



**HAL**  
open science

## Limitations et arrêts des thérapeutiques actives : difficultés rencontrées par les médecins urgentistes

Fabien Jacquinot

### ► To cite this version:

Fabien Jacquinot. Limitations et arrêts des thérapeutiques actives : difficultés rencontrées par les médecins urgentistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2014. dumas-01906115

HAL Id: dumas-01906115

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01906115v1>

Submitted on 26 Oct 2018

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0  
International License

UNIVERSITÉ DE BREST - BRETAGNE OCCIDENTALE

**Faculté de Médecine & des Sciences de la Santé**

\*\*\*\*\*

ANNÉE 2014

**THÈSE D'EXERCICE DE DOCTORAT EN MÉDECINE**

**SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Par

**Monsieur JACQUINOT Fabien**

**Né le 10 mai 1985, à Epernay**

Présentée et soutenue publiquement le 27 octobre 2014

---

**Limitations et arrêts des thérapeutiques actives : difficultés rencontrées  
par les médecins urgentistes**

---

Président : Monsieur le Professeur BOLES

Membres du Jury : Monsieur le Professeur BRESSOLLETTE

Monsieur le Professeur LEROYER

Madame le Docteur LEFEVRE

Madame le Docteur LEROY

**UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE**  
**FACULTÉ DE MÉDECINE ET**  
**DES SCIENCES DE LA SANTÉ DE BREST**

DOYENS HONORAIRES:

Professeur H. H. FLOCH

Professeur G. LE MENN (†)

Professeur B. SENECAIL

Professeur J. M. BOLES

Professeur Y. BIZAIS (†)

Professeur M. DE BRAEKELEER

DOYEN :

Professeur C. BERTHOU

**PROFESSEURS EMÉRITES**

---

Professeur BARRA Jean-Aubert Chirurgie Thoracique & Cardiovasculaire

Professeur LAZARTIGUES Alain Pédopsychiatrie

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS EN SURNOMBRE**

---

Professeur BLANC Jean-Jacques Cardiologie

Professeur CENAC Arnaud Médecine Interne

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

---

BOLES Jean-Michel	Réanimation Médicale
FEREC Claude	Génétique
GARRE Michel	Maladies Infectieuses - Maladies tropicales
MOTTIER Dominique	Thérapeutique

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1<sup>ère</sup> CLASSE

---

ABGRALL Jean-François	Hématologie - Transfusion
BOSCHAT Jacques	Cardiologie & Maladies Vasculaires
BRESSOLLETTE Luc	Médecine Vasculaire
COCHENER - LAMARD Béatrice	Ophthalmologie
COLLET Michel	Gynécologie - Obstétrique
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DE BRAEKELEER Marc	Génétique
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine & Santé au Travail
FENOLL Bertrand	Chirurgie Infantile
GOUNY Pierre	Chirurgie Vasculaire
JOUQUAN Jean	Médecine Interne
KERLAN Véronique	Endocrinologie, Diabète & maladies métaboliques
LEFEVRE Christian	Anatomie
LEJEUNE Benoist	Epidémiologie, Economie de la santé & de la prévention
LEHN Pierre	Biologie Cellulaire
LEROYER Christophe	Pneumologie
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
LOZAC'H Patrick	Chirurgie Digestive
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
OZIER Yves	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
REMY-NERIS Olivier	Médecine Physique et Réadaptation
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie - Hépatologie
SENECAIL Bernard	Anatomie
SIZUN Jacques	Pédiatrie
TILLY - GENTRIC Armelle	Gériatrie & biologie du vieillissement

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2<sup>ème</sup> CLASSE

---

BAIL Jean-Pierre	Chirurgie Digestive
BERTHOU Christian	Hématologie – Transfusion
BEZON Eric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BOTBOL Michel	Psychiatrie Infantile
CARRE Jean-Luc	Biochimie et Biologie moléculaire
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DAM HIEU Phong	Neurochirurgie
DEHNI Nidal	Chirurgie Générale
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUBRANA Frédéric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
FOURNIER Georges	Urologie
GILARD Martine	Cardiologie
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HU Weigo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
LACUT Karine	Thérapeutique
LE GAL Grégoire	Médecine interne
LE MARECHAL Cédric	Génétique
L'HER Erwan	Réanimation Médicale
MARIANOWSKI Rémi	Oto. Rhino. Laryngologie
MISERY Laurent	Dermatologie - Vénérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et Mycologie
NONENT Michel	Radiologie & Imagerie médicale
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie - Hépatologie
PAYAN Christopher	Bactériologie – Virologie; Hygiène
PRADIER Olivier	Cancérologie - Radiothérapie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie
RICHE Christian	Pharmacologie fondamentale
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et Médecine Nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
STINDEL Eric	Bio-statistiques, Informatique Médicale et technologies de communication
TIMSIT Serge	Neurologie
VALERI Antoine	Urologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'Adultes

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIEN LIBERAL**

---

LE RESTE Jean Yves                      Médecine Générale

## **PROFESSEURS ASSOCIÉS**

---

LE FLOC'H Bernard                      Médecine Générale

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS HORS CLASSE**

---

ABALAIN-COLLOC Marie Louise      Bactériologie – Virologie ; Hygiène

AMET Yolande                              Biochimie et Biologie moléculaire

LE MEVEL Jean Claude                  Physiologie

LUCAS Danièle                              Biochimie et Biologie moléculaire

RATANASAVANH Damrong              Pharmacologie fondamentale

SEBERT Philippe                            Physiologie

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 1<sup>ère</sup> CLASSE**

---

ABALAIN Jean-Hervé                      Biochimie et Biologie moléculaire

AMICE Jean                                  Cytologie et Histologie

CHEZE-LE REST Catherine              Biophysique et Médecine nucléaire

DOUET-GUILBERT Nathalie              Génétique

JAMIN Christophe                        Immunologie

MIALON Philippe                          Physiologie

MOREL Frédéric                            Médecine & biologie du développement  
et de la reproduction

PERSON Hervé                              Anatomie

PLEE-GAUTIER Emmanuelle              Biochimie et Biologie Moléculaire

UGO Valérie                                Hématologie, transfusion

VALLET Sophie                              Bactériologie – Virologie ; Hygiène

VOLANT Alain                                Anatomie et Cytologie Pathologiques

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS DE 2<sup>ème</sup> CLASSE**

---

DELLUC Aurélien	Médecine interne
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
HILLION Sophie	Immunologie
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses-Maladies tropicales
LE GAC Gérald	Génétique
LODDE Brice	Médecine et santé au travail
QUERELLOU Solène	Biophysique et Médecine nucléaire
SEIZEUR Romuald	Anatomie-Neurochirurgie

## **MAITRES DE CONFERENCES – CHAIRE INSERM**

---

MIGNEN Olivier	Physiologie
----------------	-------------

## **MAITRES DE CONFERENCES**

---

AMOUREUX Rémy	Psychologie
HAXAIRE Claudie	Sociologie - Démographie
LANCIEN Frédéric	Physiologie
LE CORRE Rozenn	Biologie cellulaire
MONTIER Tristan	Biochimie et biologie moléculaire
MORIN Vincent	Electronique et Informatique

## **MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES MI-TEMPS**

---

BARRAINE Pierre	Médecine Générale
NABBE Patrice	Médecine Générale
CHIRON Benoît	Médecine Générale

## **AGREGES DU SECOND DEGRE**

---

MONOT Alain	Français
-------------	----------

# Limitations et arrêts des thérapeutiques actives : difficultés rencontrées par les médecins urgentistes

---

## Résumé

**Introduction** : Le nombre de patients décédés aux urgences représente 0,3 % des passages. Certains décès sont précédés d'une limitation ou d'un arrêt des thérapeutiques (LAT). L'objectif principal de cette étude est de décrire le processus décisionnel et les obstacles rencontrés par les urgentistes dans ces situations. L'objectif secondaire est de connaître les compétences des médecins urgentistes et leurs besoins en formation pour prendre de telles décisions.

**Méthode** : Etude observationnelle réalisée dans le Finistère. Un questionnaire individuel et anonyme a été envoyé à chaque urgentiste du territoire. Il comprenait vingt-neuf questions fermées et une question ouverte. Les résultats ont été exprimés en chiffres bruts et en pourcentages.

**Résultats**: Pour un patient incapable d'exprimer sa volonté, 47 (92%) médecins déclarent rechercher systématiquement les directives anticipées. En leur absence, 40 (78%) médecins recherchent la personne de confiance et 42 (82%) consultent systématiquement la famille. La recherche d'une décision collégiale est systématique pour 25 (50%) urgentistes et 5 (10%) ne le font jamais. Les autres ne le font pas toujours suivant les situations. Pour 43 (84%) urgentistes la décision de LAT pose des problèmes d'ordre pratique. Les informations, recherchées dans le dossier médical, sur l'intensité des soins des patients atteints de pathologies chroniques sont peu présentes pour 34 (67%) urgentistes. Pour les patients en institution elles ne sont jamais trouvées d'après 28 (55%) médecins. Les urgentistes sont 37 (73%) à penser avoir les compétences requises pour prendre des décisions de LAT et 35 (70%) déclarent ne pas avoir eu de formation.

**Conclusion** : Les urgentistes se soucient de la volonté du patient. Les obstacles pour mener à bien les décisions de LAT sont le manque d'informations dans le dossier médical et les conditions nécessaires à l'obtention d'une décision collégiale. Bien que peu formés les urgentistes se sentent compétents dans ce domaine.



# **Limitations et arrêts des thérapeutiques actives : difficultés rencontrées par les médecins urgentistes**

---

## Introduction

La mission des services d'urgences est « d'accueillir sans sélection, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence et de la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgences vitales ». Depuis une quinzaine d'années, la prise en charge aux urgences de patients arrivés au stade terminal d'une pathologie chronique s'est banalisée, donnant lieu à des traitements intensifs inadaptés (Tardy 2002 [1], Roupie 1999 [2], Tardy 2005 [3]). A côté de ces pathologies chroniques, les médecins urgentistes reçoivent des défaillances vitales dont certaines n'atteindront pas les services de réanimation parce qu'elles sont d'emblée trop graves ou parce que le terrain sous-jacent contre indique toute thérapeutique agressive. Ces patients forment une cohorte, difficile à définir et à quantifier, pour laquelle se pose d'emblée la question de limiter l'intensité des soins ou d'interrompre des thérapeutiques. La loi du 22 avril 2005, dite Loi Léonetti [4], permet de répondre à cette question complexe en posant trois règles essentielles : respecter la volonté du patient, respecter la collégialité dans la décision médicale et garantir la qualité de la fin de vie en recourant à des soins palliatifs dès que cela est nécessaire.

Le respect de ces trois règles rencontre un certain nombre d'obstacles aux urgences :

Recueillir la volonté du patient suppose que ce dernier soit accessible à la discussion, donc ne présente pas de trouble des fonctions supérieures. Or, les situations de dégradation de l'état neurologique sont nombreuses aux urgences. La recherche de la volonté du patient passe alors par l'interrogatoire des proches. Que font les médecins urgentistes lorsque les proches ne sont pas encore connus, ou non joignables, lorsque la question se pose dans la nuit par exemple ?

La collégialité est-elle possible lorsque le médecin urgentiste travaille seul comme sénior dans son unité ? L'intervenant extérieur est-il systématiquement appelé ? Le flux important de patients est-il compatible avec la réunion de l'équipe médicale et paramédicale en vue d'un staff éthique ?

La mise en œuvre de thérapeutiques palliatives est-elle possible aux urgences ? Les médecins urgentistes sont-ils formés à ces thérapeutiques ?

L'objectif principal de cette étude est de décrire le processus décisionnel et la prise en charge des patients dans les situations de limitations ou arrêts de thérapeutiques (LAT) dans les services d'accueil d'urgences du Finistère, en précisant quels sont les obstacles au respect de la loi du 22 avril 2005. Notre objectif secondaire est de connaître les compétences des médecins urgentistes et leurs besoins en formation pour la prise en charge des patients sujets à une LAT.

### **Matériel et méthode :**

Il s'agissait d'une étude observationnelle réalisée auprès des médecins urgentistes du Finistère.

Le territoire est couvert par 9 hôpitaux ayant un service d'accueil des urgences (SAU). Trois de ces hôpitaux ont un ou plusieurs services de réanimation. L'Hôpital d'Instruction des Armées de Brest n'a pas été inclus dans l'étude. Un questionnaire individuel et anonyme a été envoyé à chaque médecin urgentiste des hôpitaux participants (Annexe 1). Il comprenait vingt-neuf questions fermées (réponses à cocher) et une question ouverte. Les réponses étaient attendues dans un délai de deux mois. Un rappel par appel téléphonique ou courriel a été effectué à cinq semaines.

Les résultats ont été exprimés en chiffres bruts et en pourcentages. Certains questionnaires n'ont pas été totalement complétés. Dans ce cas les pourcentages ont été calculés sur le nombre de médecins ayant répondu.

Les tests statistiques utilisés dans l'étude sont les tests de Chi 2 ou test exact de Fisher.

### **Résultats :**

Sur les 110 questionnaires envoyés, nous avons reçu 51 réponses (46%). Vingt-sept urgentistes sont des hommes (sex ratio 1,125).

Les médecins ayant répondu pratiquent la médecine d'urgence depuis moins de deux ans pour 10 (19,6%) d'entre eux, deux à dix ans pour 16 (31,4%) et plus de 10 ans pour 25 (49%). Ils

sont 36 (71%) à exercer exclusivement aux urgences, 20 (39%) sont titulaires du DESC<sup>1</sup> de médecine d'urgence et 31 (61%) ont la CAMU<sup>2</sup>.

Une décision de LAT est prise au moins une fois par semaine pour 19 (38%) urgentistes, moins d'une fois par semaine mais plus d'une fois par mois pour 21 (42%) et moins d'une fois par mois pour 10 (20%) des urgentistes.

La Loi Léonetti est parfaitement connue par 2 (4%) urgentistes, 41 (80%) en connaissent les grandes lignes et 8 (16%) pensent ne pas la connaître.

### Application de la Loi Léonetti :

Pour un patient capable d'exprimer sa volonté, 45 (88%) urgentistes estiment que les décisions de LAT peuvent se faire aux urgences. Pour un patient incapable d'exprimer sa volonté, 47 (92%) médecins déclarent rechercher systématiquement les directives anticipées. En l'absence de directives anticipées, 40 (78%) médecins recherchent la personne de confiance. Lorsque la famille est présente ou joignable, 42 (82%) la consultent systématiquement, 6 (12%) quelquefois et 3 (6%) jamais. La sollicitation d'un médecin extérieur au service pour les décisions de LAT, selon la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale, est exposée en figure 1.

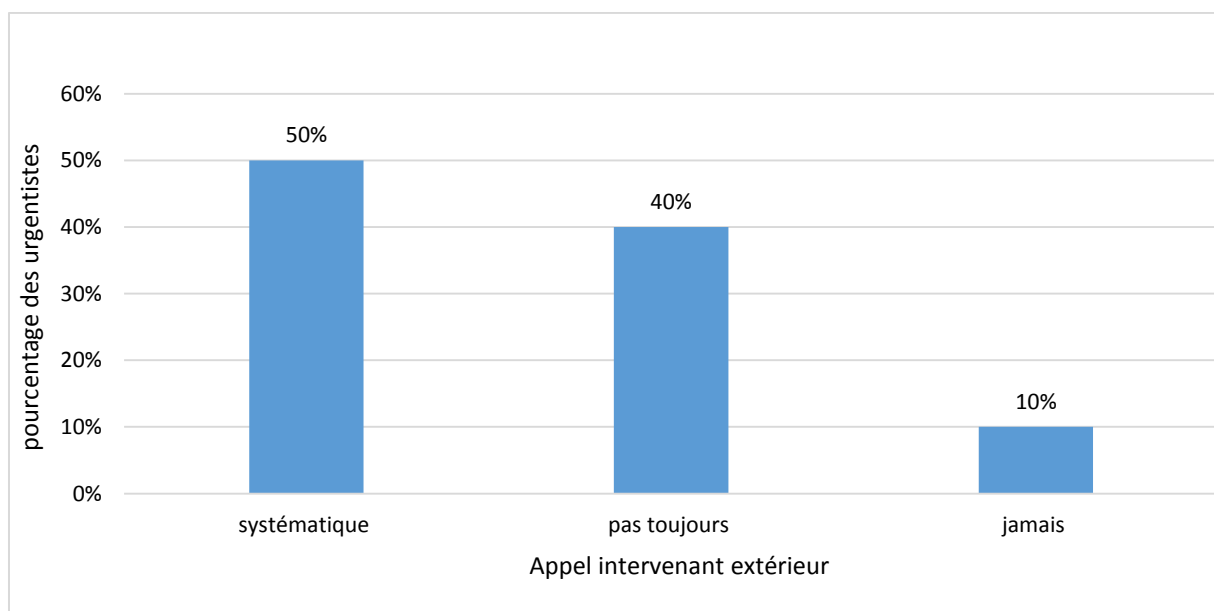


Figure 1 : Appel d'un intervenant extérieur lors des discussions de LAT

1 DESC : Diplômes d'Etudes Spécialisées Complémentaires

2 CAMU : Capacité de Médecine d'Urgence

Neuf (18%) urgentistes ont cité d'autres causes de non-respect de la collégialité qui sont : « situation clinique évidente » (4), « antécédents lourds » (2), « grand âge » (2), « patient grabataire, institutionnalisé » (1), « traitement déraisonnable » (1), « accord de la famille » (1), « appel d'un autre urgentiste suffisant » (4).

La participation de l'équipe paramédicale, dans la décision de LAT, est toujours recherchée par 19 (38%) urgentistes, 24 (48%) ne la recherchent pas régulièrement et 7 (14%) jamais. Les médecins qui disent ne pas faire participer le personnel paramédical, ou de façon irrégulière, à la discussion de LAT, sont 29 (94%) à l'informer systématiquement de la décision prise.

Les décisions de limitation des thérapeutiques et la démarche palliative ont leur place respectivement pour 48 (94%) et 36 (71%) des urgentistes dans l'exercice de leur spécialité.

Une réanimation dans la perspective d'un prélèvement d'organe a déjà été effectuée par 25 (49%) des personnes interrogées.

#### Difficultés rencontrées par les urgentistes :

La décision de LAT pose un problème d'ordre moral et personnel pour 11 (22%) urgentistes et des problèmes éthiques pour 22 (57%) urgentistes.

Pour 43 (84%) urgentistes la décision de LAT pose des problèmes d'ordre pratique qui sont exposés en figure 2, par ordre de fréquence.

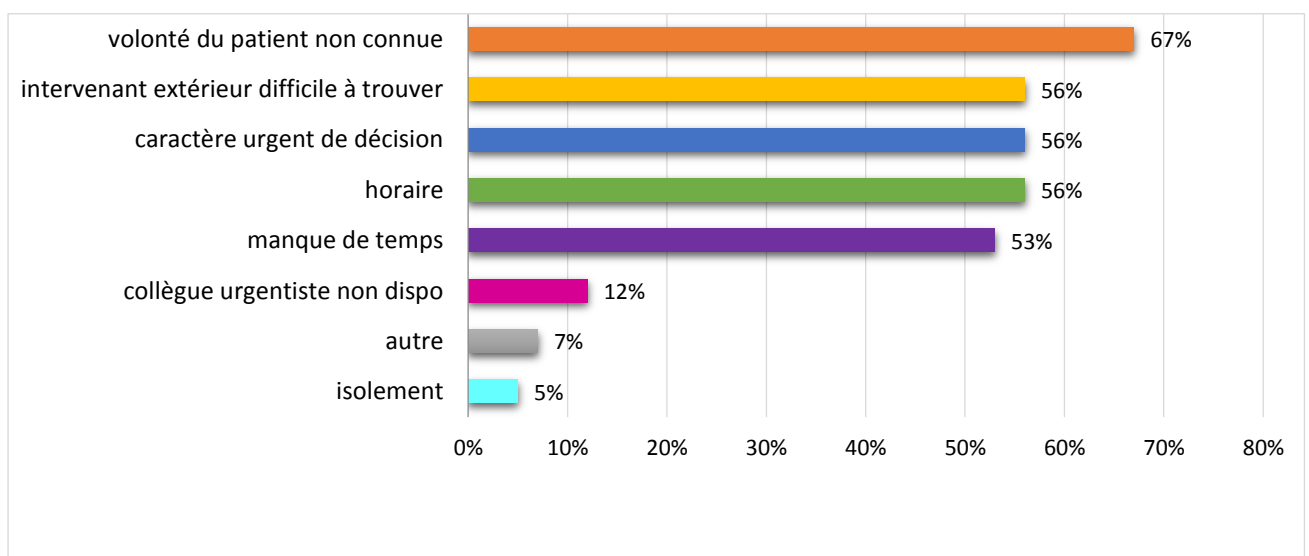


Figure 2 : problèmes pratiques rencontrés par les urgentistes

Pour la prise en charge des patients porteurs de pathologies chroniques, 48 (94%) urgentistes pensent que le médecin généraliste pourrait les aider dans les décisions de LAT.

L'évaluation de la présence, dans le dossier médical, des informations recherchées par les urgentistes pour mener à bien une décision de LAT est décrite dans la figure 3.

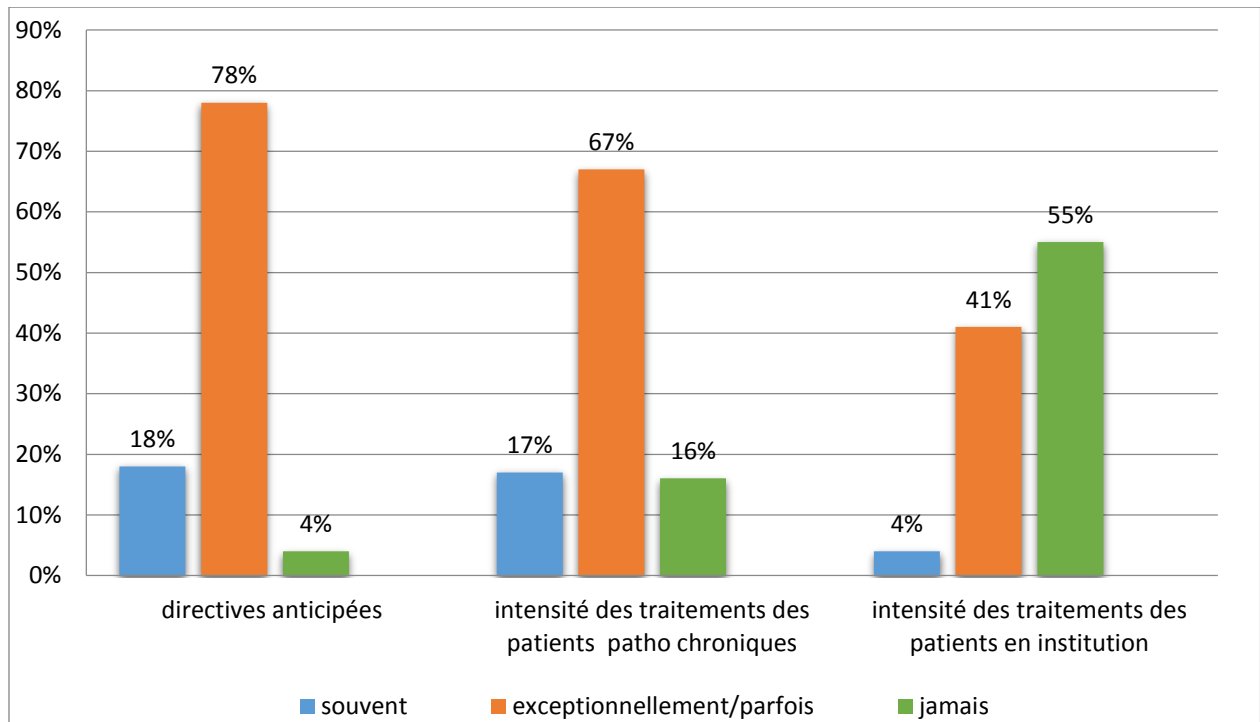


Figure 3 : Estimation de la présence, dans le dossier médical, des informations recherchées par les urgentistes

Il n'y a pas de support écrit pour les décisions de LAT au sein des services d'urgences d'après 49 (96%) médecins interrogés. Deux (4%) disent en avoir un.

Ce support écrit semble nécessaire au processus décisionnel pour 45 (88%) urgentistes.

#### Perspectives d'amélioration : Formations, concertation avec les autres spécialistes, procédures écrites.

Les praticiens interrogés sont 37 (73%) à penser avoir les compétences requises pour prendre des décisions de LAT. L'amélioration de la prise en charge des patients relevant d'une LAT nécessiterait un complément de formation pour 44 (86%) urgentistes.

Les pourcentages d'urgentistes pensant être formés aux soins palliatifs, aux prélèvements d'organes et aux LAT sont exposés dans la figure 4.

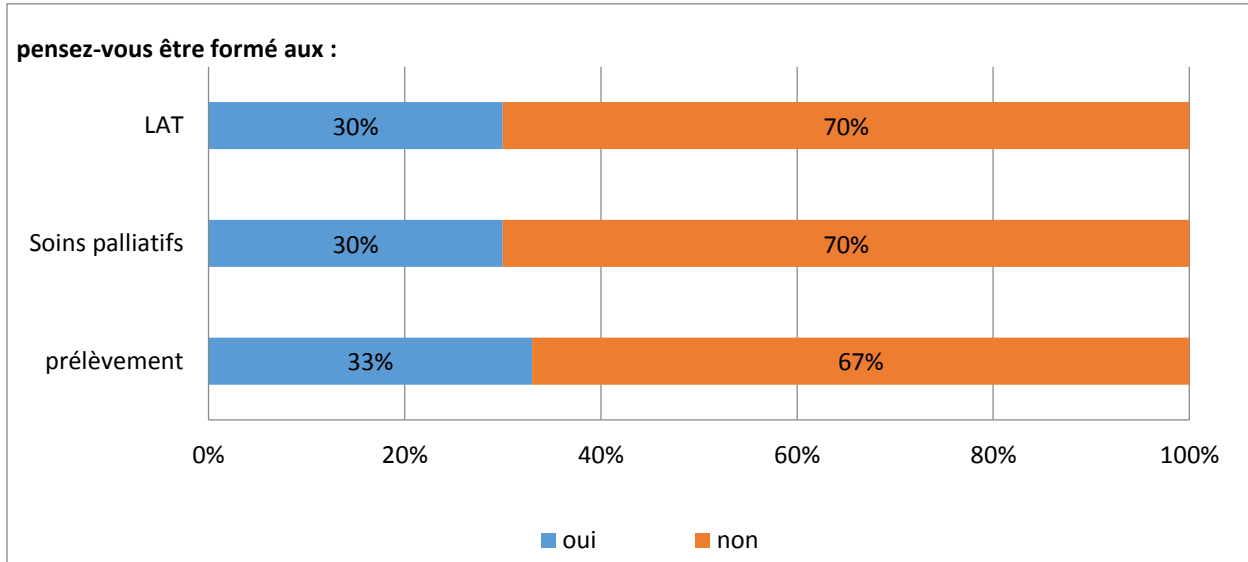


Figure 4 : formation des urgentistes sur les LAT, le prélèvement d'organe, et les soins palliatifs.

Les urgentistes qui ont moins de deux ans d'expérience se sentent, de manière significative ( $p=0.016$ ), moins bien formés sur les modalités du don d'organe. Il en est de même pour les

	Années d'expérience				Diplômes		
	-2ans	2-10	+10ans	$p$	DESC	CAMU	$p$
<u>Formé LAT :</u> non	8(23%)	8(23%)	19(54%)	$P=0.128$	13(37.2%)	22(62.8%)	$P=0.528$
<u>Compétent :</u> oui	9(24.3%)	12(32.4%)	16(43.3%)	$P=0.406$	17(46%)	20(54%)	$P=0.19$
<u>Formé Don organe :</u> oui	0	5(29.4%)	12(70.6%)	$P=0.016$	3(17%)	14(83%)	$P=0.034$
<u>Formé soins palliatifs :</u> non	8(24.3%)	11(33.3%)	14(42.4%)	$P=0.556$	16(48.5%)	17(51.5%)	$P=0.212$
<u>Connaissance loi Léonetti :</u> Parfaitement Les grandes lignes Pas du tout	0 10(24.5%) 0	0 15(36.5%) 1(12.5%)	2(100%) 16(39%) 7(87.5%)	$P=0.076$	0 18(44%) 2(25%)	2(100%) 23(56%) 6(75%)	$P=0.42$

médecins ayant le DESC de médecine d'urgence ( $p=0.034$ ). Pour les autres questions nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre l'ancienneté et la formation comme le montre le tableau 1 :

Tableau 1 : corrélations recherchées dans l'étude

Une réflexion entre les différents centres hospitaliers sur le sujet des LAT effectuées aux urgences serait bénéfique pour 47 (92%) personnes interrogées.

L'élaboration d'une procédure collégiale de LAT au sein de l'établissement, incluant toutes les spécialités qui y sont représentées, permettrait d'améliorer les pratiques aux urgences pour 50 (100%) des urgentistes. Ils sont également 50 (100%) à penser qu'il faut impliquer les directeurs et médecins des EHPAD<sup>3</sup> dans l'élaboration de cette procédure.

### **Discussion :**

Notre étude a trouvé une fréquence élevée de situations relevant d'une LAT aux urgences. Le nombre de passages aux urgences croît chaque année avec une augmentation de 27% entre 2001 et 2011, ce qui représente 18,5 millions de passages par an [5]. Parallèlement le nombre de décès aux urgences est en hausse et concerne 0,2 à 0,3% des patients (14 742 décès en 2010) [3]. Il s'agit majoritairement de patients âgés atteints de pathologies chroniques et dont

	Années d'expérience
--	---------------------

l'autonomie est limitée [2] [3] [6] [7]. D'après une méta-analyse réalisée en 2005 près

d'un quart des patients décédés aux urgences étaient en fin de vie [3]. La loi du 9 juin 1999, garantissant l'accès aux soins palliatifs, n'a pas permis de diminuer le nombre de décès aux urgences de ces patients [8]. En effet, l'observatoire national de veille sanitaire (ONVS) a rapporté qu'en 2010 64% des patients décédés aux urgences étaient hospitalisés pour une pathologie dont l'évolution prévisible et les symptômes nécessitaient vraisemblablement des soins palliatifs [9].

#### **1- Difficultés rencontrées dans le processus décisionnel**

La plupart des urgentistes ayant répondu au questionnaire connaissent la loi Léonetti quelle que soit leur ancienneté ou leur formation (DESC versus CAMU). Le DESC de médecine

---

<sup>3</sup> EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

d'urgence comportant un semestre en réanimation, il est vraisemblable que les jeunes urgentistes soient plus sensibilisés à la question des LAT. Nous ne l'avons cependant pas démontré ici. Les problèmes rencontrés aux urgences pour les décisions de LAT sont majoritairement d'ordre pratique. Les urgentistes de notre étude ont aussi des difficultés d'ordre moral et personnel ou éthique pour le processus décisionnel. La question telle qu'elle est posée dans notre questionnaire ne permet pas d'approfondir précisément ces deux derniers problèmes qui pourraient faire l'objet d'une nouvelle étude.

#### A- Respect de la volonté du patient

Nous avons trouvé une très forte implication des médecins urgentistes dans la recherche de la volonté du patient. Corrélativement, la méconnaissance de la volonté du patient est le problème pratique le plus souvent cité. Ces résultats montrent que les médecins de notre étude favorisent une relation médecin-patient fondée sur le principe d'autonomie. On tendrait donc à s'éloigner du modèle paternaliste qui prédomine classiquement en France.

Les directives anticipées et l'identification de la personne de confiance sont encore trop difficilement accessibles pour les patients atteints de pathologies chroniques. Ces dispositions ne sont effectives en France que depuis 2005 et encore mal connues du grand public. Du fait de la médiatisation récurrente de situations de fin de vie surmédicalisées il est probable qu'elles deviennent de plus en plus utilisées à l'avenir.

#### B- Collégialité dans la décision

La deuxième difficulté rencontrée par les urgentistes dans le processus décisionnel est le respect de la collégialité. Notre étude montre qu'elle n'est pas appliquée de manière systématique par la moitié des médecins interrogés. Des résultats similaires sont trouvés dans d'autres travaux : dans l'étude prospective multicentrique DALISA, 20% des 1907 décisions de LAT étaient prises par un seul médecin [7]. Une étude toulousaine mono centrique montrait que la moitié des LAT n'était pas faite de manière collégiale sur un total de 51 patients [10]. En 2012, le questionnaire SRLF « fin de vie » mené en réanimation montrait que sur 454 médecins, 13% estimaient que la collégialité était difficile à obtenir [11]. Dans l'étude APM santé 40% des 57 médecins interrogés se sentaient seuls pour mener la réflexion de LAT [12].



Le médecin traitant peut apporter une aide évidente, mais il n'est joignable que dans la journée. Il en va souvent de même pour les spécialistes de l'hôpital qui ne font pas de gardes. La loi n'impose pas la présence systématique de l'équipe paramédicale pour la décision de LAT mais la SRLF et la SFMU la recommandent [13] [14]. Dans notre étude, 47% des urgentistes affirment ne pas impliquer régulièrement le personnel paramédical, ce qui reste acceptable si on se réfère aux données de la littérature où la participation de l'équipe paramédicale à la décision de LAT varie de 27 à 39 % selon les auteurs [6] [7] [10].

Il semble que certaines situations aux urgences nécessitent une discussion collégiale plus que d'autres qui sont « évidentes ». En effet, il n'est probablement pas évident de prendre une décision de LAT lorsque le patient est jeune, lorsque la famille n'est pas encore informée d'un pronostic sombre ou lorsqu'elle est demandeuse d'une prise en charge maximaliste par exemple. Dans ces conditions, la collégialité ne répond pas à la seule obligation d'appliquer une loi mais à un réel besoin de consensus dans la décision. A l'opposé, nombre de patients en fin de vie aux urgences sont très âgés, grabataires, atteints de troubles des fonctions supérieures, dépendants pour tous les actes de la vie quotidienne. Dans ces situations jugées « évidentes », la collégialité peut être vécue uniquement comme une contrainte. L'attente d'un avis extérieur ne doit pas conduire à l'obstination déraisonnable comme le stipule l'article 37 du code de déontologie médicale [15]. C'est alors à l'équipe mobile de soins palliatifs que l'urgentiste préférerait s'adresser directement pour optimiser la prise en charge de son patient. Aucun des services d'urgences du Finistère ne dispose d'un support écrit servant à consigner l'intensité des soins dans le dossier du patient. Ce type de support serait profitable pour l'implication des infirmier(e)s et l'information des familles [16]. Les urgentistes de notre étude souhaitent une mise en commun des compétences de chacun pour élaborer ce support : réflexion avec les urgentistes des autres hôpitaux du Finistère, mais aussi avec les spécialistes de leur hôpital. Ceci permettrait d'amorcer un débat sur le rôle de chacun dans le maintien de la « chaîne d'éthique ».

### C- Dossier médical et cohérence dans le parcours de soins

Une fois réunis les acteurs du processus décisionnel, reste un élément incontournable dans la démarche de LAT : le dossier du patient. L'urgentiste, sauf cas particuliers, prend en charge un patient qu'il ne connaît pas. Il doit donc réunir un grand nombre d'informations sur l'espérance de vie, la qualité de vie et les projets thérapeutiques du patient. Notre étude montre que les renseignements relatifs à l'intensité des soins pour les patients porteurs d'une

pathologie chronique et les patients vivant en institution sont trop rares dans les dossiers, au même titre que les directives anticipées. Nous devons préciser que ces résultats sont subjectifs, cependant ils confirment les données de la littérature : une étude menée en 2005 avait montré que pour 80% des patients atteints de cancers évolutifs, l'urgentiste ne disposait pas d'informations suffisantes sur la réalité de la situation clinique [17]. La solution à ces difficultés repose sur le travail effectué en amont par le médecin généraliste et les médecins spécialistes qui suivent le patient. En effet, ils ont la possibilité d'informer le patient et parfois la famille, sur l'évolution de la maladie en dehors de toute entrave émotionnelle. Trop souvent, les urgences sont le lieu où l'on aborde le sujet de la fin de vie avec les patients et leurs familles. La tenue du dossier est garante de la qualité de la communication entre tous les intervenants et de la cohérence dans les soins. Ce dossier doit également être accessible à tout moment, ce qui n'est pas toujours le cas. L'informatique permet d'accéder rapidement aux renseignements médicaux lorsque le patient est suivi dans l'établissement. Comment faire s'il s'y présente pour la première fois ? Le DMP (dossier médical personnel) mérite d'être reconsidéré. Lancé par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ce projet de dossier médical informatisé n'est mis en place que depuis 2011 [18]. L'objectif est de regrouper les informations de santé d'un malade pour permettre aux différents médecins d'échanger plus facilement dans le cadre du parcours de soins. Tel qu'il est aujourd'hui, il reste encore peu utilisé puisqu'en janvier 2014 seulement 425 189 DMP ont été créés [19]. Le gouvernement actuel travaille sur un projet de DMP 2ème génération ciblant en priorité les personnes âgées et les patients atteints de pathologies chroniques.

## 2- Conséquences de ces difficultés

Dans les situations d'urgence, le médecin peut être amené à entreprendre des thérapeutiques de suppléances vitales dans l'attente des informations nécessaires à la réflexion sur l'intensité des soins. Dans son étude de 1998 [6], Le Conte montrait que 80% des patients avaient bénéficié d'une suppléance des fonctions vitales avant la décision de limitation des traitements. Dans l'étude DALISA [7] sur 2420 patients morts aux urgences, 73,6% avaient bénéficié d'une suppléance des fonctions vitales. Dans cette cohorte, 79% des patients étaient décédés après une décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques réparties de la façon suivante : abstention thérapeutique pour 33% des patients, arrêt d'une thérapeutique déjà en place dans 30% des cas, abstention puis arrêt des thérapeutiques pour les 16% restants. Une autre étude trouvait que sur 54 patients pour qui une décision de LAT avait été prise, cette

dernière était motivée après découverte de nouveaux éléments anamnestiques dans 39% des cas. Une réanimation avait été débutée par le SAMU pour 40% des patients et poursuivie à l'arrivée du patient pour 92% des cas au SAUV. [10]

L'éviction de thérapeutiques de réanimation entreprises dans le but de stabiliser le patient jusqu'à l'obtention des informations nécessaires à la prise de décision est associée à une baisse des coûts de prise en charge [20].

Décider de limiter l'intensité des traitements pour un patient aux urgences demande du temps là où il fait défaut.

### 3- Intégration des soins palliatifs dans les services d'urgences

Dans notre étude, 70% des praticiens pensent être insuffisamment formés aux soins palliatifs. Depuis 2004, un module de soins palliatifs est intégré dans le deuxième cycle des études médicales. Qu'en reste-t-il dix ans plus tard, lorsque vient le moment de mettre ces connaissances en pratique aux urgences ? A la question « pensez-vous que la démarche palliative ait sa place aux urgences ? » un jeune urgentiste a répondu qu'elle « s'imposait à nous ».

Les moyens de se former sur le sujet sont multiples. Mais la médecine d'urgence est une spécialité essentiellement curative et il est possible que les formations dédiées à l'éthique et aux soins palliatifs soient délaissées dans le but de donner la priorité à l'acquisition de compétences plus techniques.

Une collaboration entre les urgences et les équipes mobiles de soins palliatifs semble donc nécessaire. Elle n'existe pas encore, à ce jour, dans les différents centres hospitaliers du Finistère. L'efficacité de ce type de collaboration a déjà été prouvée par des travaux antérieurs : diminution du temps d'attente, patients et familles mieux accompagnés, soins plus adaptés et baisse du surcoût lié à des admissions inutiles dans les services de réanimation. Pour que cette filière soit réalisable, elle nécessite une formation préalable des soignants des urgences, la désignation de médecins référents formés et un accès immédiat au dossier médical du patient. Cette filière peut fonctionner par consultations téléphoniques en dehors des heures ouvrables [20] [21].

### 4- Développement des compétences

Indépendamment de l'ancienneté et de leur formation, la majorité des urgentistes (73%) de notre étude estiment être compétents ou avoir les compétences pour prendre la décision de LAT alors qu'ils déclarent à 69% ne pas avoir eu de formation sur le sujet.

Nous n'avons pas trouvé d'autres études s'intéressant à la question dans la littérature.

Les formations internes aux établissements, dans le cadre de la FMC<sup>4</sup> par exemple, sont à privilégier car elles permettent de réunir des médecins qui travaillent ensemble et peuvent favoriser l'écriture de procédures collégiales spécifiques propres à chaque établissement.

### **Conclusion :**

Il est actuellement difficile en médecine d'urgence de recueillir la volonté des patients quand ils sont dans l'incapacité de l'exprimer. C'est le principal problème pratique rencontré par les urgentistes de notre étude dans le processus décisionnel d'une LAT. Les urgentistes tendent à une relation soignant-patient basée sur le principe d'autonomie du patient. Il est donc important que cette réflexion soit amorcée chez les patients porteurs d'une pathologie chronique, en amont d'une détresse vitale, avec les médecins qui les suivent, qu'ils soient généralistes ou spécialistes. Les informations nécessaires à la décision doivent être accessibles à tout moment dans le dossier médical. Le respect de la collégialité, telle que la définit la loi actuellement, est un problème pratique majeur aux urgences. L'activité dans ces services fait qu'il n'est pas toujours possible de la respecter. Cette loi peut être vécue comme une contrainte quand la décision semble « évidente ». Il serait donc intéressant d'étudier ultérieurement l'ensemble de ces patients pour lesquels les urgentistes ne ressentent pas le besoin d'un consensus médical pour limiter ou arrêter des thérapeutiques. Il s'agira alors de répondre à cette question : toute personne mourante relève-t-elle réellement d'une procédure collégiale ?

---

<sup>4</sup> FMC : Formation Médicale Continue

## **Bibliographie :**

1. Tardy B, Venet C, Zeni F, Berthet O, Viallon A, Lemaire F, et al. Death of terminally ill patients on a stretcher in the emergency department: a French speciality? *Intens Care Med* 2002;28:1625—8.
2. Roupie E. La mort aux urgences: enquête prospective préliminaire. In: Elsevier, editor. *Actualité en réanimation et urgences*. Paris: Elsevier; 1999. p. 281 – 9.
3. Tardy B, Viallon A. Fin de vie aux urgences. *Reanim* 2005;14:680–5.
4. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie | Legifrance [Internet]. [cité 10 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&dateTexte=&categorieLien=id>
5. Le panorama des établissements de santé - édition 2013 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 12 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/le-panorama-des-etablissements-de-sante-edition-2013,11236.html>
6. Le Conte P, Baron D, Trewick D, Touzé MD, Longo C, Vial I, Yatim D, Potel G. Withholding and withdrawing life-support therapy in an emergency department: prospective survey. *Intensive Care Med* 2004;30:2216–21
7. Le Conte P, Riochet D, Batard E, Volteau C, Giraudeau B, Arnaudet I, Labastire L, Levraut J, Thys F, Lauque D, Piva C, Schmidt J, Trewick D, Potel G. Death in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. *Intensive Care Med* 2010 May;36(5):765-72
8. Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs | Legifrance [Internet]. [cité 10 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000212121>
9. Rapport Annuel 2011 - Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) [Internet]. [cité 12 oct 2014]. Disponible sur: <https://sites.google.com/site/observatoirenationalfindevie/publications/rapport/rapport-2011>
10. 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.
11. SRLF - Résultat du questionnaire SRLF « fin de vie » - Réalisé en Novembre 2012 [Internet]. [cité 28 août 2014]. Disponible sur: <http://www.srlf.org/lasrlf/commissions/ethique/enquete-ethique/resultat-du-questionnaire-srlf-fin-de-vie-realise-en-novembre-2012.r.phtml>

12. APM International - Les pratiques de limitations et arrêts des thérapeutiques actives encore peu encadrées aux urgences [Internet]. [cité 25 août 2014]. Disponible sur: [http://www.apmnews.com/print\\_story.php?numero=218126](http://www.apmnews.com/print_story.php?numero=218126)
13. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des Recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française. *Réanimation* 2010;19:679-698
14. Éthique et urgences. Réflexions et recommandations de la Société francophone de médecine d'urgence. *JEUR* 2003;16:106-120
15. Code de la santé publique - Article R4127-37 | Legifrance [Internet]. [cité 12 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912899&dateTexte=&categorieLien=cid>
16. Le Conte P, 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: évaluation prospective sur sept mois. *JEUR* 2008:188—90.
17. Sedghi N, Batt MO, Nagel S, Heinzelmann C, Gayol S, Kopferschmitt J. L'admission en urgence des cancéreux évolutifs : spécificités et interrogations. *JEUR* 2005;1597:213.
18. LOI n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales | Legifrance [Internet]. [cité 14 sept 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000804607&dateTexte=&categorieLien=id>
19. DMP Actu - Newsletter n° 18 - Janvier-Février 2014 [Internet]. [cité 28 août 2014]. Disponible sur: <http://www.dmp.gouv.fr/newsletter/dmp-actu-18/index2.html>
20. Rosenberg M, Rosenberg L. Integrated Model of Palliative Care in the Emergency Department. *West J Emerg Med* Nov 2013; 14(6): 633–636.
21. Grange Claude et al. , « Accompagnement de la fin de vie aux urgences », *Revue internationale de soins palliatifs*, 2012 /3 Vol. 27, p. 85-90.

## Annexe 1

### QUESTIONNAIRE THESE LAT/Urgences

Chers amis,

Je suis actuellement dans ma dernière année d'internat de médecine générale et je fais le DESC de médecine d'urgence. Je souhaite faire ma thèse sur les limitations et arrêts des thérapeutiques (LAT) aux urgences. Ce questionnaire me permettra d' « évaluer » le ressenti et la formation des urgentistes du Finistère sur le sujet. Merci de prendre quelques minutes pour le remplir puis le transmettre à..... afin qu'il /elle puisse me les renvoyer.

Toutes vos remarques sont les bienvenues et pourront aboutir à un travail commun permettant d'améliorer notre exercice au quotidien.

Merci beaucoup

Fabien Jacquinot

1/ Pensez- vous connaître la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des patients en fin de vie dite loi Léonetti :

Parfaitement     les grandes lignes     pas du tout

2/ Etes- vous confronté à une situation de décision de limitation et arrêt des thérapeutiques aux urgences :

Une fois par semaine ou plus     une fois par mois     d'une fois par mois

Autre :

3/ Pour un patient capable d'exprimer sa volonté et refusant un traitement lourd pensez- vous que la LAT peut se faire aux urgences ?

Oui     Non     oui avec avis d'un spécialiste

4/ Pour un patient incapable d'exprimer sa volonté, recherchez-vous systématiquement les directives anticipées ?

Oui     Non

5/si oui les trouvez-vous dans le dossier ou auprès de la famille

Régulièrement     exceptionnellement     jamais

6/ Pour un patient incapable d'exprimer sa volonté, sans directives anticipées, recherchez-vous systématiquement la personne de confiance ?

Oui       Non

7/ Pour un patient incapable d'exprimer sa volonté, sans directives anticipées et sans personne de confiance clairement identifiée, recherchez-vous la volonté du patient au sujet de sa prise en charge auprès des membres de sa famille ?

Oui       Non       parfois

8/ Pour les patients présentant des pathologies chroniques, trouvez- vous suffisamment d'informations concernant l'intensité des traitements au vu d'une pathologie aiguë mettant en jeu le pronostic vital dans les comptes rendus, les courriers des dernières hospitalisations etc..... :

Oui (souvent)     parfois       non (jamais)

9/ Dans ces situations, le médecin généraliste vous semble-t-il être à même de vous aider ?

Oui       Non       parfois

10/ Appelez- vous systématiquement un interlocuteur tel que défini par la loi Leonetti (médecin thésé sans lien hiérarchique, extérieur au service ...) pour vos décisions de LAT :

Oui       Non       pas toujours

11/ Si « non » ou « pas toujours » pourquoi ? (mettre mots clefs exemple : heure tardive...)

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

12/ Lorsqu'un patient en institution se présente aux urgences pour une pathologie aiguë grave avez-vous le sentiment que l'intensité des traitements a été anticipée et qu'elle figure dans le dossier ?

Oui (souvent)     parfois       non (jamais)

13/ Avez-vous dans votre service un support écrit pour vous aider dans les situations de LAT ?

Oui       Non

14/ Pensez-vous qu'un tel support soit nécessaire ?

Oui       Non

15/ Réunissez- vous l'équipe paramédicale dans les décisions de LAT aux urgences ?

Toujours     Parfois       Jamais



16/ si non ou pas toujours informez-vous de la décision de LATA l'équipe qui prend en charge le patient ?

- Toujours       jamais       parfois

17/ Pensez- vous que les décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques aient leur place dans la médecine d'urgence ?

- Oui       Non

18/ Les décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques vous posent-elles des problèmes d'ordre :

- Éthique       Moral       Personnel       Pratique

Autre : -----

-----  
-----  
-----

19/Si les décisions de LAT vous posent des problèmes d'ordre pratique, quels sont-ils?

- Difficulté de trouver une intervenante extérieure       méconnaissance de la volonté du patient
- Manque de temps pour la procédure collégiale pour une discussion       collègues urgentistes non disponibles
- Isolement (je travaille seul dans mon service)       caractère urgent de la décision
- Réunion souvent non compatible avec l'horaire rencontré (nuit, week-end)/
- Autre...

20/ Pensez- vous que la démarche palliative ait sa place aux urgences (sau ,uhcd ) ?

- Oui       Non

21/ avez-vous déjà entrepris une réanimation chez un patient qui avait eu une limitation de soins dans l'objectif d'un probable don d'organe

- Oui       Non

22/ Pensez- vous être compétent/avoir les compétences nécessaires pour prendre les décisions de LAT ?

- Oui       Non

23/ Avez-vous participé à des formations sur le sujet (congrès, DU,.....) ?

- Oui       Non

24/ Pensez- vous que des formations sur le sujet soient nécessaires pour votre pratique quotidienne ?

Oui  Non

25/ Pensez-vous qu'une réflexion sur le sujet entre les différents centres hospitaliers pourrait être bénéfique ?

Oui  Non

26/Pensez- vous qu'il soit bénéfique d'élaborer une procédure à l'échelle de votre établissement avec différents spécialistes afin d'améliorer les questions d'intensité des soins ?

Oui  Non

27 /Pensez- vous que le sujet devrait être abordé avec les médecins et directeurs des EHPAD, maisons de retraite .....

Oui  Non

28/ Pensez-vous être assez formé sur les modalités du don d'organe et les mesures spécifiques à prendre aux urgences dans ces situations ?

Oui  Non

29/Pensez-vous être assez formé sur la démarche palliative et les soins palliatifs aux urgences ?

Oui  Non

Votre Profil :

Femme  Homme

Depuis combien d'années travaillez-vous aux urgences ? .....

Combien d'années dans l'établissement actuel :

Travaillez-vous exclusivement aux urgences : oui  non

Si non pourcentage de votre activité au sein du SAU : .....%

Votre Formation :

DES Médecine générale  CAMU  DESC médecine d'urgence

DES autre spécialité, préciser.....

DU .....

Jacquinet (Fabien) – Limitations et arrêts des thérapeutiques actives : Difficultés rencontrées par les médecins urgentistes

Th. : Méd. : Brest 2014

**RESUME** : **Introduction** : Le nombre de patients décédés aux urgences représente 0,3% des passages. Certains décès sont précédés d'une limitation ou d'un arrêt des thérapeutiques (LAT). L'objectif principal de cette étude est de décrire le processus décisionnel et les obstacles rencontrés par les urgentistes dans ces situations. L'objectif secondaire est de connaître les compétences des médecins urgentistes et leurs besoins en formation pour prendre de telles décisions. **Méthode** : Etude observationnelle réalisée dans le Finistère. Un questionnaire individuel et anonyme a été envoyé à chaque urgentiste du territoire. Il comprenait vingt-neuf questions fermées et une question ouverte. Les résultats ont été exprimés en chiffres bruts et en pourcentages. **Résultats**: Pour un patient incapable d'exprimer sa volonté, 47 (92%) médecins déclarent rechercher systématiquement les directives anticipées. En leur absence, 40 (78%) médecins recherchent la personne de confiance et 42 (82%) consultent systématiquement la famille. La recherche d'une décision collégiale est systématique pour 25 (50%) urgentistes et 5 (10%) ne le font jamais. Les autres ne le font pas toujours suivant les situations. Pour 43 (84%) urgentistes la décision de LAT pose des problèmes d'ordre pratique. Les informations, recherchées dans le dossier médical, sur l'intensité des soins des patients atteints de pathologies chroniques sont peu présentes pour 34 (67%) urgentistes. Pour les patients en institution elles ne sont jamais retrouvées d'après 28 (55%) médecins. Les urgentistes sont 37 (73%) à penser avoir les compétences requises pour prendre des décisions de LAT et 35 (70%) déclarent ne pas avoir eu de formation. **Conclusion** : Les urgentistes se soucient de la volonté du patient. Les obstacles pour mener à bien les décisions de LAT sont le manque d'informations dans le dossier médical et les conditions nécessaires à l'obtention d'une décision collégiale. Bien que peu formés les urgentistes se sentent compétents dans ce domaine.

**MOTS CLES** : Limitations et arrêts des thérapeutiques, urgences, problèmes pratiques, soins palliatifs, formation

**JURY** :

Président : Pr. Boles

Membres : Pr. Bressollette

Pr. Leroyer

Dr. Lefèvre

Dr. Leroy

**DATE DE SOUTENANCE** :

27 octobre 2014