



HAL
open science

Étude descriptive des limitations et arrêts des thérapeutiques actives aux urgences

Marianne Petit Dit Chaguet

► **To cite this version:**

Marianne Petit Dit Chaguet. Étude descriptive des limitations et arrêts des thérapeutiques actives aux urgences. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02392612

HAL Id: dumas-02392612

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02392612>

Submitted on 4 Dec 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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Etude descriptive des limitations et arrêts des thérapeutiques actives aux urgences

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 18 Octobre 2019

Par Madame Marianne PETIT DIT CHAGUET

Née le 10 février 1992 à Talence (33)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur MICHELET Pierre

Président

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Assesseur

Monsieur le Professeur SALAS Sébastien

Assesseur

Monsieur le Docteur GEORGE Thomas

Directeur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Etude descriptive des limitations et arrêts des thérapeutiques actives aux urgences

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 18 Octobre 2019

Par Madame Marianne PETIT DIT CHAGUET

Née le 10 février 1992 à Talence (33)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur MICHELET Pierre

Président

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Assesseur

Monsieur le Professeur SALAS Sébastien

Assesseur

Monsieur le Docteur GEORGE Thomas

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen Georges LEONETTI

Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales : Patrick DESSI
Vice-doyen aux Sciences Paramédicales : Philippe BERBIS

Direction d'école :

- **Ecole de Médecine** : Jean-Michel VITON
- **Ecoles de Maïeutique** : Carole ZAKARIAN
- **Ecoles des Sciences de la Réadaptation** : Philippe SAUVAGEON
- **Ecoles des Sciences Infirmières** : Sébastien COLSON

Asseseurs :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHIERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSO François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 GRISOLI Dominique (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
 PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
 LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 MONCLA Anne (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Héléne (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BOUBLI Léon (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

KERBAUL François (PU-PH)
 MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
 VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
 FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
 SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

IMMUNOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
 AUDOIN Bertrand (PU-PH)
 AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
 CECCALDI Mathieu (PU-PH)
 EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
 FELICIAN Olivier (PU-PH)
 PELLETIER Jean (PU-PH)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
 HOFFART Louis (PU-PH) *Disponibilité*
 MATONTI Frédéric (PU-PH) *Disponibilité*

PEDEPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
 POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 MICHEL Justin (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)
 DEVEZE Arnaud (MCU-PH) *Disponibilité*
 REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) *Surnombre*
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)
 BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)
 CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)
 MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)
 COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)
 TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 GABORIT Bénédicte (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) *Surnombre*
 GREILLIER Laurent (PU PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)
 TOMASINI Pascale (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 VILLANI Patrick (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Pierre Michelet, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ce jury. Veuillez recevoir le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Patrick Gerbeaux, pour avoir accepté de participer à ce jury. Veuillez recevoir l'expression de toute ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Sébastien Salas, pour avoir accepté d'être membre de ce jury. Veuillez accepter l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur George Thomas, pour m'avoir acceptée dans ce travail. Ton aide, ta disponibilité et ta bonne humeur ont été salvatrices.

A ma Famille,

Mes grands-parents, et ma tatie, pour leur affection dont je n'ai pas assez profité.

Mes parents, pour m'avoir accueillie et fait exister parmi vous. Vous êtes des exemples pour moi. A table !

Mon frère et Fanny, avec qui j'aimerais partager plus de temps. Notre complicité grandit et je m'en réjouis.

Uncle Claude's, ma cousine et Jérémy, que je ne vois pas assez souvent. Heureusement les blagues du tonton sont toujours là pour relever le niveau des repas de famille et nos fous rires de Lohidoy resteront marqués.

Mes cousins Jérôme et Fabien, ma belle-cousine Céline et les deux petits bientôt grands Jules et Gabin, pour votre gentillesse et votre humour. C'est toujours un plaisir de vous voir.

Jamel, rabsou, pour ton amour et ta sincérité. Plein d'aventures nous attendent si tu veux bien m'accompagner.

A mes amis,

Justine et Célia, les amies de toujours. Certaines amitiés sont intemporelles.

Aurélie, pour les couches-culottes, les tours de vélo dans la rue sans dépasser l'usine, et les innombrables après-midi passés en ta compagnie. Il y a des personnes qui retombent toujours sur leurs pattes.

Mes amis du lycée, en particulier Antoine avec qui j'ai grandi. Merci pour tous ces moments.

Mes amis et cointernes de médecine pour leur soutien, leur humour, et les soirées passées en votre compagnie.

Manon, une très belle rencontre, avec qui les soirées ne terminent jamais avant d'avoir fait chauffer le plancher.

Mes amis de Grenoble : Julia, Aurélie, Ingrid, Margaux, Clément, Sophie, Elise et bien d'autres, pour tous ces moments partagés. Et bien sûr, à la coloc de Corenc !

Mis amigos argentinos : no se falta decir que los quiero mucho. Compartimos tantas cosas, seguro volveremos. Gracias chicos por la buena onda.

Jéjé et Jojo, pour votre chenga style et la joie que vous dégagez. Jojo, on luttera pour qu'ils ne finissent pas ensemble.

Mes amis d'escalade, de ski, de course et d'apéro, de Grenoble, Briançon et maintenant Gap, pour votre amitié et votre joie de vie. Je suis très heureuse d'avoir croisé votre chemin. Les Hautes-Alpes c'est quand même un joli petit monde !

Clémentine, pour ton aplomb et ta confiance indéflexibles dans les choses même quand tu n'y connais rien, pour tous ces moments partagés depuis le collège, d'Ouest en Est en passant par l'outre Atlantique. Pour ton amitié sans limite. Pour ton coaching durant ces « belles » années de médecine.

Bruno, pour ta gentillesse et ton courage de vivre à ses côtés, et Tom, petit homme à présent.

Aux services dans lesquels je me suis formée, en particulier,

Le service de cardiologie de Gap, aux Dr. Hidoud, Quilici, Lemièrre et Devemy pour nous avoir accueillies et formées avec tant de bonne humeur.

Le service de Réanimation de Gap, aux Dr. Simonoviez, Greco, Berthet, Mandin, Guiavarch, Benavides et Fourret, pour toutes les contrepèteries, références littéraires et historiques que je ne comprends pas à la relève.

Le service des urgences de la Timone, et tous les médecins y travaillant.

Le SAMU 83 pour toutes ces sorties et journées de formation très enrichissantes.

Merci à toutes les équipes soignantes qui m'ont appris énormément au cours de mon cursus.

Et merci à Spinoza, le plus grec de tous les philosophes.



'Sempè

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	2
Définition	2
Législation.....	2
Modalités.....	3
Application.....	4
Contexte	4
Urgences APHM Timone	5
Objectifs	5
MATERIELS ET METHODES	6
Design de l'étude.....	6
Population	6
Recueil des données.....	6
RESULTATS.....	8
Population	8
Données spatio-temporelles	8
Données cliniques	10
Scores de gravité et de comorbidités.....	11
Types de LATA	12
Directives anticipées	14
Décès	16
Orientation	16
DISCUSSION	17
Résultats	17
Limites de l'étude	20
Perspectives.....	21
CONCLUSION	23
REFERENCES	23
ANNEXES.....	27
ABREVIATIONS.....	36
SERMENT D'HIPPOCRATE	37

INTRODUCTION

Environ 600 000 personnes décèdent en France chaque année, dont 59 % dans un hôpital ou une clinique privée. Ces établissements sont des lieux de soins mais également des lieux de prise en charge de la fin de vie (1).

Définition

L'acronyme LATA utilisé de manière courante en médecine correspond à la Limitation et à l'Arrêt des Thérapeutiques Actives. Il correspond à « la non instauration ou la non optimisation d'une ou plusieurs thérapeutique(s) curative(s) ou de suppléance des défaillances d'organes, dont la conséquence peut être d'avancer le moment de la mort » (2).

Il existe différentes modalités de LATA : les Limitations d'une ou de plusieurs Thérapeutiques actives (LT), les Arrêts des thérapeutiques actives et démarche palliative Sans Sédation (ASS) et les Arrêts des thérapeutiques actives et démarche palliative Avec Sédation (AAS).

Dans toutes ces situations, les soins de confort et de support tels que les soins d'hygiène, la prise en charge de la douleur et de la souffrance ne sont jamais interrompus.

Législation

La fin de vie est aujourd'hui bien encadrée sur le plan juridique. Se sont succédé différentes lois : en 1999, la loi visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs (3), en 2002 la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (4) et en 2005 la loi Léonetti relative aux droits des malades et à la fin de vie (5) révisée en 2016 sous la loi Léonetti-Claeys, créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (6).

Modalités

Les différents types de LATA ont tous le même objectif : éviter l'obstination déraisonnable, définie par « les actes qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie » (5), et respecter les droits des patients à décider de leur fin de vie, lorsque cela est possible.

Pour cela, les volontés du patient sont indispensables à recueillir, soit par lui-même, soit par le biais de sa personne de confiance ou de ses proches, soit par le biais de ses Directives Anticipées.

Le rôle de la personne de confiance est d'exprimer les volontés du malade : « l'avis de cette dernière, sauf urgence ou impossibilité, prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin » (4). Cet article souligne l'ascendant des directives anticipées sur la personne de confiance.

Les Directives Anticipées correspondent à une déclaration écrite, par le patient, concernant les soins de la fin de vie. Cette notion est ancienne : aux USA, Luis Kutner publiait en 1969 « The living will », concernant le droit des patients à décider de leurs traitements et de leur fin de vie, en proposant un document écrit par le patient exposant ses volontés concernant sa fin de vie, révocable à tout moment (7). Ce document a une valeur légale, dont le médecin a « obligation de s'enquérir (...) d'en vérifier la validité, d'en prendre connaissance et d'inclure les souhaits qui y sont exprimés parmi les éléments sur lesquels va s'appuyer la décision médicale » (5). Initialement valables 3 ans, elles sont maintenant valables sans durée déterminée, révocables à tout moment (6). Une aide à leur rédaction est disponible sur plusieurs sites : Service Public (8), Centre National Fin de Vie Soins Palliatifs (CNPFV) (9) avec un numéro d'appel national (01 53 72 33 04), Ministère des Solidarités et de la Santé pour les personnes âgées (10), et des formulaires d'aide à leur rédaction sont proposés notamment par la SRLF et l'HAS (11,12). Ces directives sont à conserver dans un lieu connu d'un proche, de la personne de confiance, du médecin traitant ou du médecin spécialiste en charge du patient, qui pourront les communiquer le cas échéant.

Application

Les recommandations conjointes de la SFMU et de la SRLF publiées en mai 2018 (13) stipulent que « chaque service des urgences doit disposer d'une procédure écrite et disponible 24h/24 exposant les principes et modalités de prise de décision et de prise en charge d'un patient en fin de vie aux urgences », ce qui permet de poser un cadre aux soignants et d'homogénéiser les pratiques, dans un service où le personnel n'est pas toujours formé à la prise en charge des LATA.

Ces recommandations définissent le principe de collégialité inhérent à cette procédure, en stipulant qu'il faut « impliquer le patient, ses proches, les paramédicaux présents et un médecin consultant extérieur adapté à la situation aux heures ouvrables ou, à défaut, un autre médecin éventuellement au téléphone ». Toute décision de LATA doit être notifiée dans le dossier médical du patient, et doit être systématiquement réévaluée, ne devant être prise en compte que si elle est jugée adaptée à la situation présente.

Contexte

Selon le rapport de l'Igas de 2009, environ 58 % des français étaient décédés à l'hôpital, soit plus d'un français sur 2, et 16 % des décès intra-hospitaliers étaient survenus après une hospitalisation d'une durée inférieure ou égale à 24h (14). En 2010, les statistiques d'état civil sur les décès montraient qu'un décès sur quatre s'était produit au domicile (15). Il existe une contradiction entre cette réalité et le désir des français de mourir à domicile (16). Selon les études, au niveau international, entre 45 et 70 % des personnes préféreraient mourir à domicile mais 60 à 86 % meurent à l'hôpital (17,18).

A l'hôpital aucun service n'est dédié à la prise en charge de la mort, et le service des urgences est très souvent le lieu de l'initiation des LATA. Bien que son environnement ne soit pas le mieux adapté à ce genre de prise en charge qui requiert personnel en nombre suffisant, temps, calme, et pièce dédiée pour recevoir et discuter avec les proches, sa position fait de ce lieu la porte d'entrée vers les services d'hospitalisation où l'admission n'est que rarement directe.

Les indications de LATA sont fréquentes en médecine d'urgence. Les études montrent qu'une décision de LATA précède 79 à 87 % des décès aux urgences (19–22).

Urgences APHM Timone

Notre étude a été réalisée dans le service d'accueil des urgences du CHU La Timone, inauguré en 2014, appartenant à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille. Ce service est considéré comme l'un des plus grands services d'urgence de France avec une fréquentation moyenne annuelle de 85000 patients soit 250 patients par jour.

Objectifs

L'objectif principal de notre étude était de déterminer les caractéristiques épidémiologiques des patients pour lesquels une décision de LATA est prise dans le service des urgences.

Les objectifs secondaires étaient de déterminer les modalités de LATA choisies, et rechercher l'expression des souhaits des patients concernant la fin de vie sous la forme de directives anticipées ou par le biais d'une personne de confiance.

MATERIELS ET METHODES

Design de l'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive, monocentrique, réalisée dans le service des urgences adultes de l'hôpital de la TIMONE à Marseille.

L'étude a été réalisée de manière prospective sur la période du 01 décembre 2018 au 28 février 2019, soit 3 mois.

Une autorisation auprès du Règlement Général européen sur la Protection des Données (RGPD) a été recueillie au sein de l'APHM.

Population

Les critères d'inclusion concernaient les patients âgés de plus de 18 ans admis aux urgences de la Timone sur la période du 01 décembre 2018 au 28 février 2019, pour lesquels une LATA a été posée.

Les critères d'exclusion concernaient les patients d'âge inférieur à 18 ans, ou pour lesquels le dossier LATA était incomplet ou a été égaré.

Recueil des données

Le recueil des données a été effectué à l'aide des fiches LATA protocolisées dans le service, complétées de quelques données supplémentaires à renseigner. Ces fiches étaient remplies par le médecin posant l'indication de LATA. Certaines données ont été récupérées à partir du dossier médical du patient sur le logiciel Axigate utilisé à l'Hôpital de la Timone.

Les fiches LATA ([Annexe 1](#)) comportaient plusieurs parties :

- L'identité du patient
- Les dates d'entrée et de sortie du patient
- Les motifs initiant la discussion de la LATA
- Les personnes ou éléments initiant la discussion
- Les membres de l'équipe de soins présents lors de la procédure collégiale
- Le contexte clinique du patient au moment de la prise de décision
- Les arguments en faveur ou contre une limitation selon l'équipe médicale
- Le médecin extérieur consulté
- Le type de LATA après concertation collégiale
- Les modalités d'application de la LATA
- Le type de transport et la provenance du patient
- L'existence et la connaissance de directives anticipées
- L'orientation du patient
- Les scores de gravité et de comorbidités Quick Sofa, Charlson, Meds et GIR.

Les données ont été codées de manière anonyme et exploitées à l'aide d'un tableur Excell, et une analyse descriptive a été réalisée.

RESULTATS

Population

79 patients ont été inclus dans l'étude.

1 formulaire LATA incomplet a été exclu de l'étude et les données de 78 patients ont pu être analysées.

La population était composée de 43 femmes soit 55 % et de 35 hommes soit 45 %.

71 % des patients avaient plus de 80 ans avec une moyenne d'âge de 84 ± 11 ans.

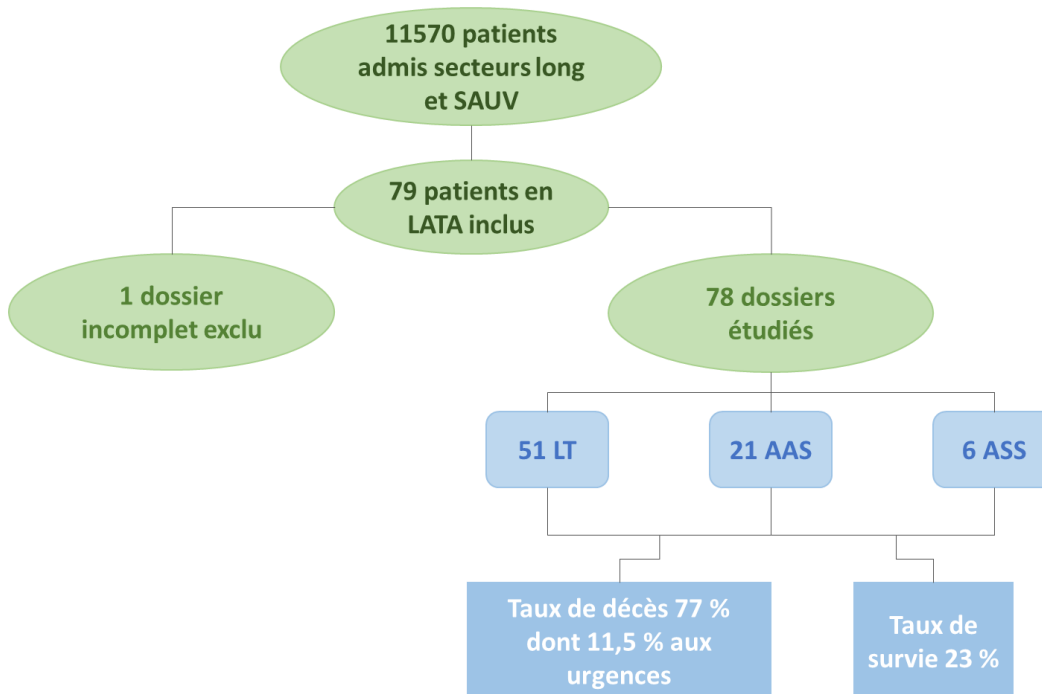


Figure 1: diagramme de flux

Données spatio-temporelles

La durée moyenne de séjour était de $5 \pm 4,5$ jours, allant de 1 à 26 jours.

Les patients provenaient à 48 % de leur domicile contre 40 % d'EHPAD ou de maison de retraite, et 6 % de structures médicalisées APHM et hors APHM.

20 patients soit 26 % ont bénéficié d'un transport médicalisé par le SAMU.

A leur arrivée, 24 patients soit 31 % ont été pris en charge en SAUV.

Données cliniques

Concernant les données cliniques des patients, le score de Glasgow était en moyenne à 11 (27 % avaient un score < 8), la fréquence respiratoire à 25 cycles/min (45 % avaient une FR > 20 cycles/min), la fréquence cardiaque à 94 bpm (51 % avaient une FC > 90 bpm, 10 % une FC < 60 bpm), la pression artérielle systolique à 121 mmHg, la pression artérielle diastolique à 68 mmHg, la pression artérielle moyenne à 85 mmHg (19 % avaient une PAM < 65 mmHg), la saturation artérielle en oxygène à 94 % (sans différencier avec ou sans oxygénothérapie), la glycémie capillaire à 1 g/l et la température à 36,8°C.

<i>Score / Constantes</i>	<i>Moyennes</i>	<i>Valeurs</i>	<i>%</i>
<i>Glasgow</i>	11	< 8	27
<i>PAM (mmHg)</i>	85	< 65	19
<i>FC (bpm)</i>	94	< 60 et > 90	10 et 51
<i>FR (cycles/min)</i>	25	< 12 et > 20	3 et 45
<i>SpO2 (débit O2 non renseigné) (%)</i>	94	< 90	18
<i>T°C (°C)</i>	36,8	< 36 ou > 37,9	6 et 5
<i>HGT (g/l)</i>	1	< 0,5 ou > 2	0 et 13

Tableau 2 : Paramètres cliniques à l'admission

A l'admission, 59 patients présentaient une défaillance respiratoire soit 76 %, 49 une défaillance neurologique soit 63 %, 40 une défaillance cardio-vasculaire soit 51 %, 11 une défaillance rénale soit 14 %, 6 une défaillance hépatique soit 8 %, et 3 une défaillance hématologique soit 4 %.

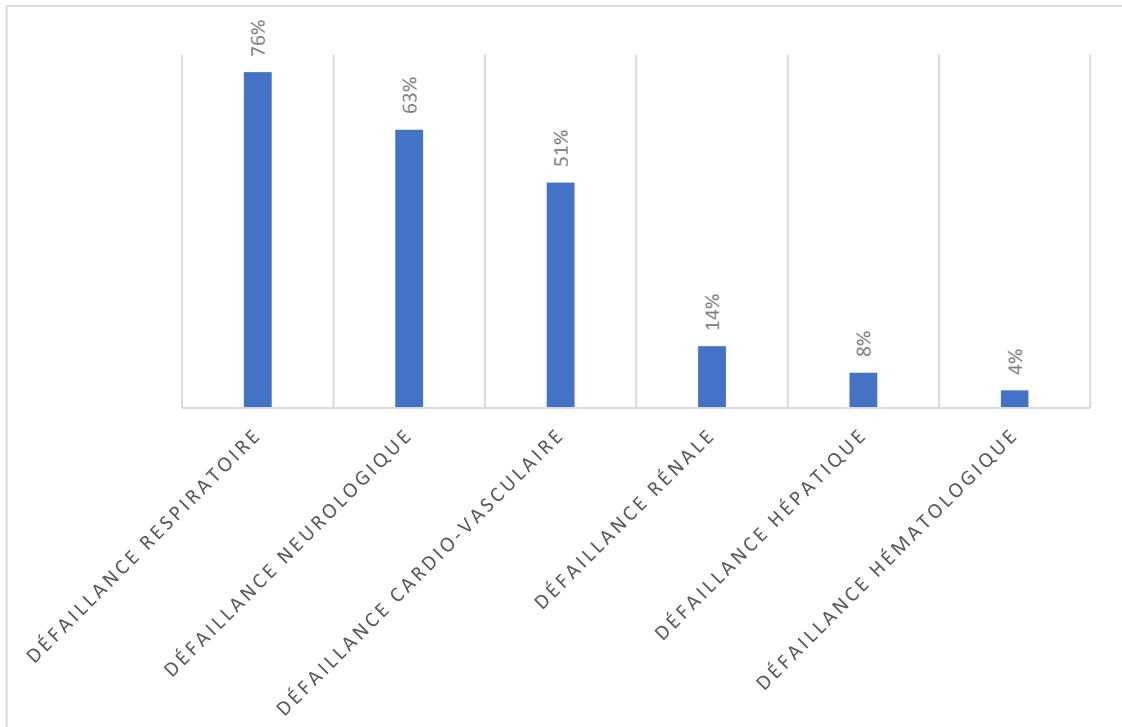


Figure 2 : Types de détresse vitale à l'admission

25 patients présentaient une monodéfaillance d'organe soit 32 %, et 53 présentaient au moins 2 défaillances d'organe soit 68 % (27 soit 35 % 2 défaillances, 19 soit 24 % 3 défaillances, 4 soit 5 % 4 défaillances, 2 soit 3 % 5 défaillances et 1 soit 1 % 6 défaillances).

Scores de gravité et de comorbidités

33 patients soit 42 % avaient un GIR renseigné : celui-ci était en moyenne de 2.

Le score qSOFA était en moyenne de 2, le score Meds à 11, et le score Charlson à 7.

Scores		
GIR	n (%)	33 (42)
	Moyenne	2
	Médiane	1
	Min	1
	Max	5
qSOFA	Moyenne	2
	Médiane	2
	Min	0
	Max	3
MEDS	Moyenne	11
	Médiane	10
	Min	3
	Max	20
CHARLSON	Moyenne	7
	Médiane	6
	Min	0
	Max	13

Tableau 3 : Scores de gravité et de comorbidités

Scores détaillés ([Annexe 2](#))

Score GIR = score d'évaluation qui permet de déterminer le niveau de dépendance d'une personne âgée selon sa capacité à effectuer certaines tâches du quotidien

Score MEDS = Score de mortalité pour patients admis en urgence avec un SIRS

Score CHARLSON = Score de comorbidité prédictif de survie

Score qSOFA = Score prédictif de mortalité dans le sepsis

Types de LATA

Concernant le type de LATA, 51 patients avaient bénéficié d'une Limitation thérapeutique (LT) soit 65%, 6 patients d'un Arrêt Sans Sédation (ASS) soit 8%, et 21 patients d'un Arrêt Avec Sédation (AAS) soit 27%.

<i>Type de LATA</i>	Limitation thérapeutique, n (%)	51 (65)
	Arrêt sans sédation, n (%)	6 (8)
	Arrêt avec sédation, n (%)	21 (27)
<i>Situation de LATA</i>	n°1, n (%)	8 (10)
	n°2, n (%)	64 (82)
	n°3, n (%)	6 (8)

Tableau 4 : types de LATA et situations cliniques

Situation n° 1 : patient en situation d'échec thérapeutique malgré la stratégie bien conduite et une prise en charge optimale pour qui un arrêt thérapeutique a pour but de ne pas prolonger l'agonie.

Situation n°2 : patient dont l'évolution attendue est défavorable en termes de survie et/ou qualité de vie pour qui une limitation ou un arrêt des thérapeutiques a pour but d'éviter une obstination déraisonnable.

Situation n°3 : patient dont l'évolution est actuellement favorable mais pour lequel une réascension des traitements ou une réadmission en réanimation paraît déraisonnable en cas de survenue d'une nouvelle défaillance.

La situation amenant à cette décision était dans 64 cas soit 82%, un patient dont l'évolution attendue était défavorable en termes de survie et/ou qualité de vie et pour qui une limitation ou un arrêt des thérapeutiques avait pour but d'éviter une obstination déraisonnable.

Directives anticipées

1 patient avait rédigé des directives anticipées soit 1 %, et 73 patients soit 94 % n'avaient pas de directives anticipées. 13 patients soit 17 % avaient exprimé des volontés concernant la fin de vie.

Au sujet des directives anticipées, 4 patients soit 5 % et les familles de 14 patients soit 18 % déclaraient en avoir connaissance.

<i>Existence de directives anticipées</i>	Oui, n (%)	1 (1)
	Non, n (%)	73 (94)
	Non évaluable, n (%)	4 (5)
<i>Volontés exprimées</i>	Oui, n (%)	13 (17)
	Non, n (%)	43 (55)
	Non évaluable, n (%)	22 (28)
<i>Connaissances patient des DA</i>	Oui, n (%)	4 (5)
	Non, n (%)	45 (58)
	Non évaluable, n (%)	29 (37)
<i>Connaissances famille des DA</i>	Oui, n (%)	14 (18)
	Non, n (%)	39 (50)
	Non évaluable, n (%)	25 (32)

Tableau 5 : Caractéristiques Directives Anticipées (DA)

L'équipe soignante était impliquée dans la décision de LATA pour 68 patients soit 87 % des cas, la personne de confiance pour 31 patients soit 40 % des cas, et un tiers pour 38 patients soit 49 % des cas.

<i>Implication équipe soignante</i>	Oui, n (%)	68 (87)
	Non, n (%)	8 (10)
	Non évaluable, n (%)	2 (3)
<i>Implication personne de confiance</i>	Oui, n (%)	31 (40)
	Non, n (%)	38 (49)
	Non évaluable, n (%)	9 (11)
<i>Implication tiers</i>	Oui, n (%)	38 (49)
	Non, n (%)	22 (28)
	Non évaluable, n (%)	18 (23)

Tableau 6 : Implication dans la décision de LATA

La décision de LATA a été prise de manière collégiale dans 100 % des cas, incluant au moins 2 médecins : un autre urgentiste pour 59 patients soit 76 % des cas, un réanimateur pour 14 patients soit 18 % des cas, un chirurgien pour 7 patients soit 9 % des cas. Le médecin généraliste du patient n'a jamais été concerté.

<i>Concertation médicale</i>	Oui, n (%)	78 (100)
	Non, n	0
<i>Avis complémentaire</i>	Urgentiste, n (%)	59 (76)
	Réanimateur, n (%)	14 (18)
	Chirurgien, n (%)	7 (9)
	Médecin traitant, n	0
	Autre, n	0

Tableau 7 : Concertation médicale

Décès

Le taux de décès lors de l'hospitalisation des patients inclus était de 77 % dont 11,5 % aux urgences.

18 patients ne sont pas décédés après mise en application de la LATA et ont pu sortir de l'hôpital, soit 23%.

Orientation

65 patients soit 83 % ont été orientés en UHCD, 3 patients soit 4% en service de médecine et 1 patient soit 1 % en service de soins palliatifs.

DISCUSSION

Les LATA sont des situations fréquentes dans les services d'urgence : sur la période de cette étude, une indication de LATA a été recensée presque tous les jours et 225 décès sont survenus au SAU et à l'UHCD. La proportion des patients en fin de vie est difficile à établir dans notre étude mais une étude de Tardy et Viallon montrait que 17 à 35 % des décès au SAU étaient des patients en fin de vie (23).

Résultats

La population de cette étude est âgée, ce qui peut s'expliquer de différentes manières : les personnes âgées sont considérées comme des personnes fragiles avec souvent des comorbidités, une espérance de vie courte, une autonomie antérieure parfois déjà limitée et pour lesquelles se pose vite la question de l'autonomie future. Ces résultats sont comparables à d'autres études qui retrouvent une moyenne d'âge entre 70 et 90 ans (22) ou de 77 ± 15 ans (21).

La répartition de la population était relativement proportionnelle sur le sexe avec 55% de femmes et 45% d'hommes.

La classification GIR des patients inclus était connue pour 42% d'entre eux, en moyenne de 2, traduisant une autonomie antérieure déjà très limitée et une grande dépendance. Ce taux est superposable à celui des patients qui provenaient des Ehpad, puisque les patients institutionnalisés qui sont adressés aux urgences sont munis de leur dossier médical de l'Ehpad comportant notamment la classification GIR. Ce nombre important de patients provenant d'Ehpad interpelle : les Ehpad sont des instituts médicalisés, où la présence d'un médecin est possible en cas de nécessité. Cela traduit probablement un manque de savoir ou d'habitude (24) en terme d'accompagnement et de soins palliatifs en fin de vie, chez des personnes pour qui il n'a pas été discuté au préalable de limitation en cas d'aggravation clinique. Bien souvent les patients sont pris en charge jusqu'au dernier moment en Ehpad, et sont ensuite transférés à l'hôpital pour finalement y décéder. Une étude australienne mettait en évidence en 2015 que les patients déments bénéficiant de soins palliatifs consultaient six fois moins les urgences que les patients déments ne bénéficiant pas de ces soins (25).

Cette étude montre que la durée moyenne de séjour de ces patients est relativement longue : ces patients sont pris en charge par plusieurs équipes soignants / médecin, le plus souvent en UHCD qui est le service recevant le plus de patients en LATA. La prise en charge de ces patients requiert temps, calme, et lieu approprié afin d'accueillir les familles. Les recommandations conjointes de la SFMU et de la SRLF de 2018 mentionnent que la SAUV et l'UHCD sont les 2 lieux les plus appropriés aux urgences pour ce type de prise en charge (13).

Les patients avaient bénéficié pour 26% d'entre eux d'un transport médicalisé par le SAMU : on peut s'interroger sur la pertinence d'un envoi de moyen de ce type dans pareille situation. Les appels téléphoniques au centre 15 sont nombreux chaque jour : les situations de détresse motivant l'envoi d'une équipe médicalisée sont parfois difficiles à analyser, et l'expertise du médecin sur place est souvent nécessaire afin de décider des soins appropriés et de l'orientation du patient.

L'étude LATASAMU publiée en 2006, montrait que 76 % des médecins urgentistes interrogés étaient récemment intervenus à domicile dans une situation de fin de vie, ce qui montre la fréquence de ces situations complexes en pré-hospitalier (26). Une autre étude de 2005 rapportait qu'une équipe médicale d'urgence était envoyée dans près de 80 % des appels concernant des patients identifiés comme relevant de soins palliatifs et que la moitié de ces patients étaient rapatriés sur l'hôpital aux urgences dans la majorité des cas (23).

Dans notre étude, la plupart des patients avaient au moins une double défaillance d'organe à leur arrivée aux urgences, traduisant la gravité du tableau clinique amenant à la discussion de LATA. Ces décisions sont prises dans l'urgence la plupart du temps, il est rare qu'une LATA soit posée chez un patient stable admis aux urgences présentant un terrain ou des comorbidités pouvant être un motif de LATA en vue d'une hypothétique dégradation future. Ces défaillances étaient majoritairement respiratoire, puis neurologique et cardiovasculaire, résultats comparables à d'autres études (23). Les défaillances rénale, hépatique et hématologique qui sont plus tardives généralement sont moins représentées, traduisant une prise en charge précoce de ces patients.

Les scores qSOFA, Meds et Charlson étaient relativement élevés traduisant respectivement, un risque de mortalité par sepsis ≥ 10 %, un risque de mortalité à 28 jours de 9,3 % et une probabilité de survie à 10 ans nulle, en faveur d'un pronostic très péjoratif.

Seulement un patient possédait des directives anticipées : est-ce un problème de recueil, de disponibilité des directives ? Ou un manque de connaissance ou de préoccupation de la population ? Seuls 5% avaient connaissance de leur existence. Ce taux est sûrement sous-estimé pour plusieurs raisons : les patients de l'étude étaient âgés avec vraisemblablement un nombre important de pathologies cognitives et la communication était probablement difficile dans la situation de détresse dans laquelle ils pouvaient se trouver. Les familles quant à elles en avaient connaissance dans 18% des cas : ce taux est probablement plus important en raison de l'âge souvent plus jeune des personnes accompagnantes, et de leur disponibilité à ce moment-là. Une étude de Pennec et al. en 2012 retrouvait un taux similaire de 1,5% de directives anticipées chez les patients de leur étude (27). Deux ans plus tôt les mêmes auteurs montraient que dans 28 % des décès survenant à domicile, le médecin traitant ne savait pas si le patient avait désigné une personne de confiance, ni rédigé de directives anticipées dans 40 % des cas (28).

Seulement 17 % des patients avaient exprimé des volontés auprès de leurs proches concernant leur fin de vie. Cela traduit un manque de communication sur le sujet, souvent difficile à aborder avec l'entourage.

Concernant le type de LATA, la majorité était des limitations des thérapeutiques actives, et non des arrêts. Lorsque des arrêts de thérapeutiques actives étaient décidés, ils étaient accompagnés d'une sédation dans la plupart des cas.

La situation amenant à la discussion de LATA la plus fréquente dans cette étude était celle d'un patient dont l'évolution attendue était défavorable en termes de survie et/ou qualité de vie et pour qui une limitation ou un arrêt des thérapeutiques avait pour but d'éviter une obstination déraisonnable. Cela illustre bien la préoccupation des soignants de ne pas faire d'acharnement thérapeutique, terme aujourd'hui désuet.

Dans cette étude, toutes les LATA ont été discutées de manière collégiale. Le plus souvent c'est l'avis d'un autre médecin urgentiste qui était pris, ce qui peut s'expliquer par l'accessibilité de ce dernier, et non un médecin extérieur au service des urgences. Un médecin réanimateur était également parfois sollicité, mais très peu de médecins d'autres spécialités. Lorsque c'était le cas, seuls des chirurgiens ont participé aux discussions. On peut noter l'absence de participation de médecins en soins palliatifs et de médecins généralistes. Cela pourrait s'expliquer par la méconnaissance des médecins traitants des patients concernés, le

manque de disponibilité des médecins généralistes ou des médecins spécialistes et le moment auquel sont discutées les LATA en dehors des heures ouvrables.

Dans notre étude, l'équipe soignante était également impliquée dans la majorité des cas, selon les recommandations (13). Les études montrent que l'équipe soignante est plus souvent impliquée dans les décisions de LATA dans les services de réanimation et soins continus comparativement aux services d'urgences (20,27,29). Cela pourrait être en lien avec une meilleure connaissance des patients et une plus grande disponibilité des équipes en service de réanimation, où les soignants sont en plus grand nombre.

L'implication de la personne de confiance était de 40% dans cette cohorte, et celle d'un tiers de 49%. Ceci est comparable avec l'étude de Pennec et al. (27) dans laquelle 50% des patients avaient une personne de confiance impliquée dans la décision de LATA.

Limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs limites. Son faible effectif diminue sa puissance.

La cohorte était monocentrique rendant les résultats difficilement extrapolables mais les résultats sont relativement comparables avec d'autres études de plus grande ampleur.

L'étude a été réalisée sur une courte période hivernale ce qui a pu orienter les motifs de recours aux urgences vers des défaillances respiratoires et infectieuses. Il pourrait être intéressant de comparer ces résultats sur une autre période de l'année.

Plusieurs paramètres auraient pu être étudiés différemment : la saturation en oxygène à l'arrivée n'est pas contributive car le débit d'oxygène n'était pas renseigné dans tous les dossiers. Il aurait été préférable par exemple de calculer le rapport Pa/Fi afin de standardiser les résultats.

Les thérapeutiques limitées ou arrêtées n'ont pas été recueillies.

Il existe peut être un biais de recueil concernant l'existence des directives anticipées, difficiles à se procurer puisqu'il n'existe pas de données nationales facilement consultables par les médecins.

Perspectives

Le médecin généraliste joue un rôle déterminant dans la fin de vie : des études ont montré que le nombre de consultations du médecin traitant à domicile réduisait le nombre de passages et de décès aux urgences dans les deux dernières semaines de vie (30,31).

Paradoxalement, Pennec et al. chiffrèrent à seulement 10 % l'absence d'implication du médecin traitant dans le dernier mois de vie des patients décédés au domicile (28). Les principales raisons du manque d'implication des médecins traitants dans la fin de vie qui ressortent de la littérature sont la surcharge de travail, le manque de formation aux soins palliatifs et le manque de communication avec les services hospitaliers (32).

Il existe un contraste entre le souhait des personnes concernant la fin de vie et la réalité. Une revue systématique (18) publiée en 2013 incluant des études menées dans le monde entier, remarquait que plus de 50 % (entre 52 % et 92 % selon les études) des personnes préféraient mourir à la maison mais qu'en réalité la majorité mourraient à l'hôpital. Parmi les raisons invoquées figuraient un défaut d'antalgie, des événements aigus intercurrents, l'imminence de la mort et un besoin accru concernant les soins de confort. Tous ces éléments sont intéressants à prendre en compte car il est possible d'agir sur certains. Cela passe notamment par la formation des soignants aux soins palliatifs et d'accompagnement à la maison afin d'assurer un soutien médical et moral aux patients et à leur entourage dans les moments difficiles de la fin de vie, sans nécessité constante d'aller à l'hôpital.

La formation des étudiants en médecine et des urgentistes en soins palliatifs est importante et devrait être plus développée lors des études médicales ou lors de formation professionnelle (33). Un article américain publié dans le JAMA en 2013 mettait en avant l'intérêt d'une formation de base en soins palliatifs destinée à tous les médecins associée à une formation plus complète destinée aux médecins spécialisés en soins palliatifs (34).

Les médecins notamment généralistes ont aussi un grand rôle dans la vulgarisation des directives anticipées en informant le public de leur existence et de leurs modalités de réalisation et d'application. Ils pourraient être épaulés du Ministère de la Santé avec la diffusion de communiqués à ce sujet, lors de programmes nationaux de santé publique.

Cela amènerait les citoyens à en discuter avec leur entourage, en ayant conscience que c'est une démarche très personnelle parfois difficile à aborder avec ses proches.

En France et dans le monde, l'accès aux soins concernant la fin de vie est très inégal (35), et beaucoup de progrès restent à faire dans ce domaine, en particulier dans les pays à faible et moyen revenus.

CONCLUSION

La prise en charge de la fin de vie est très fréquente en médecine d'urgence. Les limitations et arrêts des thérapeutiques actives sont aujourd'hui bien encadrés sur le plan juridique, et leurs modalités d'application doivent être respectées par le personnel médical.

Nous avons réalisé une étude observationnelle prospective aux urgences de la Timone, ayant pour objectif la description des caractéristiques épidémiologiques des patients pour lesquels une indication de LATA était posée.

Nos résultats montrent que les LATA concernent des patients âgés en moyenne de 84 ans. Leur autonomie antérieure était limitée avec un GIR moyen à 2. A leur prise en charge, ils présentaient très souvent une défaillance multiviscérale, notamment respiratoire dans 76 % des cas. Les souhaits des patients concernant la fin de vie étaient relativement mal connus et les directives anticipées étaient trop peu rédigées et disponibles pour guider les décisions des soignants. 1 seul patient en possédait. Une personne de confiance ou un tiers était impliqué dans environ 40 % des cas. Toutes les décisions de LATA étaient prises de manière collégiale et impliquaient dans 87 % des cas l'équipe soignante.

Nos résultats et ceux de la littérature confirment que la mort des patients en fin de vie aux urgences est une réalité à laquelle notre système de santé se doit de trouver des solutions adaptées pour une meilleure prise en charge. Développer la culture palliative dans les services d'urgence et au SAMU est nécessaire mais il est également impératif de mettre tout en œuvre en amont, au domicile des patients, dont le souhait pour la majorité d'entre eux semble être le décès au domicile et non à l'hôpital. La démocratisation des directives anticipées doit être poursuivie afin de respecter les souhaits des patients et d'éviter l'obstination déraisonnable.

REFERENCES

1. Igas. Evaluation de l'application de la loi du 2 février 2016 sur la fin de vie. 2018 avr. Report No.: tome 2 : annexes.
2. SRLF. Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte. 2002.
3. LOI no 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. 99-477 juin 9, 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 mars 4, 2002.
5. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. 2005-370 avr 22, 2005.
6. 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 févr 2, 2016.
7. Kutner L. Due Process of Euthanasia: The Living Will, A Proposal. 44 Indiana Law J 539 1969 [Internet]. 1 juill 1969;44(4). Disponible sur: <https://www.repository.law.indiana.edu/ilj/vol44/iss4/2>
8. Directives anticipées : dernières volontés sur les soins en fin de vie [Internet]. [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32010>
9. La fin de vie, et si on en parlait ? [Internet]. Parlons Fin de Vie. [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/>
10. Directives anticipées : un modèle à votre disposition | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 30 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/directives-anticipees-un-modele-votre-disposition>
11. Directives anticipées [Internet]. SRLF. [cité 24 août 2019]. Disponible sur: <https://www.srlf.org/mission-et-historique/commissions-de-srlf/commission-dethique/directives-anticipees/>
12. Les directives anticipées concernant les situations de fin de vie [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 24 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2619437/fr/les-directives-anticipees-concernant-les-situations-de-fin-de-vie

13. SFMU / SRLF. Limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence. 2018.
14. Igas DrFL-OV. La mort à l'hôpital. 2009. Report No.: RM2009-124P.
15. Insee. Statistiques d'état civil sur les décès en 2010. Paris; 2013.
16. Pr. Sicard. Penser solidairement la fin de vie. Rapport à François Hollande Président de la République Française. Commission de réflexion sur la fin de vie en France. 2012 déc.
17. Forero R, McDonnell G, Gallego B, McCarthy S, Mohsin M, Shanley C, et al. A Literature Review on Care at the End-of-Life in the Emergency Department. *Emerg Med Int* [Internet]. 2012 [cité 25 mai 2019];2012. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3303563/>
18. 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*. 15 févr 2013;12:7.
19. Le Conte P, Amelineau M, Trewick D, Batard É. Décès survenus dans un service d'accueil et d'urgence: Analyse rétrospective sur une période de 3 mois. *Presse Médicale*. 1 avr 2005;34(8):566- 8.
20. Le Conte P, Riochet D, Batard E, Volteau C, Giraudeau B, Arnaudet I, et al. Death in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. *Intensive Care Med*. mai 2010;36(5):765- 72.
21. Conte PL, Riochet D, Arnaudet I, Volteau C, Legeard E, Auneau J-C, et al. Épidémiologie des décès avec analyse des décisions de limitation du niveau de soins dans les services d'urgence. */data/revues/09939857/0020001S/136_2/* [Internet]. 8 mars 2008 [cité 31 juill 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/110803>
22. Le Conte P, Batard E, Pinaud V, Evain Y, Potel G. Décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives dans les services d'urgence. *Réanimation*. 1 déc 2008;17(8):802- 6.
23. Tardy B, Viallon A. Fin de vie aux urgences. *Réanimation*. 1 déc 2005;14(8):680- 5.
24. Peretti-Watel P, Bendiane MK, Pegliasco H, Lapiana JM, Favre R, Galinier A, et al. Doctors' opinions on euthanasia, end of life care, and doctor-patient communication: telephone survey in France. *BMJ*. 13 sept 2003;327(7415):595- 6.
25. Rosenwax L, Spilsbury K, Arendts G, McNamara B, Semmens J. Community-based palliative care is associated with reduced emergency department use by people with dementia in their last year of life: A retrospective cohort study. *Palliat Med*. sept 2015;29(8):727- 36.

26. Ferrand E, Marty J, French LATASAMU Group. Prehospital withholding and withdrawal of life-sustaining treatments. The French LATASAMU survey. *Intensive Care Med.* oct 2006;32(10):1498- 505.
27. Pennec S, Monnier A, Pontone S, Aubry R. End-of-life medical decisions in France: a death certificate follow-up survey 5 years after the 2005 act of parliament on patients' rights and end of life. *BMC Palliat Care.* 3 déc 2012;11:25.
28. Pennec S, Riou F, Monnier A, Gaymu J, Cases C, Pontone S, et al. Fin de vie au domicile en France métropolitaine en 2010 : à partir d'une étude nationale en population générale. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique.* 1 déc 2013;12(6):286- 97.
29. Damghi N, Belayachi J, Aggoug B, Dendane T, Abidi K, Madani N, et al. Withholding and withdrawing life-sustaining therapy in a Moroccan Emergency Department: An observational study. *BMC Emerg Med.* 12 août 2011;11:12.
30. Almaawiy U, Pond GR, Sussman J, Brazil K, Seow H. Are family physician visits and continuity of care associated with acute care use at end-of-life? A population-based cohort study of homecare cancer patients. *Palliat Med.* févr 2014;28(2):176- 83.
31. Burge F, Lawson B, Johnston G. Family physician continuity of care and emergency department use in end-of-life cancer care. *Med Care.* août 2003;41(8):992- 1001.
32. Poterre M, Taounhaer S. Défaut de continuité de la prise en charge médicale en fin de vie au domicile. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique.* 1 juin 2017;16(3):112- 9.
33. Couilliot M-F, Vassy C, Leboul D. Le temps du mourir et le temps de l'hôpital : prise en charge des patients en fin de vie aux Urgences. *Sante Publique (Bucur).* 17 oct 2011;Vol. 23(4):269- 78.
34. Quill TE, Abernethy AP. Generalist plus specialist palliative care--creating a more sustainable model. *N Engl J Med.* 28 mars 2013;368(13):1173- 5.
35. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief-an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet Lond Engl.* 07 2018;391(10128):1391- 454.

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche LATA



Service des Urgences – Urgence Timone 2 – Protocoles Médicaux 2018

Fiche Recueil LATA

Identités Patients :

Nom Patient :

Nom Médecin :

Date :

Etiquette

Motifs initiation discussion LATA :

- Patient en situation d'échec thérapeutique malgré la stratégie bien conduite et une prise en charge optimale pour qui un arrêt thérapeutique à pour but de ne pas prolonger l'agonie
- Patient dont l'évolution attendue est défavorable en termes de survie et/ou qualité de vie pour qui une limitation ou un arrêt des thérapeutiques a pour but d'éviter une obstination déraisonnable.
- Patient dont l'évolution est actuellement favorable mais pour lequel une ré-ascension des traitements ou une réadmission en réanimation paraît déraisonnable en cas de survenue d'une nouvelle défaillance.
- Autre(s) motif :

Personnes ou éléments initiant la discussion

Patient apte à communiquer : OUI NON

Directives anticipées : OUI NON

Equipe médicale et soignante : OUI NON

Personne de confiance : OUI NON

Tiers (qualité + Nom) : OUI NON



Membres de soins présents lors de la procédure collégiale

- Médecin du service : Réanimateur :
 Interne du service Chirurgien IDE du patient Autres :
 AS en charge du patient :
 Cadre de l'unité :

Contexte Clinique :

Défaillance d'organe actuelle :

- Respiratoire
 Circulatoire
 Neurologique
 Rénale
 Hépatique
 Hématologique

Contexte : (résumé rapide de la situation clinique)

Arguments en faveur ou contre une limitation selon l'équipe médicale :

Patient refuse un traitement dont la non application peut entraîner le décès :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Existence d'une stratégie curative possible :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Les renseignements ou examens disponibles sont suffisants pour juger de l'inefficacité de la stratégie en cours :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Aucun renseignement ou examen supplémentaire n'est indispensable à la réflexion :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Autonomie antérieure limitée :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Pronostic réservé lié aux ATCD :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Affection sous-jacente incurable et fatale à court terme :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Irréversibilité de l'affection aiguë à court terme :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>



Service des Urgences – Urgence Timone 2 – Protocoles Médicaux 2018

Absence d'amélioration malgré un traitement optimal :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
La personne de confiance ou le tiers (nom/qualité) estime la poursuite de la réanimation déraisonnable :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Souffrance physique contrôlée :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Souffrance morale contrôlée	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Autonomie future limitée :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Qualité de vie relationnelle future limitée :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>
Complexité du contexte social/familial :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	NA <input type="checkbox"/>

Médecin extérieur consulté :

Nom, Qualité :

Patient examiné : OUI NON

Anamnèses antérieure et présente considérées comme suffisantes : OUI NON

Argumentation de la décision considérée comme cohérente et adaptée : OUI NON

Modalités de la décision prise considérées comme cohérentes et adaptées : OUI NON

Accord avec la décision : OUI NON Commentaires :

Décision LATA après concertation collégiale :

NIVEAU 1 : Engagement thérapeutique maximal

NIVEAU 2 : Limitation d'une ou plusieurs thérapeutiques

NIVEAU 3 :

a. Arrêt des traitements et démarche palliative AVEC sédation

a. Arrêt des traitements et démarche palliative SANS sédation

Tiers : Personne confiance / Famille / Proches / Autres N° famille :

sont informés et consultés (identités)

Identités :

adhère à la décision

Souhaite être prévenu 24h/24

ne sont pas en mesure d'être informés



Modalités d'application des LATA :

LIMITATIONS DES THERAPEUTIQUES :

- Pas de réanimation de l'ACR
- Pas de traitement de nouvelles défaillances ou escalade thérapeutique :

 - Pas d'amines
 - Pas d'IOT
 - Pas de VNI
 - Pas d'Oxygène
 - Pas d'EER
 - Pas de transfusion
 - Pas de chirurgie
 - Pas de PIC ni DVE
 - Pas de nouveau ATBT
 - Pas de ré-intervention chirurgicale
 - Pas de nouveau examen complémentaire
 - Pas de bilan biologique

Limitations des thérapeutiques en cours :

- FiO2 limitée à :
- Amines limitées à :

ARRET DES THERAPEUTIQUES

- Arrêt des amines
- Arrêt de l'EER
- Mise en FiO2 = 21%
- Arrêt de l'oxygénothérapie
- Arrêt de la ventilation mécanique
- Extubation
- Arrêt de la Nutrition
- Arrêt de l'hydratation
- Arrêt des ATBT
- Ablation de la DVE
- Arrêt de l'ECMO
- Arrêt de toutes thérapeutiques en cours

Pas de (ré) admission en Réanimation

Signature Médecin Senior :
Date

Signature Médecin Consultant :
Date



Protocole LATA Etude :

➤ **TRANSPORT / PROVENANCE du patient :**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Domicile | <input type="checkbox"/> Transport Médicalisé SAMU |
| <input type="checkbox"/> EPHAD et autres structures médicalisées | <input type="checkbox"/> Notion d'ACR récupéré en pré-hospitalier ? |
| <input type="checkbox"/> Structures Hospitalières extérieures AP-HM | <input type="checkbox"/> Adressé par son médecin traitant |
| <input type="checkbox"/> Services Médecine AP-HM | |
| <input type="checkbox"/> Services Chirurgie AP-HM | |
| <input type="checkbox"/> Autres | |

➤ **DIRECTIVES ANTICIPEES du patient**

OUI NON

Si NON :

Le patient connaît-il le principe ou la notion de directives anticipées : OUI NON

La famille connaît-elle le principe ou la notion de directives anticipées : OUI NON

Patient ayant de son vivant exprimé la volonté d'un non acharnement et de ne pas disposer de soins lourds de réanimation OUI NON

Si OUI :

Sur quels axes le patient a-t-il acté des limitations ?

➤ **ORIENTATION DU PATIENT :**

- Service Médecine
- UHCD
- Service soins palliatifs
- Réanimation
- Chirurgie
- Domicile
- Décès en BOX aux urgences



Protocole LATA Etude :

➤ **SCORE Quick SOFA :**

- Fréquence respiratoire ≥ 22 /min
- Troubles des fonctions supérieures (confusion ; altération Glasgow)
- Pression artérielle systolique < 100 mmHg

➤ **SCORE de comorbidités CHARLSON :**

- | | |
|---|--|
| ➤ Âge <input type="checkbox"/> | ➤ VIH <input type="checkbox"/> |
| ➤ Infarctus du myocarde <input type="checkbox"/> | ➤ Diabète <input type="checkbox"/> |
| ➤ AOMI <input type="checkbox"/> | ➤ Hémiplégie <input type="checkbox"/> |
| ➤ Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> | ➤ Insuffisance rénale modérée ou sévère <input type="checkbox"/> |
| ➤ Démence <input type="checkbox"/> | ➤ Diabète compliqué <input type="checkbox"/> |
| ➤ Maladie pulmonaire chronique <input type="checkbox"/> | ➤ Tumeur solide <input type="checkbox"/> |
| ➤ Connectivite <input type="checkbox"/> | ➤ Leucémie <input type="checkbox"/> |
| ➤ Ulcère gastro-duodéal <input type="checkbox"/> | |
| ➤ Lymphome <input type="checkbox"/> | |
| ➤ Cirrhose hépatique <input type="checkbox"/> | |
| ➤ Tumeur solide métastatique <input type="checkbox"/> | |

➤ **SCORE de dépendance GIR :**

Le patient à un score GIR : OUI NON

SCORE du patient 1 2 3 4 5 6

Annexe 2 : Scores

- **Score GIR** : calculé à l'aide de la grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie Groupes Iso-Ressources) qui comporte deux types de variables : dix variables discriminantes et sept variables illustratives.

Variables discriminantes :

- 1 - cohérence
- 2 - orientation
- 3 - toilette
- 4 - habillage
- 5 - alimentation
- 6 - élimination urinaire et anale
- 7 - transferts : se lever, se coucher, s'asseoir
- 8 - déplacements à l'intérieur de la maison
- 9 - déplacements à l'extérieur
- 10 - communication à distance

Variables illustratives :

- 1 - gestion
- 2 - cuisine
- 3 - ménage
- 4 - transports
- 5 - achats
- 6 - suivi de traitement
- 7 - activités de temps libre

Gir	Degrés de dépendance
Gir1	Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées, nécessitant la présence constante d'intervenants
Gir2	Personnes confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées, nécessitant une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante Personnes dont les fonctions mentales sont altérées, mais pouvant se déplacer seul. Certains gestes, tels que l'habillage ou la toilette, ne peuvent être accomplis en raison de la déficience mentale.
Gir3	Personnes ayant partiellement conservé leurs capacités motrices, mais ayant besoin d'être assistées pour se nourrir, se coucher, se laver ...
Gir4	Personnes ayant besoin d'aide pour se lever, se coucher, mais pouvant se déplacer à l'intérieur de son logement : une assistance est parfois nécessaire pour la toilette et l'habillage. Personnes n'ayant pas de problèmes de déplacement, mais qui doivent être assistées pour les soins corporels ainsi que les repas
Gir5	Personnes relativement autonome dans leurs activités, se déplaçant seule, mais ayant besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et l'entretien du logement.
Gir6	Personne encore autonome dans tous les actes de la vie courante

(Qu'est-ce que la grille Aggir ? [Internet]. Disponible sur: <https://www.servicepublic.fr/particuliers/vosdroits/F1229>)


- **Score qSOFA** : Un score ≥ 2 permet d'identifier un patient ayant un risque de mortalité par sepsis $\geq 10\%$. Il comporte trois paramètres :

- 1) FR ≥ 22 / min
- 2) TAs ≤ 100 mmHg
- 3) Troubles des fonctions supérieures (confusion, désorientation, glasgow < 15)

(QuickSOFA (qSOFA) [Internet]. SRLF. Disponible sur: <https://www.srlf.org/quicksofa-qsofa/>)

- **Score Meds** : Score de mortalité pour les patients admis en urgence avec un SIRS

Variables for MEDS score	Points
Rapidly terminal comorbid illness	6
Age >65 years	3
Tachypnea or hypoxemia	3
Septic shock	3
Platelet count $< 150,000/\text{mm}^3$	3
Neutrophil bands $> 5\%$	3
Lower respiratory infection	2
Altered mental status	2
Nursing home resident	2



MEDS score range	28-day mortality rate
0-4	1.1%
5-7	4.4%
8-12	9.3%
13-15	16.1%
>15	39%

MEDS: Mortality in Emergency Department Sepsis

(Sankoff JD et al. Validation of the Mortality in Emergency Department Sepsis (MEDS) score in patients with the systemic inflammatory response syndrome (SIRS). Crit Care Med 2008; 36: 421.)

- **Score Charlson** : score de comorbidités prédictif de survie

INDEX DE COMORBIDITE CHARLSON

Items	Pondération	Score
Infarctus du myocarde	1 point	
Insuffisance cardiaque congestive	1 point	
Maladies vasculaires périphériques	1 point	
Maladies cérébro-vasculaires (sauf hémiplegie)	1 point	
Démence	1 point	
Maladies pulmonaires chroniques	1 point	
Maladies du tissu conjonctif	1 point	
Ulcères oeso-gastro-duodénaux	1 point	
Diabète sans complication	1 point	
Maladies hépatiques légères	1 point	
Hémiplegie	2 points	
Maladies rénales modérées ou sévères	2 points	
Diabète avec atteinte d'organe cible	2 points	
Cancer	2 points	
Leucémie	2 points	
Lymphome	2 points	
Myélome Multiple	2 points	
Maladie hépatique modérée ou sévère	3 points	
Tumeur métastasée	6 points	
SIDA	6 points	

Total	Probabilité de survie à 10 ans
0	99%
1	96%
2	90%
3	77%
4	53%
5	21%
6	2%
>6	0%

(Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40(5):373 - 83.)

ABREVIATIONS

AAS : Arrêt Avec Sédation

ASS : Arrêt Sans Sédation

CNSPFV : Centre National Fin de Vie Soins Palliatifs

DA : Directives Anticipées

FiO₂ : Fraction Inspirée d'Oxygène

IGAS : Inspection générale des Affaires Sociales

LATA : Limitations et Arrêt des Thérapeutiques Actives

LT : Limitation Thérapeutique

Meds : Mortality in emergency department sepsis

MmHg : Millimètre de mercure

PaO₂ : Pression artérielle en Oxygène

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SIRS : Syndrome de Réponse Inflammatoire Systémique

SpO₂ : Saturation artérielle en Oxygène

SRLF : Société de Réanimation de Langue Française

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

INTRODUCTION

En France, 59 % des décès surviennent à l'hôpital ou en clinique privée. Les services d'urgence accueillent très souvent des patients en fin de vie, et leur prise en charge peut nécessiter la mise en place de limitations ou d'arrêts des thérapeutiques actives (LATA), encadrées par la loi Leonetti-Claeys révisée en 2016. L'objectif de notre étude était de déterminer les caractéristiques épidémiologiques des patients pour lesquels une indication de LATA est posée dans le service des urgences.

MATERIELS ET METHODES

Notre étude observationnelle a été réalisée de manière prospective sur la période de décembre 2018 à février 2019, au sein du service des urgences de l'hôpital de la Timone à Marseille. Les patients de plus de 18 ans pour lesquels une indication de LATA était posée étaient inclus dans l'étude. Les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patients étaient renseignées par les médecins en charge des dossiers par le biais de formulaires dédiés.

RESULTATS

79 patients ont été inclus dans l'étude, 1 dossier incomplet a été exclu. Les patients étaient âgés (84 ± 11 ans), et provenaient à 48 % de leur domicile. Ils présentaient à minima une double défaillance d'organes, respiratoire au premier plan. 65 % des LATA étaient des limitations thérapeutiques, 27 % des arrêts avec sédation et 8 % des arrêts sans sédation. La décision était prise de manière collégiale, impliquant l'équipe soignante dans 87 % des cas et la personne de confiance dans 40 % des cas. Seul un patient possédait des directives anticipées.

CONCLUSION

Les situations de fin de vie sont fréquentes en médecine d'urgence, et concernent principalement des personnes âgées comorbides. Il semble nécessaire de renforcer la formation des soignants aux urgences concernant les soins d'accompagnement, de faire connaître et de rendre accessibles les directives anticipées afin de lutter contre l'obstination déraisonnable.

MOTS-CLES : limitation thérapeutique - arrêt des thérapeutiques - urgences - obstination déraisonnable - loi Léonetti-Claeys.