



HAL
open science

Limitation et arrêt des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence : une enquête de pratique dans huit services des Alpes-Maritimes

Élise Jammet

► To cite this version:

Élise Jammet. Limitation et arrêt des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence : une enquête de pratique dans huit services des Alpes-Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02316678

HAL Id: dumas-02316678

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02316678>

Submitted on 15 Oct 2019

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

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

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS FACULTE DE MEDECINE DE NICE

THESE

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le 21 septembre 2018 par

JAMMET Elise

Née le 06 juin 1990

Limitation et arrêt des traitements de suppléance vitale chez
l'adulte dans le contexte de l'urgence : une enquête de
pratique dans huit services des Alpes-Maritimes

Membres du jury:

Président:

Monsieur le Professeur Jacques LEVRAUT

Assesseurs:

Monsieur le Professeur Jean DELLAMONICA

Monsieur le Maître de conférence universitaire David DARMON

Directeur de thèse:

Monsieur le Docteur Pierre-Marie BERTRAND



Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie

Pr. ALUNNI Véronique

Recherche

Pr. DELLAMONICA Jean

Etudiants

M. JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRlich Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HARTER Michel
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
Mme CRENESSE Dominique	M. MATTEI Mathieu
M. DAR COURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. PRINGUEY Dominique
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TOUBOL Jacques
M. FRANCO Alain	M. TRAN Dinh Khiem
M. FREYCHET Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GASTAUD Pierre	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	Mme MEMRAN Nadine
Mme DONZEAU Michèle	M. MENGUAL Raymond
M. EMILIOZZI Roméo	M. PHILIP Patrick
M. FRANKEN Philippe	M. POIRÉE Jean-Claude
M. GASTAUD Marcel	Mme ROURE Marie-Claire

Remerciements :

Au Professeur Jacques Levrant, je vous remercie d'accepter de présider ce jury, m'accorder votre confiance, de votre gentillesse à mon égard, de votre accompagnement lors de mon cursus, du partage de votre expérience et de vos connaissances, de votre disponibilité et de votre soutien à toute épreuve. Je suis honorée et reconnaissante d'intégrer votre service dans quelques semaines.

Au Professeur Jean Dellamonica, je vous remercie de me faire l'honneur de participer à mon jury de thèse. Je vous remercie de la confiance que vous m'accordez ainsi. Je vous remercie également de votre bienveillance à mon égard en SRUV à chacune de nos rencontres. Merci pour la qualité des formations que vous nous proposez et la disponibilité dont vous faites preuve.

Au Docteur et maître de conférences universitaires David Darmon, je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Je vous remercie de votre disponibilité et de votre gentillesse à mon égard. Je vous remercie pour l'organisation des formations du DERMG et le soutien en GEASP.

Au Docteur Pierre-Marie Bertrand, je te remercie de m'avoir proposé de diriger ma thèse et d'avoir tenu malgré mon manque d'organisation si inhabituel. Merci pour tes conseils, ton expertise et tes idées. Evidemment merci pour le stage, la formation, ta bienveillance et ton accompagnement dans les moments difficiles. J'espère que notre collaboration ne s'arrêtera pas en si bon chemin.

Au Docteur Arek Basar, merci pour le sauvetage en plein été. Merci pour avoir aussi souvent partagé ton expérience avec moi. Merci pour l'empathie et la patience dont tu fais preuve. suis ravie de travailler avec toi.

Au Docteur Christian Boissier, merci pour votre soutien et l'inspiration que vous m'avez donnée durant ces années. Je sais que vous auriez adoré faire partie de ce jury.

Au futur docteur en santé publique Maxime Bonjour, merci infiniment pour le soutien durant ma thèse.

A ma famille et mes amis.

Table des matières

Introduction :.....	12
Matériel et méthode	14
Résultats	16
Discussion	20
Conclusion	23
Bibliographie.....	24
Résumé	26
English	27
Annexe 1.....	28
Annexe 2.....	39

Glossaire :

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNIL : Commission nationale informatique et liberté

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

LAT : Limitation et arrêt des thérapeutiques

SFAR : Société française d'anesthésie réanimation

SFMU : Société française de médecine d'urgence

UHCD : unité hospitalière de courte durée

Introduction :

L'accompagnement de la fin de vie est une des problématiques principales de l'éthique biomédicale.¹ Sa mise en place, et particulièrement la réalisation de limitations et d'arrêts des traitements de suppléance vitale dans le contexte de l'urgence est complexe.²

La législation encadrant la fin de vie a évolué. En 1999, la loi « Kouchner » garantit à toute personne malade le droit d'accéder à des soins palliatifs.³ En 2002 la loi relative aux droits des malades réaffirme le nécessaire respect de l'autonomie du patient (introduisant les notions d'information, de consentement et de la personne de confiance).⁴ En 2005 une nouvelle loi condamne "l'obstination déraisonnable" et précise le rôle de la personne de confiance.⁵ Cette troisième loi définit l'obstination déraisonnable comme la poursuite de tout acte "inutile, disproportionné ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie". Cette dernière introduit la procédure collégiale (capitale chez les patients âgés⁶ mais non mise en place dans un tiers des décisions de LAT⁷), et les directives anticipées. En 2016, la loi « créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie » entre en vigueur.⁸ Tout en refusant l'euthanasie et l'obstination déraisonnable, elle rend obligatoire les soins palliatifs et assouplit l'accompagnement du mourant. Les notions de collégialité et d'autonomie substituée (directives anticipées et personne de confiance) sont développées et formalisées. La doctrine du double effet est explicitée. L'obligation de traçabilité et l'accompagnement de la famille sont ajoutés.

Dans les faits, les pratiques changent peu. Les trois quarts des décès se produisent en établissement de soins alors que les trois quarts des patients souhaitent mourir à leur domicile⁹. La population française n'a pas massivement adopté les directives anticipées. Parmi les patients souffrant de pathologies chroniques sévères, ou même chez les patients institutionnalisés, peu ont indiqué leurs souhaits en termes de fin de vie. De plus, l'offre de soins spécialisés dans l'accompagnement de fin de vie dans les établissements (service de soins palliatifs, équipes mobiles, lits identifiés...) reste souvent inférieure aux besoins de la population. Dans ces cas-là, il revient à l'équipe intervenant dans le contexte de l'urgence de prendre la décision de ne pas entreprendre ou d'interrompre un traitement de suppléance vitale.¹⁰

Ne pas entreprendre un traitement, qu'il soit nécessaire, où qu'il risque de le devenir constitue une limitation de traitement. Interrompre un traitement en cours constitue un arrêt de traitement.

Bien que légitime lorsque ces traitements sont disproportionnés où qu'ils n'ont d'autre objet de maintenir artificiellement le patient en vie, ces décisions sont difficiles à prendre dans le contexte de l'urgence.

En effet, beaucoup de patients décèdent dans les services de médecine d'urgence. Parmi les décès hospitaliers, 16% ont lieu dans les 24h qui suivent l'admission. Sept à 17% des décès hospitaliers se produisent au sein des services de médecine d'urgence. Dans la majorité des cas, ces décès se produisent après une décision de limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale de fait.¹⁰

La fin de vie est un projet de prise en charge complexe et long qui peut aboutir à une limitation ou un arrêt des traitements. Il est quasiment paradoxal de vouloir l'organiser en urgence. C'est pourtant le quotidien dans de nombreux services. Ces contraintes ne doivent alors pas conduire à éviter une réflexion éthique.¹¹

La prise en charge de la fin de vie nécessite un lieu adapté qui semble peu correspondre au flux incessant des services d'urgence.¹²⁻¹³ Les services de soins continus trouvent un écho plus favorable auprès des familles du fait de leur meilleure capacité de communication. Même si les infirmiers de ces services estiment apporter des soins équivalents comparativement aux autres services.¹³ Soulevant ainsi la problématique du lieu de prise en charge de ces patients.¹⁴

Les sociétés savantes de médecine d'urgence et de réanimation ont récemment publié des recommandations professionnelles relatives à l'accompagnement de la fin de vie en urgence.¹⁵ La possibilité d'une prise en charge en unité d'hospitalisation de courte durée des urgences ou directement au domicile de ces patients par les services mobile d'urgence et de réanimation est explicitée.¹⁶⁻¹²

Face au défi que représente la réalisation de limitations et d'arrêts de traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence, nous avons souhaité savoir quelles étaient les pratiques des praticiens réanimateurs et urgentistes impliqués dans ces prises en charge dans notre département.

Matériel et méthode

Cette étude descriptive, multicentrique, prospective visant à étudier l'attitude pratique des praticiens face à des situations de fin de vie en Urgence s'est déroulée du 25 juillet 2018 au 22 août 2018 dans les services de médecine d'urgence et de réanimation des hôpitaux d'Antibes, de Cannes, de Grasse et de Nice. Chaque institution dispose d'un service de médecine d'urgence et d'un service de réanimation fonctionnant 24h/24 et 7j/7, et prenant en charge conjointement des patients critiques de façon courante.

Il s'agit d'une étude descriptive déclaré à la CNIL sous le numéro 2206453. Une notice d'information a été délivrée à chaque participant au moment de l'inclusion.

L'expérimentateur s'est rendu dans l'ensemble des services participants pour remettre aux praticiens présents une série de vignettes cliniques suivies d'un questionnaire auto administré. Après une courte présentation orale sur les limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence, tous les médecins seniors exerçant dans les services d'urgence et de réanimation acceptant de répondre au questionnaire ont été inclus.

Le questionnaire utilisé est présenté en annexe 1. Il expose cinq vignettes cliniques différentes ayant trait à la fin de vie dans un contexte d'urgence.

Les données épidémiologiques (sexe, âge, spécialité, lieu d'exercice, quotité de temps travaillé, nombre d'années d'expérience, formation en soins palliatifs, existence d'un protocole de prise en charge de la fin de vie dans le service) sont recueillies. Les vignettes cliniques sont soumises dans un ordre aléatoire.

La vignette n°1 décrit le cas d'une patiente ayant comme antécédent principal une néoplasie en soins palliatifs et présentant un épisode de détresse respiratoire aigu avec trouble de la conscience.¹⁷

La vignette n°2 décrit le cas d'une patiente âgée présentant une décompensation cardiaque récidivante en impasse thérapeutique.⁶⁻¹⁸

La vignette n°3 décrit le cas d'un patient aux multiples antécédents présentant un accident vasculaire cérébral hémorragique de pronostic défavorable.⁶⁻¹⁹

La vignette n°4 décrit le cas d'une patiente d'âge extrême présentant un choc septique.⁶

La vignette n°5 décrit le cas d'un patient atteint d'une pathologie néoplasique de mauvais pronostic avec douleurs non soulagées souhaitant une sédation profonde et continue jusqu'au décès.¹⁷⁻²⁰

Ces vignettes cliniques sont suivies de questions concernant la conduite à tenir. Les informations relevées sont l'appel d'un consultant externe, la décision de LAT, la réalisation d'une réunion collégiale ainsi que de ces conditions, l'appel éventuel d'un médecin réanimateur, le lieu de prise en charge et le projet de prise en charge proposé.

L'objectif principal de l'étude était de décrire les pratiques des médecins urgentistes et réanimateurs de la région face aux limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence.

Les données anonymes ont été récupérées via un questionnaire papier. Les réponses au questionnaire ont été saisies dans un tableau Excel (Microsoft, USA). Les variables continues sont exprimées en moyenne \pm écart type ou en médiane (intervalle interquartile); les variables catégorielles en fréquence ou proportion. Les différences entre groupes sont analysées en utilisant un test t de Student en cas de distribution normale, ou un test U de Mann-Whitney pour les données non paramétriques. Les variables binaires sont comparées à l'aide d'un test du Chi-2 ou d'un test exact de Fisher. Les données sont interprétées avec le logiciel R et R Studio (code en annexe 2).



Résultats

Quarante-six médecins ont été inclus dans cette étude, dont 27 urgentistes et 19 réanimateurs. Les hommes étaient plus nombreux que les femmes (respectivement n=28 et n=18) et l'âge moyen était de 35 +/- 9 ans. Les médecins réanimateurs étaient plus âgés que les médecins urgentistes. La moitié des urgentistes exerçaient au sein du même établissement (Centre Hospitalier Universitaire de Nice) alors que les réanimateurs sont répartis sur l'ensemble des centres. Trois médecins (6%) ont déclarés avoir reçu une formation spécifique en soins palliatifs (Table1).

	Réanimateurs		Urgentistes	
Inclus	19		27	
Sexe	femme (%)	homme (%)	femme (%)	homme (%)
	37	63	41	59
âge (années)	moyenne	médiane	moyenne	médiane
	37	34	35	32
années d'expérience	moyenne	médiane	moyenne	médiane
	9	6	6	4
Spécialité	Réanimateur	Autre	Urgentistes	Autre
	18	1	26	1
Lieu	nombre	%	nombre	%
CHU	5	26	13	48
CH Antibes	6	32	4	15
CH Cannes	4	21	6	22
CH Grasse	4	21	4	15
Contrat	nombre	%	nombre	%
Temps plein	12	63	26	96
Temps partiel	5	27	1	4
Formation spécifique	2	11	1	4
Protocole de LAT intra-hospitalier	18	95	14	51
Table 1 : Données épidémiologiques des médecins inclus.				

Vignette n°1 : La totalité des urgentistes et 89% des réanimateurs ont dit prendre une décision de LAT (Table 2). Dans cette situation, les urgentistes déclarent 3 fois plus solliciter un confrère dans la décision de LAT, de façon statistiquement significative (Table 3). Les urgentistes sont 42% à estimer devoir appeler le réanimateur spécifiquement contre 28% des réanimateurs (RR 1.3413 ; IC95% 0.8494-2.1180). Pour 42% des urgentistes contre 22% des réanimateurs, le réanimateur devrait se déplacer aux urgences (RR 1.3481 ; IC95% 0.8934-2.0344).

Vignette	spécialité	LAT	Réanimation d'attente	%	IC 95%		Risque relatif	IC 95%	
Vignette 1	réanimateur	18	0	100	/	1	1,125	0,9845	1,2855
	urgentiste	24	3	89	0,7067	0,9637			
Vignette 2	réanimateur	6	13	32	0,1492	0,5484	0,9474	0,4049	2,2167
	urgentiste	9	18	33	0,1834	0,5267			
Vignette 3	réanimateur	8	11	42	0,2263	0,6439	0,7105	0,3849	1,3117
	urgentiste	16	11	59	0,403	0,7581			
Vignette 4	réanimateur	18	1	95	0,7061	0,9926	1,218	0,9699	1,5296
	urgentiste	21	6	78	0,5855	0,8966			
Vignette 5	réanimateur	15	3	83	0,5914	0,9453	1,1842	0,8597	1,6313
	urgentiste	19	8	70	0,5097	0,8444			

Table 2 : Urgentiste vs réanimateur dans la décision de LAT ou réanimation d'attente dans chaque situation.

Vignette	spécialité	non impliqués	impliqués	%	IC 95%		Risque relatif	IC 95%	
Vignette 1	réanimateur	10	8	57	0,3304	0,76	3	1,2288	7,3245
	urgentiste	5	22	19	0,0792	0,3751			
Vignette 2	réanimateur	6	13	32	0,1492	0,5484	1,0658	0,4417	2,5718
	urgentiste	8	19	30	0,1556	0,4903			
Vignette 3	réanimateur	2	17	11	0,0265	0,3374	/	/	/
	urgentiste	0	27	0	0	/			
Vignette 4	réanimateur	9	10	47	0,2678	0,6889	0,2789	0,646	2,5321
	urgentiste	10	17	37	0,2122	0,5623			
Vignette 5	réanimateur	6	13	32	0,1492	0,5484	1,421	0,5401	3,7392
	urgentiste	6	21	22	0,1034	0,4145			

Table 3 : Urgentiste vs réanimateur, implication d'un confrère dans chaque situation.

Vignette n°2 : Un tiers des médecins ont dit prendre une décision de LAT (Table 2) soit 26% dans les services pourvus d'un protocole de LAT contre 47% dans les services qui en sont dépourvus (Table 4). Les médecins du CHU ont dit réaliser 4 fois moins de décision de LAT que les médecins des CH de périphérie dans cette situation, cette différence est statistiquement significative (Table 5).

Vignette n°3 : Deux cinquième des réanimateurs et 4/5 des urgentistes ont dit prendre une décision de LAT (Table 2). Dans les services pourvus d'un protocole de LAT 45% des médecins, contre 65% dans les services qui en sont dépourvus, sont en faveur de la décision de LAT (Table 4). Les médecins expérimentés prennent moins de décision de LAT dans le cas n°3 [Médecins avec plus de 6 ans d'expérience 47%(IC95% : 0,267-0,6889)/Médecins avec moins de 6 ans d'expérience 56%(IC95% : 0,3691-0,7276); RR : 0,8526(IC95% : 0,4765-1,5255)].

Vignette	Protocole LAT dans le service	LAT	Réanimation d'attente	%	IC 95%		Risque relatif	IC 95%	
Vignette 1	non	14	2	93	0,648	0,9907	1	0,8473	1,1802
	oui	28	2	93	0,7693	0,9833			
Vignette 2	non	7	8	47	0,2409	0,707	1,8083	0,808	4,047
	oui	8	23	26	0,1346	0,4374			
Vignette 3	non	10	5	67	0,406	0,854	1,4762	0,8708	2,5023
	oui	14	17	45	0,2887	0,6256			
Vignette 4	non	12	3	80	0,5302	0,9341	0,9185	0,6893	1,2239
	oui	27	4	87	0,7026	0,9507			
Vignette 5	non	13	2	87	0,5946	0,9664	1,2381	0,9108	1,6831
	oui	21	9	70	0,5166	0,8359			

Table 4 : Service équipé d'un protocole de LAT dans la décision de LAT ou réanimation d'attente dans chaque situation.

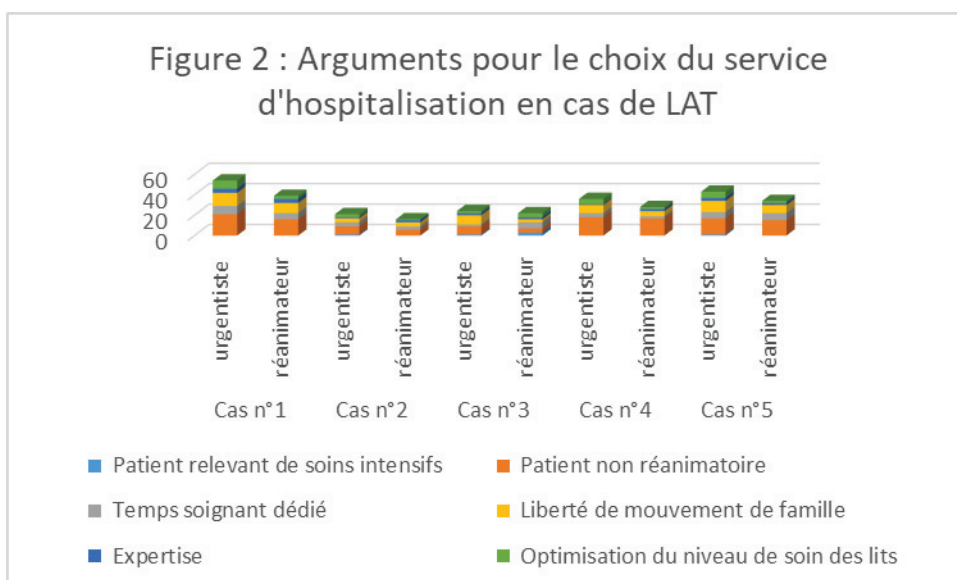
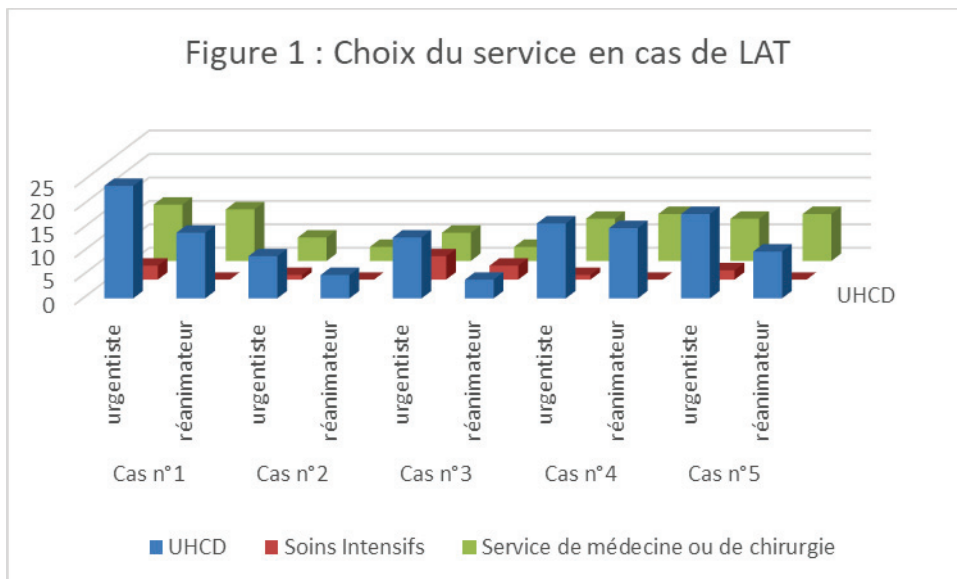
Vignette	lieu	LAT	Réanimation d'attente	%	IC 95%		Risque relatif	IC 95%	
Vignette 1	CHU	17	1	94	0,6935	0,9922	1,02	0,8738	1,1907
	CH périphérique	25	2	93	0,7475	0,9814			
Vignette 2	CHU	2	16	11	0,0279	0,3522	0,2393	0,0611	0,9379
	CH périphérique	13	15	46	0,292	0,6456			
Vignette 3	CHU	9	9	50	0,2842	0,7158	0,9333	0,5244	1,6611
	CH périphérique	15	13	53	0,3544	0,708			
Vignette 4	CHU	15	3	83	0,5914	0,9453	0,9722	0,7526	1,2559
	CH périphérique	24	4	86	0,6755	0,9453			
Vignette 5	CHU	10	8	56	0,3304	0,76	0,625	0,4049	0,9648
	CH périphérique	24	3	89	0,7067	0,9637			

Tableau 5 : CHU vs CH périphériques dans la décision de LAT ou réanimation d'attente dans chaque situation.

Vignette n°4 : La plupart des urgentistes (75%) et la quasi-totalité des réanimateurs prennent une décision de LAT (Table 2). Dont 80% dans les services pourvus d'un protocole de LAT contre 87% dans les services qui en sont dépourvus (Table 4). Les médecins expérimentés prennent plus de décision de LAT [Médecins avec plus de 6 ans d'expérience 89%(IC95% : 0,6626-0,9735)/Médecins avec moins de 6 ans d'expérience 81%(IC95% : 0,6249-0,208); RR : 1,0981 (IC95% : 0,8665-1,3916)].

Vignette n°5 : La plupart des réanimateurs (83%) et des urgentistes (70%) prennent une décision de LAT (Table 2). Les médecins exerçant au Centre Hospitalier Universitaire de Nice ont dit prendre une décision de limitations et arrêts des traitements dans 56% des cas et ceux n'y exerçant pas dans 89% des cas, cette différence est statistiquement significative (Table 5).

En cas de décision de LAT, une orientation vers l'UHCD est privilégiée par les urgentistes par rapport à un service médico-chirurgical ne prenant pas le patient en charge habituellement. Les réanimateurs orientent le patient indifféremment. Le service de soins intensifs n'est que rarement évoqué sauf dans la vignette n°3 (Figure 1). Les critères de choix avancés sont majoritairement : le caractère non réanimatoire, la libre circulation de la famille et l'optimisation des lits (Figure 2)



Dans chacun des cas les résultats sont homogènes concernant la décision de LAT entre les femmes et les hommes. De même au sujet de la consultation de l'équipe paramédicale en cas de décision de LAT. La moitié des médecins interrogés ont spécifié transcrire par écrit l'avis de l'équipe paramédicale.

Trop peu de médecins ont une formation spécifique ou sont à temps partiel pour pouvoir exploiter les résultats. Il n'y a pas de différence en fonction du sexe du médecin, du nombre d'année d'expérience du médecin, de la connaissance ou non de l'existence d'un protocole de limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale, ni en fonction du statut urgentiste ou réanimateur (Table 2).

Discussion

Ce travail montre essentiellement que parmi les urgentistes et les réanimateurs de la région qui ont répondu à notre questionnaire très peu disent avoir reçu une formation au sujet des limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence.

Former les urgentistes et les réanimateurs permet de limiter le nombre de décisions de prise en charge invasive « indues », c'est à dire qui aurait raisonnablement pu être évité.²¹

Ce travail ne permet pas d'observer de différence d'attitude entre les urgentistes et les réanimateurs. Ces résultats montrent que la problématique des limitations et arrêts des traitements en urgence est partagée par les urgentistes et les réanimateurs, et qu'ils abordent ces questions avec la même approche.

Ce point légitime le concept d'urgence à considérer comme un contexte et non comme un lieu géographique. Il s'agit bien de limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence et non aux urgences.¹⁶⁻⁶

Par ailleurs, seulement la moitié des urgentistes ont connaissance de la mise à disposition d'un protocole dans le service dans lequel ils exercent. Ces résultats illustrent la difficulté de suivre les recommandations. Ces dernières demandent à développer dans chaque unité de soin un protocole interne de limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale ainsi qu'un médecin référent formé spécifiquement à ces problématiques.

Les médecins issus des services pourvus d'un protocole de LAT et les médecins de plus de 6 ans d'expérience prennent moins de décision de LAT dans la vignette n°3. Cette situation peut s'expliquer par une meilleure sensibilisation des médecins expérimentés et guidés aux situations nécessitant de contacter le centre de don d'organe.²²

De fait, si la consultation de l'équipe paramédicale paraît consensuelle, seulement la moitié des médecins tracent par écrit ces décisions.¹⁵

En cas de décision de limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence, les urgentistes privilégient une hospitalisation en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée. Les réanimateurs orientent le patient indifféremment. Les services de réanimation ne sont pas privilégiés malgré leur expertise dans l'accompagnement des familles.¹³ Les critères de choix avancés sont : le caractère non réanimatoire, la libre circulation de la famille et l'optimisation des lits. Ces critères correspondent effectivement plus

à un service d'UHCD qu'un service de soins intensifs ce qui est en accord avec les recommandations.¹⁶⁻¹²

Cette étude comporte un certain nombre de limites. Il s'agit d'abord de limites méthodologiques. Les services concernés (services de médecine d'urgence et services de réanimation) ont un fonctionnement en temps continu, ce qui signifie qu'il n'était pas possible pour l'investigateur de procéder à l'inclusion d'un nombre important de sujets lors de chaque visite. Le choix de réaliser cette étude en présentiel a cependant été retenu afin de permettre un recueil de qualité précédé d'une information préalable.

La question concernant l'appel du réanimateur pour participer à la décision de LAT est orientée pour une réponse des médecins travaillant aux urgences ce qui a entraîné une disparité de réponse entre les deux groupes.

La seconde limite méthodologique concerne l'aspect déclaratif de l'étude, qui induit un certain nombre de biais (désidérabilité, récence, ...). Il n'était cependant pas possible de standardiser les situations éthiques pouvant conduire à une décision de limitations et d'arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence autrement.

Sur le plan de sa réalisation, notre étude s'est heurtée à une autre limite, car la population incluse est plus jeune que la population des médecins français. La proportion d'homme y est aussi plus importante.²³ Cette situation est probablement due à la disponibilité accrue des médecins les plus jeunes de ces services lors de la visite de l'investigateur.

Ces résultats sont cohérents et tendent à montrer que l'ensemble des praticiens font face à des situations de limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale et y répondent avec les moyens qu'ils ont à leur disposition.

Lors de l'analyse comparative, et avec les réserves liées à la taille de l'échantillon, il n'a pas été retrouvé de différence entre les décisions prises par les praticiens, ni en fonction de leur sexe, ni en fonction de leur service d'origine (urgence ou réanimation).

Par contre on retrouve dans certaines vignettes une différence entre CHU et périphérique, en particulier les vignettes où une prise en charge spécifique est disponible dans certains centres et dans d'autres non (prélèvement d'organe, prise en charge des insuffisances d'organes terminales).

Les médecins réanimateurs prennent plus de décision de LAT que les urgentistes. Une des explications peut être la présence de critères de non-admission en réanimation chez chacun des

trois patients.²⁴ Ces critères sont utilisés par les réanimateurs et qui ont pu les guider dans la décision de LAT.

Les médecins prennent majoritairement une décision de limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale lorsque l'évolution attendue à court terme est défavorable. Ces situations sont associées dans la littérature à de plus fréquentes décisions de limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale. ⁶⁻¹⁷⁻²⁰

Conclusion

Cette étude esquisse un aperçu des pratiques de limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence dans notre région. Elle semble montrer que l'urgence dans le questionnement éthique est, dans notre région également, plus affaire de contexte que de spécialité médicale. Elle met en avant la faible formation des médecins concernés par cette problématique et pose la question de la disponibilité d'un protocole de soins dédié aux urgences.

L'approche des urgentistes et des réanimateurs paraît proche face à ces questions, et cette proximité peut être une force dans la mise en place d'une collégialité en cas de limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence. L'expérience médicale semble être un facteur déterminant dans la décision de LAT. Les équipes devraient favoriser la discussion pluridisciplinaire avec au moins un médecin expérimenté.

Cette étude permet aussi d'appuyer la nécessité de mise en place de lits dédiés et financés pour les soins palliatifs dans les services d'urgences, par exemple dans les UHCD.

Cette étude présente un intérêt dans la mise en place des recommandations des sociétés savantes et de la loi au niveau local et pourrait également justifier la mise en place de formations sur les limitations de thérapeutiques au sein des services.

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*. 2013 Feb 15;12:7.
2. Chow GV, Czarny MJ, Hughes MT, Carrese JA. CURVES: a mnemonic for determining medical decision-making capacity and providing emergency treatment in the acute setting. *Chest*. 2010 Feb;137(2):421–7.
3. LOI no 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. 99-477 juin, 1999.
4. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 Mar 4, 2002.
5. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. 2005-370 avril, 2005.
6. McEwan A, Silverberg JZ. Palliative Care in the Emergency Department. *Emerg Med Clin North Am*. 2016 Aug;34(3):667–85.
7. Moraly J, Clement H. Analyse des décès précoces au service d'accueil des urgences survenant après une abstention ou arrêt des thérapeutiques. *Journal européen des urgences*. 2008;A173-177.
8. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. 2016-87 février, 2016.
9. Gisquet E, Aouba A, Aubry R. Où meurt-on en France? Analyse des certificats de décès 1993-2008. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. 2012;
10. Rothmann C, Evrard D. La mort aux urgences. Vol. 18. 2005. 3–9 p.
11. 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*. 2008 Dec;17(8):802–6.
12. BRAUN F, BAILLY M. Les limitations et arrêt des thérapeutiques actives en régulation médicale. 2013;
13. Long AC, Kross EK, Engelberg RA, Downey L, Nielsen EL, Back AL, et al. Quality of dying in the ICU: is it worse for patients admitted from the hospital ward compared to those admitted from the emergency department? *Intensive Care Med*. 2014 Nov;40(11):1688–97.
14. Lamba S, Nagurka R, Zielinski A, Scott SR. Palliative care provision in the emergency department: barriers reported by emergency physicians. *J Palliat Med*. 2013 Feb;16(2):143–7.
15. Ledorze M, Veber B. Limitation et arrêt des thérapeutiques : impact de la loi Claeys Léonetti et des modifications du code de déontologie médicale sur la pratique du médecin anesthésiste réanimateur. *Anesth Reanim*. 2017;
16. Reignier J, Boulain T, Carpentier F. Limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence. *SFMU, SRLF*; 2018.

17. Hasselaar JG, Verhagen SC, Vissers KC. When cancer symptoms cannot be controlled: the role of palliative sedation: *Curr Opin Support Palliat Care*. 2009 Mar;3(1):14–23.
18. Pillet M, Chassagne A, Aubry R. Dying in hospital: Qualitative study among caregivers of terminally ill patients who are transferred to the emergency department. *Presse Médicale*. 2018 May;47(5):e83–90.
19. Touzé E. Pronostic et prévention des hémorragies intracérébrales primaires.
20. Swart SJ, van der Heide A, van Zuylen L, Perez RSGM, Zuurmond WWA, van der Maas PJ, et al. Continuous Palliative Sedation: Not Only a Response to Physical Suffering. *J Palliat Med*. 2014 Jan;17(1):27–36.
21. Piili RP, Lehto JT, Luukkaala T, Hinkka H, Kellokumpu-Lehtinen P-LI. Does special education in palliative medicine make a difference in end-of-life decision-making? *BMC Palliat Care*. 2018 Jul 18;17(1):94.
22. Yandza T, Aubert F, Fourcade L, Jan D, Lacaille F, Hubert P, et al. Mise au point sur les critères de sélection des donneurs cadavériques pour la transplantation du foie. [/data/revues/03998320/00270002/163/](http://www.em-consulte.com/en/article/99423) [Internet]. 2008 Feb 29 [cited 2018 Sep 10]; Available from: <http://www.em-consulte.com/en/article/99423>
23. Mourgues J-M, Bouet P. Atlas de la démographie médicale en France - Profils comparés 2007/2017 - Les territoires au coeur de la réflexion. *Cons Natl Ordre Médecins*. 2017;P65.
24. Borel M, Veber B, Villette-Baron K, Hariri S, Dureuil B, Hervé C. [Refusal of care in the intensive care: how makes decision?]. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2009 Nov;28(11):954–61.

Résumé

Introduction : Les nombreuses fins de vie aux urgences et l'évolution de la loi française ont permis l'évolution des recommandations concernant la mise en place des limitations et arrêts des thérapeutiques (LAT) dans le contexte de l'urgence. Nous avons étudié quelles étaient les pratiques des médecins réanimateurs et urgentistes impliqués dans ces prises en charge dans notre département.

Matériel et méthode : Cette étude est départementale (Alpes-Maritimes, France), multicentrique, épidémiologique, observationnelle, descriptive, transversale. Un questionnaire de cinq vignettes a été élaboré à partir de situations simulées d'accompagnement de fin de vie. Les médecins inclus sont les médecins séniors exerçant dans les services d'urgence et de réanimation acceptant de répondre au questionnaire. Le critère de jugement principal est la comparaison de l'attitude pratique des médecins sur la décision de limitation et arrêt des thérapeutiques (LAT) pour chaque situation entre les urgentistes et les réanimateurs.

Résultats : Quarante-six médecins, majoritairement des hommes, sont inclus. L'approche des limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence est partagée entre les urgentistes et les réanimateurs. Seul deux praticiens ont reçu une formation spécifique. Des différences sont mises en évidence concernant l'expérience de plus de 6 ans et la présence d'un protocole de LAT dans le service. Le service d'unité d'hospitalisation de courte durée est favorisé par les urgentistes lors des décisions de LAT.

Conclusion : Cette étude présente un intérêt dans la mise en place des recommandations des sociétés savantes et de la loi au niveau local.

Limitations and discontinuation of vital supply therapies on adults in emergency situation: a vignette study in eight unit of Alpes-Maritimes Department (France)

Introduction: The many end of life cases in emergencies and the evolution of French law have led to the evolution of recommendations concerning the implementation of limitations and discontinuation of therapies (LIT) in emergencies situation. We have studied the attitude of practitioners (emergency and resuscitators physicians) involved in these situations in our department.

Material and method: This vignette study is departmental (Alpes-Maritimes, France), multicentric, descriptive, prospective. A five-vignette questionnaire was developed based on simulated end-of-life support situations. The doctors included in this study are senior doctors in emergency and reanimation units who agree to answer the questionnaire. The main judgement criterion is the comparison of the physicians' practical attitude towards the limitations and interruption of therapeutic practices (LIT) decision for each situation between emergency physicians and resuscitators.

Results: Forty six physicians, mostly male, are included. The approach to the limitations and discontinuation of adult life support treatments in the context of emergency is shared between emergency and resuscitators physicians. Only two physicians are trained to palliative care. Differences are highlighted regarding the experience of more than 6 years and the presence of a LIT protocol in the service. The short hospitalization unit service is favored by emergency physicians when LIT decisions are made.

Conclusion: This study is of interest in implementing the recommendations of learned societies and the law at the local level.

Mesh Terms :

End of life

Emergency

Palliative care

Emergency unit

Intensive care

Withholding treatment

Training

Annexe 1

Thèse Elise Jammet : Questionnaire

Explications :

Je réalise ma thèse sur les limitations de thérapeutiques aux urgences.

Les recommandations récentes de la SFMU et de la SFAR émettent des critères stricts à l'application d'une LAT aux urgences (une décision collégiale, prenant en compte l'existence ou non de directives anticipées, l'identification ou non de la personne de confiance, ou à défaut le témoignage des proches ; disposer d'un délai suffisant pour prendre la décision : LAT vs réanimation d'attente ; proposer un lieu dédié avec accompagnement de la famille ; une traçabilité des décisions et actes réalisés).

Lors de mes recherches bibliographiques j'ai mis en évidence des articles qui exposent que les urgences ne sont pas forcément le meilleur lieu pour une fin de vie et qu'un service de soins continus paraît plus approprié. Un service de soins palliatifs ou de gériatrie pour les personnes âgées semble évidemment les meilleures options mais leur accessibilité est plus limitée en situation d'urgence. Cependant en l'absence d'autre solution disponible, il est indispensable de pouvoir prendre en charge ces patients au mieux.

Suite aux recommandations et le cadre de la mise en place de LAT aux urgences, plusieurs articles font état d'une nécessité d'une évaluation et d'optimisation des pratiques.

Je vais vous présenter 5 cas caricaturaux, pour lesquels je vais vous demander votre avis sur la votre pratique clinique quotidienne.

Avant de débuter, j'ai quelques questions générales afin de mieux vous connaître (les questionnaires seront anonymisés) :

Vous êtes? Une femme Un homme

Vous êtes âgé de ans

Vous êtes urgentiste réanimateur autre, précisez :
au CHU CH Cannes CH Antibes CH Grasse

Vous exercez à? Temps plein

 Temps partiel, avec quel emploi partagez-vous votre temps :

Vous avez années d'expérience dans votre spécialité.

Avez-vous reçu une formation spécifique en soins palliatif spécifique? oui non
Si oui, laquelle ?

Votre service dispose-t'il d'un protocole LAT? oui non

Cas n°1

Homme de 47 ans

Atcd : néoplasie pulmonaire multi-métastatique évolutive, échec des deux dernières chimiothérapies, pas de nouvelle cure devant l'asthénie du patient, en cours de mise en place de soins palliatifs, pas de directives anticipées réalisées.

Le patient a passé beaucoup de temps à l'hôpital ces derniers mois et a souhaité rentrer au domicile pour profiter de sa famille.

Sa famille a appelé le 15 devant des difficultés respiratoires.

Le patient est admis aux urgences via le SMUR pour détresse respiratoire. Le patient a refusé la VNI et est sous 9L au MHC pour une saturation à 90%. Il a exprimé ne pas vouloir être intubé ou de masque de VNI, il veut qu'on le laisse tranquille durant le transport.

A l'arrivée, le patient est dyspnéique, polypnéique à 40/min (respiration superficielle), cyanosé, teint grisâtre, il présente des crépitations et ronchis bilatéraux, une diminution du murmure vésiculaire à gauche.

Il est tachycarde à 110/min, TA 87/52mmHg, marbré. Le patient se dégrade rapidement sur le plan neurologique avec un glasgow à 9 (2/2/5) puis à 6 (1/1/4).

L'infirmière réalise une gazométrie retrouvant pH 7.10, PCO2 : 95mmHg, PO2 55mmHg. La radiographie du thorax retrouve un poumon blanc à droite et des lésions connues à gauche avec épanchement minime. La prise de sang réalisée retrouve entre autres un sepsis et une anémie aiguë. La famille est présente, ils ont compris que la situation était sans issue depuis plusieurs semaines, ils ne pensaient pas que ce serait si rapide, ils ne veulent pas qu'il souffre.

Q1.1 Dans cette situation pensez-vous qu'il faille impliquer un autre confrère ?

Oui

Non

Q1.1 bis Si oui, avec quel confrère serez-vous prêt à échanger ? (plusieurs choix possibles)

A. Le médecin spécialiste qui le suit habituellement

B. Le médecin traitant

C. Un autre urgentiste

D. Un interne

E. Le réanimateur de garde

F. L'interne de garde du service dans lequel il est suivi (la nuit)

G. Le sénior d'astreinte de médecine (la nuit)

H. Prendre un avis médico-chirurgical même hors établissement

Autre :

Q1.2 Quelle décision privilégiez-vous dans cette situation ?

LAT

Réanimation d'attente

Réanimation intensive

Autre :

Q1.3 Dans le cas d'une décision de LAT, consultez-vous votre équipe paramédicale ?

Oui

Non

Sous quelle forme ?

Orale

Écrite

Autre :

Il est tard, le seul sénior joignable en dehors des urgences à ce moment-là est le réanimateur de garde.

Q1.4 Avant de prendre une décision de LAT, pensez-vous que le réanimateur doit être appelé ?

Oui

Non

Q1.5 Dans cette situation, pensez-vous que le réanimateur doit se rendre aux urgences pour participer à la décision de LAT aux urgences ?

Oui

Non

Q1.6 En l'absence de lit disponible ailleurs (carence de lit), où pensez-vous devoir orienter le patient pour effectuer sa prise en charge ? (Vous pouvez renseigner plusieurs choix)

A. UHCD

B. Soins intensifs

C. Service de médecine ou de chirurgie autre que celui dans lequel il est suivi

Q1.7 Qu'est-ce qui motive votre décision ? (plusieurs choix possibles)

A. Patient relevant de soins intensifs

B. Patient non réanimatoire

C. Temps soignant dédié

D. Liberté de mouvement de famille

E. Expertise

F. Optimisation du niveau de soin des lits

Autre :

Cas 2 :

Femme de 85 ans

atcd : Cardiopathie ischémique avec traitement médical seul, compliquée de nombreux OAP (sortie d'hospitalisation il y a 5 jours avec majoration du FUROSEMIDE à 250mg/j), pas de geste endovasculaire proposé par les cardiologues, un pace-maker triple chambre a été implanté (devant une FEVG<35% associée à un trouble de conduction), 2 AIT non séquellaire, insuffisance rénale chronique (clairance habituelle 22mL/min).

Elle vit au domicile de sa fille avec IDE/aides ménagères/auxiliaire de vie, GIR 3 en perte d'autonomie. La patiente s'est sentie rapidement très essoufflée, elle est somnolente, l'IDE et la famille ont appelé le 15. La patiente a été prise en charge par les pompiers.

A l'arrivée la patiente est glasgow 8 (2,2,4), présente une polypnée à 30/min associée à une saturation à 87% sous 6L au masque. Elle est hypotendue 85/45mmHg, marbrée.

La radiographie de thorax retrouve est en faveur d'un OAP, l'ECG est inchangé

La famille est présente à son arrivée, elle ne souhaite pas que la patiente souffre.

Q2.1 Dans cette situation pensez-vous qu'il faille impliquer un autre confrère ?

Oui

Non

Q2.1 bis Si oui, avec quel confrère serez-vous prêt à échanger ? (plusieurs choix possibles)

A. Le médecin spécialiste qui le suit habituellement

B. Le médecin traitant

C. Un autre urgentiste

D. Un interne

E. Le réanimateur de garde

F. L'interne de garde du service dans lequel il est suivi (la nuit)

G. Le sénior d'astreinte de médecine (la nuit)

H. Prendre un avis médico-chirurgical même hors établissement

Autre :

Q2.2 Quelle décision privilégiez-vous dans cette situation ?

LAT

Réanimation d'attente

Réanimation intensive

Autre :

Q2.3 Dans le cas d'une décision de LAT, consultez-vous votre équipe paramédicale ?

Oui

Non

Sous quelle forme ?

Orale

Écrite

Autre :

Il est tard, le seul sénior joignable en dehors des urgences à ce moment-là est le réanimateur de garde.

Q2.4 Avant de prendre une décision de LAT, pensez-vous que le réanimateur doit être appelé ?

Oui

Non

Q2.5 Dans cette situation, pensez-vous que le réanimateur doit se rendre aux urgences pour participer à la décision de LAT aux urgences ?

Oui

Non

Q2.6 En l'absence de lit disponible ailleurs (carence de lit), où pensez-vous devoir orienter le patient pour effectuer sa prise en charge ? (Vous pouvez renseigner plusieurs choix)

A. UHCD

B. Soins intensifs

C. Service de médecine ou de chirurgie autre que celui dans lequel il est suivi

Q2.7 Qu'est-ce qui motive votre décision ? (plusieurs choix possibles)

A. Patient relevant de soins intensifs

B. Patient non réanimatoire

C. Temps soignant dédié

D. Liberté de mouvement de famille

E. Expertise

F. Optimisation du niveau de soin des lits

Autre :

Cas 3 :

Homme de 78 ans, autonome au domicile.

Le patient a été pris en charge par les pompiers pour malaise. A la prise en charge initiale il était agité, avec un déficit hémicorporel gauche puis a présenté une dégradation neurologique.

A l'arrivée aux urgences, le patient est glasgow 8 (2/2/4), sans détresse hémodynamique ou respiratoire.

Le patient est conduit immédiatement au TDM cérébral qui retrouve un AVC hémorragique hémisphérique droit, associé à une inondation ventriculaire, déviation de la ligne médiane, il existe un important risque d'engagement.

Le patient se dégrade très vite avec un glasgow 4 en revenant du TDM.

Vous découvrez le dossier du patient (ACFA sous Previscan, HTA réfractaire, IRC (clairance 32mL/min), cytolyse stable aux derniers bilans, insuffisance cardiaque FEVG 40%).

Vous prenez l'avis du neurochirurgien qui ne retrouve pas d'indication neurochirurgicale.

La famille est présente, le patient n'a pas rédigé de directives anticipées ou désigné par écrit de personne de confiance. La famille témoigne dans un premier temps qu'« il faut tout faire pour le sauver » mais apporte aussi qu'« il n'aurait pas voulu dépendre d'une machine ».

Q3.1 Dans cette situation pensez-vous qu'il faille impliquer un autre confrère ?

Oui

Non

Q3.1 bis Si oui, avec quel confrère serez-vous prêt à échanger ? (plusieurs choix possibles)

A. Le médecin spécialiste qui le suit habituellement

B. Le médecin traitant

C. Un autre urgentiste

D. Un interne

E. Le réanimateur de garde

F. L'interne de garde du service dans lequel il est suivi (la nuit)

G. Le sénior d'astreinte de médecine (la nuit)

H. Prendre un avis médico-chirurgical même hors établissement

Autre :

Q3.2 Quelle décision privilégiez-vous dans cette situation ?

LAT

Réanimation d'attente

Réanimation intensive

Autre :

Q3.3 Dans le cas d'une décision de LAT, consultez-vous votre équipe paramédicale ?

Oui

Non

Sous quelle forme ?

Orale

Écrite

Autre :

Il est tard, le seul sénior joignable en dehors des urgences à ce moment-là est le réanimateur de garde.

Q3.4 Avant de prendre une décision de LAT, pensez-vous que le réanimateur doit être appelé ?

Oui

Non

Q3.5 Dans cette situation, pensez-vous que le réanimateur doit se rendre aux urgences pour participer à la décision de LAT aux urgences ?

Oui

Non

Q3.6 En l'absence de lit disponible ailleurs (carence de lit), où pensez-vous devoir orienter le patient pour effectuer sa prise en charge ? (Vous pouvez renseigner plusieurs choix)

A. UHCD

B. Soins intensifs

C. Service de médecine ou de chirurgie autre que celui dans lequel il est suivi

Q3.7 Qu'est-ce qui motive votre décision ? (plusieurs choix possibles)

A. Patient relevant de soins intensifs

B. Patient non réanimatoire

C. Temps soignant dédié

D. Liberté de mouvement de famille

E. Expertise

F. Optimisation du niveau de soin des lits

Autre :

Cas 4 :

Femme de 98 ans vivant en EHPAD, GIR 1.

La patiente est adressée par l'IDE de l'EHPAD pour altération de l'état général.

Dans ses antécédents : AVC ischémique séquellaire avec hémiparésie, HTA, cardiopathie hypertensive, pyélonéphrite à répétition, hypothyroïdie, cholécystectomie.

A l'arrivée la patiente est :

- hypotherme à 35.3°C, glasgow 8 (3,3,2), tachycarde 130/min, hypotendue 53/35 avec une réponse modeste (TA 58/39) au remplissage de 250mL de NaCl0.9%, marbrée.
- Cliniquement elle présente des ronchis bilatéraux, une hépatomégalie, un abdomen souple, une hémiparésie connue, pas de raideur méningée.
- La BU retrouve leuco fort et nitrites positifs. L'ETT au lit du malade retrouve une FEVG altérée <40%, une ITV effondrée, la gazométrie artérielle retrouve une acidose métabolique pH 7.12, lactates 12, le bilan sanguin réalisé retrouve un syndrome inflammatoire majeur avec PCT 17, CRP 140, GB 16G/L, une cytolyse 5N, une insuffisance rénale aiguë sur chronique créat : 650umol/L, urée : 25mmol/L, TP 15%, Na 162mmol/L, K 6.7mmol/L.
- La famille est en route, il n'y a pas de directives anticipées.

Q4.1 Dans cette situation pensez-vous qu'il faille impliquer un autre confrère ?

Oui

Non

Q4.1 bis Si oui, avec quel confrère serez-vous prêt à échanger ? (plusieurs choix possibles)

- A. Le médecin spécialiste qui le suit habituellement
- B. Le médecin traitant
- C. Un autre urgentiste
- D. Un interne
- E. Le réanimateur de garde
- F. L'interne de garde du service dans lequel il est suivi (la nuit)
- G. Le sénior d'astreinte de médecine (la nuit)
- H. Prendre un avis médico-chirurgical même hors établissement

Autre :

Q4.2 Quelle décision privilégiez-vous dans cette situation ?

LAT

Réanimation d'attente

Réanimation intensive

Autre :

Q4.3 Dans le cas d'une décision de LAT, consultez-vous votre équipe paramédicale ?

Oui

Non

Sous quelle forme ? Orale Écrite Autre :

Il est tard, le seul sénior joignable en dehors des urgences à ce moment-là est le réanimateur de garde.

Q4.4 Avant de prendre une décision de LAT, pensez-vous que le réanimateur doit être appelé ?

Oui

Non

Q4.5 Dans cette situation, pensez-vous que le réanimateur doit se rendre aux urgences pour participer à la décision de LAT aux urgences ?

Oui

Non

Q4.6 En l'absence de lit disponible ailleurs (carence de lit), où pensez-vous devoir orienter le patient pour effectuer sa prise en charge ? (Vous pouvez renseigner plusieurs choix)

A. UHCD

B. Soins intensifs

C. Service de médecine ou de chirurgie autre que celui dans lequel il est suivi

Q4.7 Qu'est-ce qui motive votre décision ? (plusieurs choix possibles)

A. Patient relevant de soins intensifs

B. Patient non réanimatoire

C. Temps soignant dédié

D. Liberté de mouvement de famille

E. Expertise

F. Optimisation du niveau de soin des lits

Autre :

Cas 5 :

Femme de 65 ans

Atcd : néoplasie du pancréas

Néoplasie évolutive depuis 3 mois, envahissement prothétique de sa tumeur depuis 2 semaines, pas de thérapeutique proposée, pas de décision palliative tracée dans le dossier, le patient a refusé l'HAD (il est suivi par son médecin traitant et ses IDE habituelles).

A l'arrivée, le patient est cachectique, ictérique, hyperalgique (EVA 10/10) malgré Durogésic 75ug/H, morphine PO (Actiskenan 10mgx8 ce jour), Lyrica 50mgx2 et paracétamol 1gx3.

A l'arrivée le patient demande à ce que l'on soulage ses douleurs.

Le patient n'a pas rédigé de directives anticipées mais vous exprime qu'il sait qu'il n'en a plus pour longtemps, il souhaite des médicaments pour ne plus souffrir et partir en paix, il désigne avec vous sa fille comme personne de confiance. La famille est présente et ne veut plus qu'il souffre.

Q5.1 Dans cette situation pensez-vous qu'il faille impliquer un autre confrère ?

Oui

Non

Q5.1 bis Si oui, avec quel confrère serez-vous prêt à échanger ? (plusieurs choix possibles)

- A. Le médecin spécialiste qui le suit habituellement
- B. Le médecin traitant
- C. Un autre urgentiste
- D. Un interne
- E. Le réanimateur de garde
- F. L'interne de garde du service dans lequel il est suivi (la nuit)
- G. Le sénior d'astreinte de médecine (la nuit)
- H. Prendre un avis médico-chirurgical même hors établissement

Autre :

Q5.2 Quelle décision privilégiez-vous dans cette situation ?

LAT

Réanimation d'attente

Réanimation intensive

Autre :

Q5.3 Dans le cas d'une décision de LAT, consultez-vous votre équipe paramédicale ?

Oui

Non

Sous quelle forme ? Orale Écrite Autre :

Il est tard, le seul sénior joignable en dehors des urgences à ce moment-là est le réanimateur de garde.

Q5.4 Avant de prendre une décision de LAT, pensez-vous que le réanimateur doit être appelé ?

Oui

Non

Q5.5 Dans cette situation, pensez-vous que le réanimateur doit se rendre aux urgences pour participer à la décision de LAT aux urgences ?

Oui

Non

Q5.6 En l'absence de lit disponible ailleurs (carence de lit), où pensez-vous devoir orienter le patient pour effectuer sa prise en charge ? (Vous pouvez renseigner plusieurs choix)

A. UHCD

B. Soins intensifs

C. Service de médecine ou de chirurgie autre que celui dans lequel il est suivi

Q5.7 Qu'est-ce qui motive votre décision ? (plusieurs choix possibles)

A. Patient relevant de soins intensifs

B. Patient non réanimatoire

C. Temps soignant dédié

D. Liberté de mouvement de famille

E. Expertise

F. Optimisation du niveau de soin des lits

Autre :

Annexe 2

```
library(readxl)
library(Epi)
theseelise <-
read_excel("D:/Utilisateurs/mabonjour/Desktop/R
/theseelise.xlsx")
View(theseelise)
str(theseelise)
summary(theseelise)
table(theseelise$sexe)
mean(theseelise$age)
summary(theseelise$age)
boxplot(theseelise$age)
twoby2(table(theseelise$service,theseelise$Q1.2))
twoby2(table(theseelise$service,theseelise$Q2.2bis
s))
twoby2(table(theseelise$sexe,theseelise$Q2.2bis))
twoby2(table(theseelise$sexe,theseelise$Q1.2))
twoby2(table(theseelise$localisation.bi,theseelise$
Q1.2))
twoby2(table(theseelise$localisation.bi,theseelise$
Q2.2bis))
twoby2(table(theseelise$temps,theseelise$Q1.2))
twoby2(table(theseelise$temps,theseelise$Q2.2bis
))
twoby2(table(theseelise$service,theseelise$Q1.1))
twoby2(table(theseelise$service,theseelise$Q2.1))
twoby2(table(theseelise$service,theseelise$Q3.1))
twoby2(table(theseelise$service,theseelise$Q4.1))
twoby2(table(theseelise$service,theseelise$Q5.1))
twoby2(table(theseelise$service,theseelise$Q1.3))
twoby2(table(theseelise$service,theseelise$Q2.3))
twoby2(table(theseelise$service,theseelise$Q3.3))
twoby2(table(theseelise$service,theseelise$Q4.3))
twoby2(table(theseelise$service,theseelise$Q5.3))
twoby2(table(theseelise$service,theseelise$Q1.4))
twoby2(table(theseelise$service,theseelise$Q2.4))
twoby2(table(theseelise$service,theseelise$Q3.4))
twoby2(table(theseelise$service,theseelise$Q4.4))
twoby2(table(theseelise$service,theseelise$Q5.4))
twoby2(table(theseelise$service,theseelise$Q1.5))
twoby2(table(theseelise$service,theseelise$Q2.5))
twoby2(table(theseelise$service,theseelise$Q3.5))
twoby2(table(theseelise$service,theseelise$Q4.5))
twoby2(table(theseelise$service,theseelise$Q5.5))
twoby2(table(theseelise$protocoleLAT,theseelise$
Q1.2))
twoby2(table(theseelise$protocoleLAT,theseelise$
Q2.2bis))
twoby2(table(theseelise$protocoleLAT,theseelise$
Q3.2bis))
twoby2(table(theseelise$protocoleLAT,theseelise$
Q4.2bis))
twoby2(table(theseelise$protocoleLAT,theseelise$
Q5.2bis))
```