquement supportée pendant toutes ces années. Malgré nos arrachages intempestifs de porte, tu restes ma meilleure amie et ma confidente préférée.

À mes parents, mes plus fidèles alliés. Les mots sont difficiles à trouver au moment du point final de ces années de galère, mais j'ai conscience - papa, maman - que vous avez été mon roc pendant tout ce temps. Merci de m'avoir permis d'en arriver là, merci de me donner tout cet amour et toute cette bienveillance, de m'accorder votre confiance ! Je veux garder toutes les valeurs que vous m'avez transmises. Je vous aime.

À toi, mon étoile dans le ciel, ma princesse d'amour... Je te sens toujours là, près de moi. Je m'imagine danser encore avec toi et je vois ton sourire. Je t'aime, Loeiza.

Et enfin, à toi mon chéri ! Tu as fait irruption dans ma vie il y a trois ans, ce travail tu l'as vu progresser et tu l'as encouragé. Tu m'as rassurée quand j'en avais besoin et tu m'as poussé à m'évader lorsque tout devenait trop lourd. Merci Bruno, je t'aime.

SERMENT D'HIPPOCRATE



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 donnerai 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.

