

Fréquence des limitations et arrêts des thérapeutiques en régulation médicale

Léa Gaboriau, Aurélie Guyotat

▶ **To cite this version:**

Léa Gaboriau, Aurélie Guyotat. Fréquence des limitations et arrêts des thérapeutiques en régulation médicale. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03369823

HAL Id: dumas-03369823

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03369823

Submitted on 7 Oct 2021

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

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

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de l'archive ouverte DUMAS (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2020

FREQUENCE DES LIMITATIONS ET ARRETS DES THERAPEUTIQUES EN REGULATION MEDICALE

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLÔME D'ÉTAT

Par
Léa GABORIAU *[Données à caractère personnel]*
Et
Aurélie GUYOTAT *[Données à caractère personnel]*

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le : 22/10/2020

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Professeur Guillaume DEBATY

Membres :

M. le Professeur Maxime MAIGNAN (Directeur de thèse)

M. le Docteur François PAYSANT

Mme le Docteur Cécile BARBARET

M. le Docteur Mathieu CARDINE

Mme le Docteur Léa MAIROT

UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2020

FREQUENCE DES LIMITATIONS ET ARRETS DES THERAPEUTIQUES EN REGULATION MEDICALE

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLÔME D'ÉTAT

Par
Léa GABORIAU *[Données à caractère personnel]*
Et
Aurélie GUYOTAT *[Données à caractère personnel]*

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le : 22/10/2020

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Professeur Guillaume DEBATY

Membres :

M. le Professeur Maxime MAIGNAN (Directeur de thèse)

M. le Docteur François PAYSANT

Mme le Docteur Cécile BARBARET

M. le Docteur Mathieu CARDINE

Mme le Docteur Léa MAIROT

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

Doyen de la Faculté : **Pr. Patrice MORAND**

Année 2020-2021

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APTEL Florent	Ophtalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophtalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
PR Ass. Méd. : Professeur des Universités Associé de Médecine
PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A notre jury,

Monsieur le Professeur Guillaume DEBATY,

Pour nous faire l'honneur de présider cette thèse. En tant que chef de service du SAMU de Grenoble, votre expertise est primordiale. Nous vous remercions profondément de l'intérêt que vous y avez porté.

A Monsieur le Docteur François PAYSANT,

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail. Veuillez croire à l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A Madame le Docteur Cécile BARBARET,

Pour avoir accepté de siéger dans ce jury. Vos compétences et votre expérience dans le domaine des soins palliatifs sont précieuses pour juger ce travail. Nous vous exprimons notre sincère gratitude et de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur Mathieu CARDINE,

Tes réflexions sur la médecine d'urgence naissent toujours de la volonté d'améliorer le confort et la dignité des patients que nous prenons en charge. Merci pour ton engagement considérable pour l'hôpital public auquel nous sommes tant attachées. Nous sommes très heureuses de te compter dans ce jury.

A Madame le Docteur Léa MAIROT,

Pour nous faire l'immense plaisir de siéger dans ce jury. Tes qualités scientifiques et humaines font de toi une personne importante à nos yeux pour juger ce travail.

A Monsieur le Professeur Maxime Maignan,

Pour nous avoir fait le plaisir et l'honneur de diriger cette thèse. Merci de ton aide précieuse et de ta bienveillance durant ce travail. Merci pour ton investissement et la pédagogie toujours innovante dont tu fais preuve depuis le 1er jour de notre internat. Ton optimisme inébranlable et ta passion pour la médecine d'urgence nous donne envie de rejoindre ton équipe.

A notre promo DESMU,

A Michouille, Moumouille, Léchouille, Dame Ginette, Poussin, Père Foureur, Papa Ours, Chichon, Godefroy, Ecureuil et Dorothée. Définitivement la meilleure promo rêvée. Pour avoir rendu nos formations toujours plus fun, et le travail toujours plus cool mais surtout, pour toutes ces soirées bien arrosées, pour ces randos à pied, à ski, ou pendus au bout d'une corde. Merci pour ces belles années, et maintenant tout commence, allons enflammer le sol du PU comme des vrais **D**r **J**unior !

A tous les médecins du SAU de Grenoble,

Pour nous avoir enseigné la médecine d'urgence, chacun à sa manière, toujours avec bienveillance. Merci en particulier au Dr Damien Viglino, toujours plein d'idées, toujours impliqué, même outre atlantique, depuis le début de notre internat !

Aurélie dédie cette thèse,

A ma famille,

Papa, Maman, Merci de votre amour qui me porte au quotidien et résout tous les problèmes. Merci de m'avoir transmis vos passions, celle du voyage, de la montagne et du ski, celle du chocolat ! Et bien sûr celle de la médecine. Vos convictions et votre amour de la médecine restent intacts et me rendent si fière de vous et d'être votre fille. Vous êtes extraordinaires. Je vous aime tant !

A Nico, taquin dans tes paroles, mais un soutien sans faille depuis toujours. Tu ne les vantes jamais mais je connais tes qualités d'ami, de médecin, et de grand frère. Tu les prouves souvent, et toujours au bon moment. Tu sais m'encourager juste ce qu'il faut, j'en ai accompli des choses grâce à toi ! A commencer par le vélo et le ski… l'escalade ? Ah non ça t'as raté ! Jte jure, tu es mon grand frère préféré !

A mes grands-parents, Papi, je suis le cœur de ton cœur, Mamie, ton amour inépuisable, Mame, ta Lalie !! Pour votre amour et votre soutien de chaque instant. J'ai tellement de chance d'avoir pu grandir à vos côtés ! Je vous aime de tout mon cœur

A Pame, pour toute ton affection, pour nous avoir montré qu'il n'y a pas d'âge pour réaliser ses rêves et que la passion de la médecine c'est jusqu'au bout ! D'où tu es, j'espère te rendre fier.

A mes cousines et cousins, en particulier Juju, Poupoute et Titounet, sans qui mes mercredis et Kerdruc n'auraient jamais eu la même saveur, vous êtes les sœurs dont je rêvais ! David pour m'avoir maintes fois emmené dans ton imaginaire et pour nos fugues sur le remblai des Sables ! Alexandre, Marian, Katia, je vous attends à Grenoble !

A Emmanuelle, Benoît, Denis, Lydia pour m'avoir toujours encouragée et pour tous ces souvenirs des moments passés ensemble qui me font chaud au cœur. A Jean Paul, quoi de mieux qu'un croissant au café Trieste à San Francisco pour attendre mes résultats de concours ?!

A mes pairs et amis,

A tous les médecins, et aux équipes soignantes des différents services où j'ai travaillé. Vous avez rempli mon internat de souvenirs tous meilleurs les uns que les autres.

A mes co-internes de pédiatrie, des urgences, de cardio, de neuro, pour toutes ces heures passées ensemble, en particulier mes co-internes de l'UPU pour cette quasi coloc' au 3emeB !

A Perrine Dumanoir, pour qui rigueur sans douceur n'est pas, je n'oublierai pas ton flair médical et tacherai de m'en inspirer ! A Raphaëlle Papillon pour ta bonne humeur et ta gentillesse en toutes circonstances, même avec les vieux les plus grincheux, et pour ces contre-visites pas que médicales ! A Claire Wintenberger, pour avoir réussi à me transmettre un millième de ton savoir. A Léa Mairot, je te remercie encore d'avoir accepté d'être dans ce jury, même si je t'ai prise au dépourvu ! Avec toi, c'est fou rire et efficacité, les ingrédients d'un superbe semestre passé avec toi !

A la réa de Belledonne, pour m'avoir si bien accueillie, vous êtes tous géniaux, quelle chance j'ai eu de pouvoir gratter un mois de plus ! Manue, encore plus belle à l'intérieur, et c'est pas peu dire! Steph, ce regard qui ne sait pas faire semblant ! Isa, notre calimero ! Mathilde, à notre sortie VTT… Lulu, j'attends le Chourum olympique avec impatience ! Aliette, merci pour tes gâteaux à tomber par terre ! Caro, madame Soleil, merci de prouver qu'il n'y a pas besoin d'être triste pour être sérieux. Kevin, Maud, Jean Marie, Anouk les journées (et les soirées !) sont plus folles avec vous. Diane, on a raté le créneau croix de Belledonne ! Cécile, pour tes conseils avisés en trail, A Jeff, pour ta passion de la réanimation ! Dobi, merci d'avoir supporté et même répondu à toutes mes questions ; et à ton expertise sur la plus grave maladie du monde ! A Vincent, quel bonheur de bosser avec toi, merci de m'avoir permis d'organiser la meilleure soirée de fin de stage de tous les temps ! Seb, merci de m'avoir fait découvrir et aimer la réa ! Merci d'être cette force tranquille sur qui on peut toujours compter. Et enfin, merci de m'avoir toujours laissé du gâteau !

A mes amis et même plus,

A celles qui ont rendu mon externat si génial : Marion, jamais de demi-mesure, avec toi tout est tout le temps ouf ! Un sourire ravageur qui ne te quitte jamais, c'est si agréable de passer du temps avec toi ! Mon Yon, cette tornade de bonne humeur et d'optimisme qui en rend jaloux plus d'un ! Tu m'as reboostée plus d'une fois ! Jeanne, quelle chance j'ai eu de tomber par hasard sur toi ! Tu as rempli mes 2 années de P1 de fous rires, j'espère bien que ça ne s'arrêtera pas là ! Mathilde, merci d'avoir fait durer 1 an de plus pour qu'on ait pu se rencontrer ! Merci pour ces « traquenards du soir Bonsoir » à n'en plus finir ! A Mayeul, adorable créature ! Auriane et Sisi, à tous ces bons restos qu'on s'est fait pendant toutes ces années !

Au Pa² et ZaPa² ! Pour votre soutien de tout instant, pour tous ces moments magiques sur des skis, sur un bateau, dans un hammam, dans un aéroport, à ces voyages qu'on a faits ou pas … A ceux qu'on fera ! Pour ces week-ends endiablés dans un chalet plus ou moins paumé mais toujours réchauffé, à hurler, chanter ou danser ! A Bacchus ! Massue & Zem', pour nos soirées Tête d'Or Brasserie Georges, vous m'avez bichonnée ! Impul's, ce regard du mec qui va faire une connerie, j'adore ! Najoua, mon petit fennec et tes « tu préfères », jamais autant ri dans un aéroport ! Virgile & Chloë, notre binôme ski, les toujours plus ! A notre expérience marocaine, vous reprendrez bien un peu de salade à la merde de chameau ? Arpatch avec ton carn's et ta guitare, pour des soirées à la côte de Clun'ss !! Nolé & Marie, Zamer's pour vos challenges du confinement et les week-ends marseillais, Là Ouiii ! Back's & Zajul's, ça suffit le délire bordelais la raclette c'est mieux que les cannelés, revenez !! Et bien sûr à Raoulito, the first one, qui préfère déjà quilloner que se padoquer! Vous êtes exceptionnels ! Et maintenant, faut faire quoi pour boire un verre déjà ???

A la Gittaz, et à ses proprios ! Pour ces week-ends de rêve dont on ne se lasse jamais : Merci !!

A St Rambitch, au CUL, peu importe comme on s'appelle, merci pour votre soutien depuis toutes ces années, merci pour toutes ces soirées et ces vacances qui ont rythmés mon externat, mon internat et j'espère bien que ça ne va pas s'arrêter là : vous êtes le cœur fondant.

A tous les copains de l'internat avec qui la vie est plus belle ! En particulier à Antoine, Léa, Yohan, Marion, Guillaume et notre voyage à Senja (prononcez Sen-ya !)

A Steph', pour avoir fini de me convaincre de cliquer sur Médecine d'Urgence Grenoble !

A Pascal, Joss, Faurette, Domi, Robin et Théo parce que vous êtes géniaux et parce que vous prenez soin d'une perle rare ! Domi, je suis si heureuse d'être le témoin de votre amour !

Au Phapha, vous êtes toutes extraordinaires à votre manière, vous avez toujours été là pour m'encourager, merci !!!

Aux Black Lilys dont la musique me transporte depuis toutes ces années.

Au Doshilack pour m'avoir fait découvrir les meilleurs bibimpap de Lyon et même de Corée !

Aux familles Lepetit, Couture et Marchandise, merci pour toutes ces aventures passées et futures, avec vous c'est trop la rigolade !!

A Isabelle, notre fée, merci d'avoir été comme « une 2eme maman ». Tu es pour moi un exemple de courage, de générosité et de bienveillance.

A Carmine, un parrain qui me donne un magnifique exemple de passion et de dévouement pour ses patients. A Catherine, la seule anesth qui a réussi à si bien s'incruster dans le monde des chirurgiens ! Vous retrouver me fait chaud au cœur. Raphi et Laura, à nos courses folles en fauteuil dans les couloirs de la neurochir pédiatrique !

A Gail, ma marraine, qui m'accueille toujours à bras ouvert. Je t'admire pour ta curiosité et l'interêt que tu portes à chaque personne, chaque histoire. Tu as ce don de toujours trouver le meilleur qui est en chacun de nous et de le mettre en lumière. Natalie et Brendan, j'ai bien l'impression que vous avez hérité de ce don ! Rick, ton regard communicatif en dit long sur ta gentillesse, ta générosité et ton humour ! Je n'oublierai jamais que le lapin de Pâques c'est toi !

A Léa, après une soirée bien arrosée et un décrassage matinal dans la neige, cette histoire avait bien commencé ! Du ski, du génèp' des Gaboréliades, un poil de boulot, cette histoire a vraiment bien continué ! Ta bonne humeur en toute circonstance m'épate ! Faire cette thèse avec toi était un immense plaisir et me donne un bel avant-goût de ce qui nous attend à ton retour !
A ton fidèle acolyte Antoine, tes mimiques me font déjà rire avant même que tu parles. Les débats avec toi sont tous inoubliables ! J'ai soif d'aventures et de mésaventures en votre compagnie !

A Camille, on a frôlé la mort pour une histoire de raisin et depuis on ne s'est plus quitté. Merci de me faire rire à presque en mourir. Je t'admire pour ta force et ton courage en toute circonstance. Merci d'avoir toujours été là et d'être ce puits d'énergie dans lequel on peut se resourcer à l'infini. Je suis si fière d'être ton amie. Pensées pour Anne sans qui tu ne serais pas toi !

A Damien, merci d'avoir toujours été là pour me redonner confiance depuis tant d'année maintenant. Tu remplis ma vie de voyage, de ski, de montagne, de questions bizarres, de crêpes, de VTT, bref d'amour et d'eau de vie ! Je ne me lasse pas de toutes ces aventures à tes côtés, continuons !!

Léa dédie cette thèse

A ma famille,

Maman, merci pour ta présence et ton soutien de tous les instants. Tu es la bonne étoile de notre famille sur qui nous pouvons toujours compter. Tes pensées quotidiennes, tes petits plats savoureux, ton énergie pour nous rassembler sont pour nous tous, très précieux. J'espère te rendre fière ce soir.

A mon papou, mon héros. Ton ingéniosité, ta curiosité et tes réponses à tout m'impressionneront toujours. Je te dois mon gout pour la montagne, pour le Voyage…peut être aussi mes étourderies (je suis sûre qu'elles font notre charme!). Merci pour ton soutien indéfectible durant ces études…

A ma grande soeur chérie. Ta sagesse et ta douceur ont toujours étés pour moi très inspirantes, je suis très fière de te savoir ici ce soir.

A mon Cléclé, merci de m'avoir montré le chemin vers Quechualand! De nombreux points communs et passions nous unissent, je suis certaine que nous trouverons bientôt d'avantage de temps pour les partager ensemble.

A Adrien, avec qui c'est toujours un plaisir de se retrouver pour papoter, rire et tricher à la coinche. Merci pour cette bonne humeur et ces moments partagés.

A Daphné, un grand merci pour ton aide apportée à notre travail. Mais aussi pour ta présence apaisante dans notre famille, dans laquelle je suis très heureuse de te compter.

A vous mes neveux, et chacun de vos petits caractères que j'aime tant voir s'affirmer année après année.

A m*es grands parents*, à la tête d'une si belle et grande famille. Merci Mamie, pour ta force de vivre et ta générosité débordante. Merci Papi, d'avoir tant à coeur de Transmettre. Tes connaissances infinies sur la nature qui nous entoure, vos valeurs d'entraide et votre simplicité. Votre amour est un vrai trésor.

A mes pairs,

A l'équipe des Urgences de Grenoble : merci à chacun d'entre vous. C'est votre dynamisme, votre pédagogie et votre bonne humeur que je retiens de mon premier semestre dans le grand bain des Urgences. C'est avec envie et motivation que je rejoins bientôt votre équipe.
Merci Louise, pour ton énergie incroyable, ton empathie et tes buffets de garde réconfortants. Merci Batistin et Mathieu pour votre bonne humeur et votre pédagogie durant notre semaine chamoniarde. Merci Clément C., pour ton investissement dans notre formation. Merci Clément T., parain lors de mon premier semestre, tes réflexions et prises de hauteur sur la médecine sont pour moi toujours très inspirantes. Merci Marc, de nous ouvrir les portes du monde du secours en montagne. Merci Quentin, David, Annaelle, Vivien, Emilie, Stéphanie, Solène, Clémence, Pierre Jean, Elodie…

A l'équipe de l'UMAGE dont je garde un excellent souvenir : Patrick et Paula, quel plaisir d'avoir partagé ces 6 mois avec vous. Thibault, merci pour le temps que tu nous as consacré, je te dois beaucoup dans ma formation. J'espère un jour en savoir plus sur la crise de démence…
Eléna, merci pour ta pédagogie, tes connaissances multiples que tu prends plaisir à partager et ta douceur. J'ai beaucoup appris à tes côtés.

A l'équipe de Belledonne… Vous êtes parfaits. Merci pour votre accueil, nos partages de connaissance, et vos personnalités attachantes : Caro, Manue, Aliette, Steph, Diane, Lucas, Gaëtan, Claire, Kevin… Merci Jeff pour ta pédagogie innovante (*RIP à cette pauvre dinde*) et ta bienveillance. Merci Vincent, Dobi, j'ai beaucoup appris à vos cotés. Merci à l'équipe de l'USIC pour votre accueil.

A l'équipe du SAMU de Grenoble, où j'ai eu la chance de rencontrer de belles personnalités. J'ai pu apprendre beaucoup aux côtés de chacun, en SMUR ou en régul'. C'est dans quelques mois et avec plaisir que je vous retrouverai.

A l'équipe de l'USIC d'Annecy : pour ce stage si court mais passionnant. Merci pour votre bienveillance, accepter une urgentiste dans vos rangs n'a pourtant pas du être simple…;) JB, Manon, Hélo, j'espère que nos chemins se recroiseront, vous êtes super. Marceline, Saba c'était également un plaisir de travailler à vos côtés.

A ma famille de coeur, les Chialeuses,

Un grand merci aux études de médecine de vous avoir mis sur mon chemin.

A mes deux acolytes : Alice, à nos voyages, nos soirées endiablées, nos galères, nos fou-rires, à cette vie à 100 à l'heure que nous avons eu la chance de mener et qui a forgé notre amitié. A votre amour avec Clément, que nous avons célébré avec énormément d'émotion.
Constance, à nos années coloc irremplaçables, ta sensibilité et ton amour débordant m'ont fait grandir. Tu occupe une place unique à mes yeux.

A Ines, mon petit lama, à nos souvenirs mémorables entre autre chez mamatsu. Fara, parce que tu sais si bien lacer tes chaussures *(une belle pensée à toi pour demain).* Clarisse, pour tes talents d'artiste photo encore méconnus du grand public. Anna, pour ces souvenirs nicaraguyens indicibles…et à ton amoureux aux côtés duquel tu t'épanouis tant. Charlotte, même si tu fume des cigarettes tous les jours. Cyril et Caro, parceque j'aime tout chez vous enfait. Othman, la gazelle du GR10, parceque t'es pas un blanc qui s'fait chier et que ton trois quart retourné me fait craquer. Cédric, pour nos souvenirs d'ado attardés et aux 6mois mémorables qui nous attendent. Momo, même si tu m'as démasqué un jour sur mon fauteuil en cuir. Aux beaux Constance et Quentin, on sait tous très bien que c'est à votre mariage qu'on se retrouve l'année prochaine. A Mathieu, Martin, Pierre, Oli, Céline.

A mes régaleurs grenoblois,

Jordy et Charlotte : même si j'écris ces mots à J+2 de votre thèse en ayant encore mal au crâne…J'ai la larme à l'oeil de vous voir partir si loin de nous, mais l'avenir nous réserve encore d'amazing week ends dans les calanques l'été et dans les alpes l'hiver…Et ça c'est vréééééé mazette!
Valou, parceque ton ambition dans la vie c'est trava..NONONOW, mais parceque fréquenter un orthopédiste à l'esprit naturopathe c'est quand même vachement cool. Ma belle Diane, soit la bienvenue dans la team :)
Marie et Théo, mes canards, merci pour votre énergie si positive. A ces voyages-débats ou bivouacs-débats passés et à venir…
Gauthier, pour ton sens du partage culinaire, à tes sublimes Welsh et cocktails trop chargés qui nous régalent à chaque fois

Olivier, pour ce semestre décalé au PPM, bercé de courts métrages, d'encens et de jardinage…
A toutes ces belles rencontres grenobloises : Sophie, à nos rendez vous ratés, mais surtout ceux à venir…je ne doute pas qu'on se retrouve bientôt une petite routine grenobloise ;) A Beubeu, Cam et Marjo, Oliv, Annaelle, Laura, Marianne, Sylvain, Thibault..

A mes colocs,

Marion et Guillaume, avec qui la vie est si simple et agréable, je ne pense pas me tromper en disant que vous êtes nos partenaires forever. Manquerait plus qu'on se mette au VTT et on ne va plus se lâcher.
Madame et Monsieur Jacquemin….Je m'arrêterais bien la si je n'avais pas envie de vous dire que vous êtes notre plus belle rencontre 2020 ;)
Yohan et Laïa, ok vous n'êtes pas mes colocs (j'extrapole un peu depuis que je sais que vous n'allez peut être pas vous réfugier dans les Pyrénées…), mais quel plaisir de passer du temps avec vous.
Mich et Fio, (voisins, colocs…chipotez pas) pour votre énergie débordante et votre générosité.

A mes amis d'enfance,

Caro, Alice, Milou que je retrouve trop peu souvent mais avec qui la complicité reste intacte
A toi Anna, et à cette si belle nouvelle….

A ma co-thésarde,

Aurélie, ma co-interne, co-thésarde, future collègue, mais surtout amie… Je crois que la connexion s'est sentie dès le premier jour! A ces 3 années que nous n'avons pas vu passer, et à cette incroyable collection de souvenirs que nous avons déjà en commun… Ton empathie, ton optimisme, ta tolérance illimité pour mes gaboriades, tes talents de skieuse, me rendent si fière d'être ton amie ! Alors MERCI d'être la ma belle, et d'avoir accepté de partager ce projet avec moi.

A Damien, indissociable de cette dernière… A cet homme aux airs de néphrologues, dont la gentillesse n'a d'égal que son ingéniosité. Merci de nous avoir enseigné comment faire 2+2 dans Excel sans trop te moquer, merci de raconter à Antoine l'Hisoire du tétra-lyre quand je perds mes ski, merci de toujours afficher ce sourire si communicatif.

A Antoine,

Je ne savais pas en traversant la France à la veille de mon internat, que le voisin-d'en-face qui m'attendait me rendrait si heureuse. Voyager dans ta modus (!), s'émerveiller et partager des émotions fortes en montagne ou au bout du monde, rire et débattre hargneusement de tout et rien sont des expériences qui me comble et nous rapproche chaque jour.
Tu me fais grandir, me donne confiance en moi, il y aura beaucoup de toi dans le docteur que je deviendrai.
Je suis extrêmement fière de vivre aux côtés du cardiogold *(...)* passionné et empathique que tu deviens. Je t'aime.

A chacun de tes amis que je considère aujourd'hui comme les miens. Mention spéciale à Céline, ma simple collègue, et Thomas avec qui libérer les eaux en Corse n'a jamais été aussi chouette.

A tes parents, Elise, Yohann, Baptiste et Victoire qui font désormais parti de ma famille

FREQUENCE DES LIMITATIONS ET ARRETS DES THERAPEUTIQUES EN REGULATION MEDICALE

RÉSUMÉ

Introduction : Dans les services d'urgence, l'incidence des Limitations ou Arrêts des Thérapeutiques (LAT) varie de 0,65 à 0,93%. En centre d'appel d'urgence, les lois et recommandations sur les LAT s'appliquent également. Nous avons cherché à connaître la fréquence des décisions de LAT prises par le médecin régulateur et à en décrire les caractéristiques.
Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude prospective, monocentrique, observationnelle dans le Centre 15 de l'Isère. La période d'inclusion s'étendait de juin à août 2020. Etaient inclus tous les appels relevant de l'aide médicale urgente exceptés les appels émis par un autre médecin. L'investigateur était positionné en double écoute et n'intervenait pas pendant la régulation de l'appel. Ont été recueillis les caractéristiques du patient, du médecin régulateur et de l'appel, ainsi que la nature de la décision médicale et le devenir du patient. En cas de LAT, le médecin déterminait après l'appel les critères qui l'avaient conduit à cette décision.
Résultats : 143 appels ont été inclus. La fréquence des décisions de LAT prises par le médecin régulateur était de 8,4%. Le motif d'appel le plus fréquent était la détresse respiratoire. La majorité des LAT concernaient des patients n'ayant aucune autonomie. Le nombre de directives anticipées disponibles pour aider le médecin régulateur dans sa décision était faible. Près de 70% des patients pour lesquels une décision de LAT a été réalisée sont restés à domicile.
Conclusion : Les décisions de LAT prises par le médecin régulateur en Centre 15 sont fréquentes et font partie intégrante du travail du médecin urgentiste. La formation des médecins urgentistes et les réflexions sur la prise en charge des patients en fin de vie doivent être encouragées.

MOTS CLÉS : Limitations et arrêts des thérapeutiques, régulation médicale, pré hospitalier

FILIÈRE : Médecine d'urgence

WITHHOLDING AND WITHDRAWING LIFE SUSTAINING TREATMENT DECISIONS IN AN EMERGENCY CALL CENTER

ABSTRACT

Background: In emergency departments, incidence of decision to withhold or withdraw life-sustaining can vary from 0.65 to 0.93%. In emergency call centers, laws and guidelines about end-of-life decisions apply as well. We have attempted to know the frequency of decisions to limit life-supporting therapies taken by the dispatch physician and to describe the characteristics of these decisions.

Methods: We carried out a prospective, monocentric and observational study in the Emergency Call Center (Centre 15) of the Isère region in France. The period of inclusion spanned from June to August 2020. The investigator was positioned in double listening position and did not intervene during the regulation of the call. The characteristics of the patient, the dispatch physician and the call were collected, as well as the nature of the medical decision and the patient's outcome. In the case of LAT, the physician determined after the call the criteria that led him to this decision.

Results: 143 calls were included. The frequency of decision to withhold or withdraw life sustaining was 8.4%. The most frequent complain was respiratory distress. Most of the LAT decisions concerned patients with no autonomy. The number of anticipated directives available to help the dispatch physician to take his decision were few. Close to 70 % of patients with LAT decision remained at home.

Conclusion: Decisions to withhold or withdraw life-sustaining treatments taken by the dispatch physician in Emergency Call Centers are frequent and are an integral part of the emergency physicians' work. Training and reflection on the handling of patients who are at the end of their life must be encouraged.

KEY WORDS: withholding withdrawing life-sustaining treatments, medical regulation, pre hospital setting

SECTOR: Emergency medicine

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS 7

RÉSUMÉ 19

ABSTRACT 20

LISTE DES ABREVIATIONS 22

INTRODUCTION 23

MATERIEL ET METHODES 24

RÉSULTATS 27

DISCUSSION 31

CONCLUSION 34

BIBLIOGRAPHIE 36

ANNEXES 39

LISTE DES ABREVIATIONS

AMU : Aide Médicale Urgente

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

LAT : Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques

PDS : Permanence des soins

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil et d'Urgence

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SRLF : Société de Réanimation de Langue Française

INTRODUCTION

De 0,1 à 0,3% des patients admis aux urgences décèdent au cours de leur prise en charge dans ce service. *(1–4)* Les décès aux urgences sont fréquemment précédés d'une décision de Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques (LAT). *(1,5)* La limitation des thérapeutiques est la décision ou la prévision de ne pas introduire ou de ne pas optimiser une thérapeutique qui pourrait s'avérer nécessaire pour maintenir le patient en vie. L'arrêt des thérapeutiques est défini par l'interruption d'une thérapeutique déjà introduite et nécessaire au maintien de la vie. Dans une étude de 2003 au sein de six pays européens, 23 à 51% des décès aux urgences étaient précédés d'une LAT. *(6)* Ainsi, l'incidence des LAT dans les Services d'Accueil et d'Urgence (SAU), varie de 0,65 à 0,93%. *(7,8)* La prise en charge de patients dont le pronostic vital est engagé et les décisions de LAT font donc partie du quotidien des équipes soignantes aux urgences.

La problématique des LAT concerne également la médecine d'urgence pré hospitalière. Une étude menée en 2006 dans les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU), montre que 76% des médecins urgentistes interrogés rapportent une décision de LAT dans les 15 jours précédant l'enquête. *(9)* Plus récemment, 100% des médecins urgentistes pré hospitaliers finlandais déclaraient avoir déjà réalisé une LAT, 39% disaient en faire souvent et 85% des praticiens pensaient que les décisions de LAT en pré hospitalier faisaient partie de leur travail *(10)*. Il n'existe pas à notre connaissance de données sur les décisions de LAT en centre d'appel d'urgence tels que le Centre 15.

Au Centre 15 et dans les centres d'appel d'urgence, l'interdiction de toute obstination déraisonnable édictée par la Loi du 22 avril 2005 s'applique également. Des décisions légitimes d'abstention de réanimation peuvent être prises lors de la régulation médicale des appels d'urgence puisqu'il s'agit d'un acte médical réalisé par téléphone. La Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) et la Société Française de Médecine d'urgence (SFMU) ont publié plusieurs recommandations sur les LAT dans les situations médicales aigues. *(11,12)* Néanmoins, les décisions de LAT dans les centres d'appel d'urgence sont très peu abordées et les problématiques du médecin régulateur restent multiples : difficultés d'accès au dossier médical, personne de confiance et médecin référent non joignables, directives anticipées rares.

Notre objectif était de déterminer la fréquence des LAT au Centre 15 et de décrire les situations médicales aboutissant à ce type de décision au sein d'un centre d'appel d'urgence.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude prospective, monocentrique, observationnelle réalisée au centre 15 de l'Isère. La période d'inclusion s'est étendue sur 3 mois (juin à août 2020). Après avis auprès des autorités compétentes, l'avis d'un Comité de Protection des Personnes n'était pas jugé nécessaire pour cette étude. Le protocole de recherche était transmis à la CNIL avant sa mise en œuvre et le protocole suivait la méthodologie MR004 à laquelle le CHU Grenoble Alpes adhère.

Description du centre 15

La régulation est un acte médical pratiqué par un médecin régulateur, dans un centre d'appel. Les spécificités du centre 15 de l'Isère sont décrites dans le tableau 1. Au cours d'un appel téléphonique, le médecin régulateur établi des hypothèses diagnostiques et pronostiques. Il évalue le niveau d'urgence de la situation et propose la prise en charge qui lui semble être la plus adaptée: conseil médical, prescription médicamenteuse, intervention médicale auprès du patient, transport du patient par vecteur non médicalisé vers une structure hospitalière.

Tableau 1 : Caractéristiques du centre 15 de l'Isère

		Commentaire
Bassin de population	1,262 millions d'habitants	
Nombre d'appels annuels	440 000	
Interventions médicalisées / jour	30	
Ambulances privées missionnées / jour	60	
Ambulances sapeurs-pompiers-secouristes missionnées / jour	180	
Ressources humaines		
Assistants de régulation médicale	5 à 14	
Médecins régulateurs AMU	2 (8-00h) 1 (nuit profonde)	*Médecins urgentistes*
Médecins régulateurs PDS	1 à 4	*Médecins généralistes*
Équipes SMUR	5 (24/24h) + 2 à 3 (12/24h)	

AMU, Aide Médicale Urgente ; PDS, Permanence De Soins ; SMUR, Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

Population

Etaient inclus dans l'étude les appels entrants au centre 15 de l'Isère, adressés au médecin régulateur de l'Aide Médicale Urgente (AMU). Le patient concerné par l'appel devait avoir plus de 18 ans. Les appels émis par un médecin SMUR (Service Médical d'Urgence et de Réanimation) ou en exercice libéral et les appels doublons étaient exclus.

Objectifs et Critères de Jugement

L'objectif principal de notre étude était de déterminer la fréquence des décisions de LAT prises par les médecins régulateurs d'un centre d'appel d'urgence. Le critère de jugement principal était le pourcentage d'appels d'urgence reçus ayant abouti à une décision de LAT. Une LAT est définie par la non-instauration, la non-optimisation ou l'arrêt d'une ou plusieurs thérapeutique(s) curatives(s) ou de suppléance des défaillances d'organes dont la conséquence peut être d'avancer le moment de la mort.

Les objectifs secondaires étaient de décrire les particularités des décisions de LAT, d'identifier les caractéristiques des patients concernés par ces décisions (variables épidémiologiques, démographiques), ainsi que les caractéristiques environnementales associées à une LAT (variables spatio-temporelles, organisationnelles).

Recueil des données

Les périodes d'inclusion étaient déterminées a priori afin de prendre en compte des périodes diurnes (8h-20h), nocturnes (20h-8h) et en périodes de week-end (samedi 13h au lundi matin 8h). Lors des inclusions, les appels reçus au Centre 15 étaient traités comme habituellement. Un auxiliaire de régulation médicale effectuait le premier tri. En fonction de cette première évaluation, l'appel était transmis à un médecin urgentiste (en charge de l'aide médicale urgente) ou à un médecin généraliste (en charge de la permanence de soins). Seuls les appels transmis à l'aide médicale urgente étaient inclus. L'investigateur de l'étude était posté aux côtés du médecin régulateur en charge de l'AMU, en double écoute, pour recueillir les données en direct. Cette opération était réalisée à l'aide d'un cahier de recueil des données (ci-joint en annexe). L'investigateur ne communiquait pas avec le médecin pendant l'appel.

Etaient recueillis les caractéristiques démographiques du patient (âge, sexe, lieu de vie, autonomie, antécédents médicaux, présence de directives anticipées, existence d'un protocole de sédation ou d'analgésie, suivi en unité de soins palliatifs), les caractéristiques de l'appel (motif, heure et jour, durée, nature de l'appelant, disponibilité du SMUR le plus proche au moment de la prise de décision, temps de trajet routier du SMUR le plus proche), les caractéristiques du médecin régulateur (sexe, âge, années d'expérience, connaissances et formations relatives aux LAT), la

décision médicale (conseil médical, passage d'un médecin libéral, envoi d'un vecteur non médicalisé ou d'une équipe SMUR) ainsi que le devenir à court terme du patient (laissé sur place, décédé en pré hospitalier, admission dans un service médical). En cas de LAT, le caractère collégial de la décision était recherché ainsi que la participation de l'entourage ou du patient à la discussion, et la présence de directives anticipées. La présence ou l'absence d'une LAT était déterminée par l'investigateur à l'issue de l'appel. En cas de LAT reconnue par le médecin régulateur, celui-ci déterminait après l'appel les arguments qui l'avaient conduit à cette décision (issue jugée fatale à court terme, qualité de vie actuelle et/ou prédite pauvre, avis de la famille ou du patient). Chaque fiche de régulation était relue a posteriori par un deuxième investigateur, pour confirmer ou infirmer la présence d'une LAT. L'avis d'un troisième médecin était sollicité en cas de discordance.

Analyses

Le nombre de sujets nécessaire était de 139 patients pour une estimation de proportion de LAT attendue de 10%, une marge d'erreur de 5% et une puissance de 95%. L'analyse du critère de jugement principal est descriptive uniquement. Les critères de jugement secondaires d'identification des caractéristiques patients et environnementales associées à une décision de LAT ont été analysés par des tests univariés. Les données quantitatives ont été comparées en utilisant des tests non paramétriques (U Mann Whitney) ; les associations entre variables nominales ont été testées par un test du Chi2 ou un test exact de Fisher. Les paramètres quantitatifs sont exprimés en médiane, 25ème et 75ème percentiles. Les paramètres qualitatifs sont exprimés en effectif et pourcentage. Les données manquantes n'étaient pas remplacées. Les analyses étaient réalisées à l'aide du logiciel SPSS v21.0 (IBM, NY, USA). Le seuil de significativité était fixé à 5%.

RÉSULTATS

Caractéristiques de la population générale

143 sujets ont été inclus. Les caractéristiques des patients sont présentées dans le tableau 2. L'âge médian était de 60 ans (42-79), le sexe-ratio était de 1,0.

Tableau 2 : Caractéristiques des patients

	N	%
Patients	143	
Age (médiane (EIQ))	60 (42-79)	
Sexe (femme)	70	49
Autonomie		
Aucune	6	11,5
Partielle	18	34,6
Totale	28	53,8
Vie en institution	7	5,3
Présence de directives anticipées	2	1,4
Suivi par l'équipe de soins palliatifs	1	0,7
Antécédents médicaux	74	57,4
Néoplasie	12	8,4
Pathologie cardiaque	32	22,4
Insuffisance respiratoire	9	6,3
Insuffisance rénale	2	1,4
Pathologie hépatique	2	1,4
Pathologie neurologique et démence	24	16,8
Handicap moteur sévère	2	1,4
Autre	17	11,9

EIQ : Écart InterQuartile

Caractéristiques des médecins régulateurs

18 régulateurs ont été concernés par l'étude. L'âge médian était de 34 ans (32-49), avec une expérience médiane de 5 ans (3-18). Le sexe-ratio était de 1,6. Leur formation aux problématiques de la fin de vie en régulation et aux LAT était jugée bonne par 33,3% d'entre eux. Les décisions de LAT étaient significativement plus fréquentes chez les médecins régulateurs plus âgés : médiane de 52 ans (39-56) versus 33 ans (31-56), p = 0,02 ; ainsi que chez les médecins plus expérimentés : médiane de 3 ans (1-7) versus 19 ans (9-23), p= 0,03.

Caractéristiques des patients bénéficiant de LAT

12 patients ont fait l'objet d'une décision de LAT, soit une fréquence à 8,4% des appels. Le tableau 3 présente les caractéristiques des patients et des appels associés aux décisions de LAT.

Tableau 3 : Analyse univariée des facteurs associés aux décisions de LAT

	Absence de LAT		LAT		Total		*P*
	N	%	N	%	N	%	
Autonomie (N= 52)							***<0,001***
Aucune	0	0	6	60	6	11,5	
Partielle	14	33,3	4	40	18	34,6	
Totale	28	66,7	0	0	28	53,8	
Vie en institution (N=133)	4	3,3	3	25	7	5,3	***0,01***
Présence de directives anticipées (N=10)	0	0	2	25	2	1,4	***1,0***
ATCD médicaux (N=129)	63	53,8	11	91,7	74	57,4	***0,012***
Néoplasie	8	6,1	4	33,3	12	8,4	*0,001*
Pathologie cardiaque	29	22,1	3	25	32	22,4	*0,820*
Insuffisance respiratoire	7	5,3	2	16,7	9	6,3	*0,122*
Démence	3	2,3	2	8,3	4	2,8	*0,224*
Appelant							***0,003***
Patient	56	42,7	1	8,3	57	39,9	
Entourage	66	50,4	7	58,3	73	51	
Soignant	9	6,9	4	33,3	13	9,1	
Appel hors PDS	50	38,2	5	41,7	55	38,5	*0,812*
Disponibilité d'une équipe SMUR	120	91,6	11	91,7	131	91,6	*0,994*

Les valeurs p étaient déterminées selon le test du Chi 2 ou le test exact de Fischer ; ATCD : Antécédents, PDS : permanence des soins (20-8h en semaine, samedi à partir de 13h, dimanche et jours fériés) ; SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

Caractéristiques des appels relevant de LAT (Tableau 4)

Le motif d'appel le plus fréquent pour lequel une décision de LAT a été prise était la détresse respiratoire.

Tableau 4 : Motifs d'appels

	Absence de LAT		LAT		Total	
	N	%	N	%	N	%
ACR	2	1,5	1	8,3	3	2,1
Cardiovasculaire	47	35,9	0	0	47	32,9
Neurologique	31	23,7	2	16,7	33	23,1
Douleur	5	3,8	0	0	5	3,5
Respiratoire	13	9,9	7	58,3	20	14
Traumatisme	18	13,7	0	0	18	12,6
Autre	15	11,5	1	8,3	17	11,9

p < 0,001

La médiane d'appel était de 4 min (2-10) pour les appels relevant de LAT contre 3 min (2-4) pour les autres (p=0,81).

Caractéristiques des décisions de LAT

Les principaux arguments évoqués par le médecin régulateur lors d'une décision de LAT était l'issue jugée fatale à court terme (41,7%), la qualité de vie actuelle pauvre (50%) et la qualité de vie prédite après l'épisode aigu pauvre (41,7%)

Dans 25% des cas une équipe SMUR était envoyée dans un objectif de LAT.

67% des patients restaient à domicile à l'issue de la prise en charge. Un patient est décédé en pré hospitalier, deux étaient admis dans un service d'urgence, et un en réanimation.

Un deuxième avis médical était demandé dans 25% des cas. Un soignant était impliqué dans la décision pour 50% des cas. Le patient donnait son avis dans 25% des cas, l'entourage dans 42% des cas.

DISCUSSION

Dans notre étude, 8,4% des appels régulés par l'aide médicale urgente ont abouti à une décision de LAT. Ce résultat vient conforter le fait que les questions relatives à la fin de vie font partie intégrante du travail des médecins urgentistes notamment en régulation médicale. Cette fréquence apparaît même comme beaucoup plus importante que dans les services d'urgence, où l'incidence des LAT n'excède pas 1%. *(7,8)* Une étude finlandaise récente a par ailleurs montré une fréquence de 5,7% de LAT parmi les interventions des médecins pré hospitaliers. (*15)* Elle souligne l'importance du dispositif de régulation médicale dans la prise en charge des personnes en fin de vie. Des hospitalisations aux urgences et des prises en charge trop invasives voire déraisonnables sont ainsi probablement évitées chez ces personnes pour qui la gestion du confort est primordiale.
Les lois qui encadrent la fin de vie soulignent l'importance du respect de la dignité, des volontés du patient et de son confort. L'un des objectifs de la régulation médicale est d'adapter la réponse aux besoins du patient et donc d'éviter une hospitalisation jugée inutile et pénible. C'est un enjeu important quand on constate que 70% des décès précédés d'une LAT dans les services d'urgence avaient été adressés par le Centre 15. *(1)*
Dans notre étude, près de 70% des patients pour lesquels une LAT a été réalisée sont restés à domicile. La régulation a donc un vrai rôle dans l'orientation de ces patients en fin de vie. Elle a permis d'éviter un transfert de ces patients pour qui un séjour à l'hôpital n'aurait probablement pas contribué à améliorer le pronostic ou la qualité de vie. *(13)*

Le motif d'appel le plus fréquent et les caractéristiques des patients pour lesquels une décision de LAT a été prise étaient tout à fait superposables aux études précédentes concernant les LAT dans les services d'urgence et en préhospitalier, à savoir des patients âgés, porteurs de pathologies chroniques, avec une autonomie limitée. *(9,14,15)*
L'absence totale d'autonomie était un critère majeur pour les décisions de LAT, retrouvée dans 50% des cas. Selon les recommandations de la SFMU, l'autonomie est d'ailleurs un des éléments clés dans la prise des décisions des situations de fin de vie. *(12)*
La néoplasie active était la comorbidité la plus associée aux décisions de LAT. Elle était retrouvée chez 1/3 des patients. C'était également le cas dans de précédentes études. *(9,16,17)* Il serait donc intéressant que ces patients connus des services d'oncologie aient un plan de soins d'urgence facilement accessible par les équipes pré hospitalières.
Parmi les douze LAT, le médecin régulateur ne disposait de directives anticipées que pour seulement deux patients. Au niveau européen, moins de 5% des patients en fin de vie ont des

directives anticipées. *(6)* Dans une étude de 2018, s'intéressant aux LAT chez les patients décédés aux urgences, 2/3 des patients présentaient préalablement des pathologies pour lesquelles les soins n'étaient plus réalisés dans un but curatif et seulement 4% disposaient de directives anticipées. *(1)* Le constat est le même constat en pré hospitalier, où le nombre de directives anticipées à disposition du médecin SMUR reste faible. *(15,16)* Ces résultats montrent que les procédures de directives anticipées ne sont pas assez utilisées alors qu'elles sont un outil important notamment en pré hospitalier où l'urgence des situations et l'angoisse du patient ou des proches ne permettent pas d'avoir une discussion efficiente.

Dans notre étude, un deuxième avis médical était pris dans 25% des cas. En pré hospitalier, en fonction des pays, la moitié voire plus des décisions de LAT sont prises par le médecin SMUR seul. *(9,15)* Ces résultats peuvent s'expliquer par les contraintes organisationnelles et temporelles qui sont propres à la régulation médicale et au pré hospitalier. En effet, les principales problématiques évoquées dans les questions de fin de vie en situation d'urgence sont le caractère chronophage des procédures de LAT et notamment d'une décision collégiale. Dans notre étude, les résultats montrent une durée des appels similaire entre ceux ayant conduit à une décision de LAT ou non, respectivement d'une durée médiane de 4 (2-10) et 3 (2-4) minutes. Les décisions de LAT ne semblent donc pas plus chronophages que les autres motifs de régulation. Il est cependant probable que certains appels n'aient pas abouti à une décision de LAT car les informations étaient trop difficiles à réunir ou que d'autres appels étaient en attente. Le patient bénéficie alors souvent d'une prise en charge maximale, la question d'une LAT étant abordée plus tardivement dans sa prise en charge. D'autre part, la présence d'un protocole sur les LAT pourrait permettre d'améliorer le caractère collégial des décisions. Cela a été montré dans les services d'urgence avec 75% de décisions collégiales lorsqu'un protocole est mis en place vs 26% lorsqu'il n'existe pas de procédure. *(2)* Par ailleurs, seulement un tiers des médecins régulateurs que nous avons rencontré avaient bénéficié d'une formation sur les LAT et les questions qui s'y rapportent. Dans plusieurs études, cette carence de formation ressort ainsi que la volonté des médecins de se former sur ce sujet. *(9,10,18)* Il semblerait donc utile de former les médecins urgentistes d'une part au cadre légal des LAT mais aussi à la manière d'appréhender ces situations complexes, notamment au téléphone. En effet, plus de la moitié des médecins trouvaient qu'il était plus difficile de réaliser une LAT par téléphone. *(10)* Le bénéfice d'une formation a été montré avec un respect plus fréquent des souhaits du patient et une meilleure prise en charge des patients relevant de soins palliatifs par les médecins urgentistes formés. *(19)* Notre étude va également dans ce sens puisque ce sont les médecins les plus expérimentés qui ont pris le plus de décision de LAT.

Notre étude présente plusieurs limites. Elle est monocentrique ce qui limite donc la généralisation des résultats. Cependant, les caractéristiques de la population étudiée ne semblent pas différentes de celles publiées dans d'autres études sur les LAT aux urgences. *(9,14,15)*

La présence de l'investigateur aux côtés du médecin régulateur a pu avoir un impact sur la manière dont les appels ont été pris en charge et sur la décision finale du régulateur. Néanmoins, cette configuration d'étude permettait notamment de limiter le biais de mémoire et de classer les appels avec LAT même si le médecin régulateur ne l'avait pas envisagé ainsi.

Enfin, notre étude a été réalisée pendant l'épidémie de COVID-19. A ce stade de l'épidémie, le système de santé avait déjà bénéficié d'importantes réorganisations : existence d'une hotline gériatrique, présence plus soutenue des médecins coordonnateurs dans les EHPAD. Ces modifications ont pu avoir un rôle d'orientation et donc diminuer les appels au Centre 15 de patients âgés et fragiles. Ce contexte épidémique a d'autre part pu avoir un impact sur le motif principal d'appel qui était la détresse respiratoire dans notre étude.

CONCLUSION

Notre étude a permis de montrer que les décisions de LAT prises par le médecin régulateur en Centre 15 sont fréquentes puisqu'elles représentent 8,4% des appels relevant de l'aide médicale urgente. Ces décisions font partie intégrante du travail du médecin urgentiste.

L'application des recommandations n'est pas toujours aisée compte tenu des contraintes liées au préhospitalier et à la régulation. Il semble pertinent de développer puis d'évaluer un outil qui prendrait en considération les difficultés liées à la pratique quotidienne de la régulation médicale.

La rédaction plus systématique de directives anticipées pour les patients non autonomes et/ou en fin de vie permettrait d'appréhender de manière plus sereine des situations ultérieures pour lesquelles la question d'une LAT se posera.

L'intégration des centres d'appel et de régulation dans les réseaux traitant de fin de vie est indispensable pour l'amélioration des prises en charge de LAT. La formation du personnel médical à la gestion de ces situations parait également indispensable.

THÈSE SOUTENUE PAR : Léa GABORIAU et Aurélie GUYOTAT

TITRE :

FREQUENCE DES LIMITATIONS ET ARRETS DES THERAPEUTIQUES EN REGULATION MEDICALE

CONCLUSION :

Notre étude a permis de montrer que les décisions de LAT prises par le médecin régulateur en Centre 15 sont fréquentes puisqu'elles représentent 8,4% des appels relevant de l'aide médicale urgente. Ces décisions font partie intégrante du travail du médecin urgentiste.

L'application des recommandations n'est pas toujours aisée compte tenu des contraintes liées au pré hospitalier et à la régulation. Il semble pertinent de développer puis d'évaluer un outil qui prendrait en considération les difficultés liées à la pratique quotidienne de la régulation médicale. La rédaction plus systématique de directives anticipées pour les patients non autonomes et/ou en fin de vie permettrait d'appréhender de manière plus sereine des situations ultérieures pour lesquelles la question d'une LAT se posera. L'intégration des centres d'appel et de régulation dans les réseaux traitants de fin de vie est indispensable pour l'amélioration des prises en charge de LAT. La formation du personnel médical à la gestion de ces situations parait également indispensable.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le : 2/10/2020

LE DOYEN

Pr. Patrice MORAND

Pour le Président
et par délégation

Le Doyen de Médecine
Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Pr Guillaume DEBATY
Chef de Service SAMU 38
CHU Grenoble Alpes

Pr. Guillaume DEBATY

BIBLIOGRAPHIE

1. Bérard L, Zeller J, Schaeffer M. Décès et limitations thérapeutiques aux urgences : étude rétrospective des pratiques dans un centre hospitalier français pendant quatre ans. Ann Fr Médecine D'urgence. août 2018;8(4):223-30.

2. The LAT group, Douplat M, Fraticelli L, Claustre C, Peiretti A, Serre P, et al. Management of decision of withholding and withdrawing life-sustaining treatments in French EDs. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. déc 2020;28(1):52.

3. Olsen JC, Buenefe ML, Falco WD. Death in the Emergency Department. Ann Emerg Med. juin 1998;31(6):758-65.

4. Richardson PG, Greenslade J, Isoardi J, Davey M, Gillett M, Tucker A, et al. End-of-life issues: Withdrawal and withholding of life-sustaining healthcare in the emergency department: A comparison between emergency physicians and emergency registrars: A sub-study: END-OF-LIFE ISSUES. Emerg Med Australas. déc. 2016;28(6):684-90.

5. 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.

6. van der Heide A, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E, et al. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. The Lancet. août 2003;362(9381):345-50.

7. Le Conte P, Baron D, Trewick D, Touzé MD, Longo C, Vial I, et al. Withholding and withdrawing life-support therapy in an Emergency Department: prospective survey. Intensive Care Med. déc. 2004;30(12):2216-21.

8. Le Conte Ph, Guilbaudeau S, Batard E, Trewick D, Yatim D, Longo C, et al. Mise en place d'une procédure de limitation ou d'arrêt des soins actifs dans un service d'urgence. J Eur Urgences. déc. 2005;18(4):188-92.

9. Ferrand E, Marty J. Prehospital withholding and withdrawal of life-sustaining treatments. The French LATASAMU Survey. Intensive Care Med. 29 sept 2006;32(10):1498-505.

10. Kangasniemi H, Setälä P, Huhtala H, Kämäräinen A, Virkkunen I, Tirkkonen J, et al. Limitation of treatment in prehospital care – the experiences of helicopter emergency medical service physicians in a nationwide multicentre survey. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. déc. 2019;27(1):89.

11. European Recommendations for End-of-Life Care in Departments of Emergency Medicine. :13.

12. Feral-Pierssens A-L, Boulain T, Carpentier F, Le Borgne P, Del Nista D, Potel G, et al. Limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence. Vincent F, éditeur. Médecine Intensive Réanimation. juill 2018;27(4):384-90.

13. Guidet B, Leblanc G, Simon T, Woimant M, Quenot JP, Ganansia O, et al. Effect of Systematic Intensive Care Unit Triage on Long-term Mortality Among Critically Ill Elderly Patients in France: A Randomized Clinical Trial [Internet]. Vol. 318, JAMA. JAMA; 2017 [cité 21 sept 2020]. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28973065/

14. Douplat M, Berthiller J, Schott A, Potinet V, Le Coz P, Tazarourte K, et al. Difficulty of the decision-making process in emergency departments for end-of-life patients. J Eval Clin Pract. déc 2019;25(6):1193-9.

15. Kangasniemi H, Setälä P, Olkinuora A, Huhtala H, Tirkkonen J, Kämäräinen A, et al. Limiting treatment in pre-hospital care: A prospective, observational multicentre study. Acta Anaesthesiol Scand. sept 2020;64(8):1194-201.

16. Lassalle-Macke A, Robert E, Violeau M. Republication de : Limitation et arrêt de thérapeutique(s) active(s) aux urgences. J Eur Urgences Réanimation. mars 2019;31(1):14-22.

17. Leconte P, Batard E, Pinaud V, Evain Y, Potel G. Décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives dans les services d'urgence. Réanimation. déc 2008;17(8):802-6.

18. Wiese CHR, Bartels UE, Ruppert DB, Graf BM, Hanekop GG. Prehospital emergency physicians' experiences with advance directives in Germany: a questionnaire-based multicenter study. Minerva Anestesiol. févr 2011;77(2):172-9.

19. Wiese CHR, Bartels UE, Marczynska K, Ruppert D, Graf BM, Hanekop GG. Quality of out-of-hospital palliative emergency care depends on the expertise of the emergency medical team—a prospective multi-centre analysis. Support Care Cancer. déc 2009;17(12):1499-506.

ANNEXES

Cahier d'observation

LAT15

N° Easydore / Fréquence des décisions de limitations de soins dans un centre d'appels d'urgence

Investigateur coordonnateur :
Service : SAMU-CENTRE 15 de l'Isère
CHU Grenoble-Alpes
CS10217
38043 Grenoble Cedex 9
Tel : 04 76 76 75 75
Fax : 04 76 76 53 95

Centre de coordination :
Service :
Chef de projet / coordinateur :
CHU Grenoble-Alpes
Tel :
Fax :

Promoteur :
CHU Grenoble Alpes
CS 10217
38043 GRENOBLE Cedex9

Cellule Vigilance – Déclaration des EIG
vigilance-essaiscliniques@chu-grenoble.fr
Tél : 04 76 76 68 21
Fax : 04 76 76 83 54

INSTRUCTIONS DE REMPLISSAGE *42*
INCLUSION *43*
CARACTERISTIQUES DU PATIENT *44*
ANTECEDENTS *45*
CARACTERISTIQUES DE L'APPEL *46*
CARACTERISTIQUES DU MEDECIN REGULATEUR *47*
CARACTERISTIQUES DE LA LIMITATION DE SOIN *48*
DEVENIR DU PATIENT *49*
FIN D'ETUDE *50*
SIGNATURE DE L'INVESTIGATEUR *51*

Le cahier d'observation doit être complété de la manière suivante :

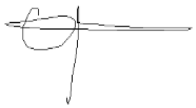
- Compléter toutes les sections, si une donnée est manquante, noter « DM » à côté de la case correspondante.

- Ecrire sur le cahier d'observation avec **un stylo bille noir**, de façon lisible.

- Les peignes doivent être remplis en alignant les informations à droite. Ex : |**_0_|_4_|_5_**|

- Les corrections doivent être faites de la façon suivante : rayer l'ancienne donnée de manière à ce qu'elle soit toujours lisible, écrire la nouvelle valeur à côté ainsi que la date de la correction et la signature ou paraphe de la personne ayant procédé à la correction. Ne jamais utiliser de blanc correcteur.

Ex : ~~6,9~~ 1 le 02/12/03
Poids : ~~\|0\|\|6\|\|5\|,\|1\|~~ Kg



- Toutes les cases des en-têtes de page doivent être renseignées.

- Eviter les abréviations, elles peuvent porter à confusion.

- En cas de survenue d'évènement indésirable grave : l'investigateur notifie immédiatement au promoteur tous les événements indésirables graves, à l'exception de ceux qui sont recensés dans le protocole ou dans la brochure de l'investigateur comme ne nécessitant pas une notification immédiate La notification immédiate est suivie de rapports écrits détaillés (à l'aide du formulaire de recueil des événements indésirables graves) qui doivent être transmis dans les plus brefs délais.

N.B. Le promoteur est responsable de la déclaration des événements indésirables graves aux autorités compétentes et autres instances (comité consultatif de protection des personnes, investigateur principal).

- Remplir la fiche de sortie prématurée d'étude du sujet ou fiche de fin d'étude, selon le cas échéant.

- Note : Aucune donnée directement ou indirectement nominative (nom, prénom, date de naissance, adresse, etc.) ne devra être reportée dans le CRF.

- Le cahier d'observation doit être impérativement signé par l'investigateur, en dernière page lors de la sortie d'étude du sujet.

Version X.X du XX/XX/20XX	**LAT15** **INCLUSION**	N° centre : |__|__|__| N° sujet : |__|__|__| Initiales : |__|__|

DATE: _____ / _____ / _____

CRITÈRES D'INCLUSION	
Âge supérieur à 18 ans	☐ Oui ☐ Non
Appel au 15	☐ Oui ☐ Non
Appel relevant de l'aide médicale d'urgence	☐ Oui ☐ Non

CRITÈRES DE NON INCLUSION	
Appel d'un médecin sur place, y compris appel pour transfert inter-hospitalier ou pour bilan SMUR	☐ Oui ☐ Non
Appel en doublon	☐ Oui ☐ Non

Le patient peut-il être inclus dans l'étude ? ☐ Oui ☐ Non

Numéro de la fiche de régulation :

CARACTÉRISTIQUES DU PATIENT	
Sexe	☐ H ☐ F
Âge	..... ans
Autonomie	☐ Totale ☐ Partielle ☐ Aucune ☐ Non recherché
Lieu de vie	☐ Domicile ☐ Institution ☐ Non recherché
Qualité de vie actuelle estimée par le patient	☐ Bonne ☐ Limitée ☐ Médiocre ☐ Non recherché
Présence de Directives Anticipées écrites	☐ Oui ☐ Non ☐ Non recherché
Existence d'un protocole de sédation et/ou d'analgésie à domicile	☐ Oui ☐ Non ☐ Non recherché
Patient suivi en unité de soins palliatifs	☐ Oui ☐ Non ☐ Non recherché

Le sujet a-t-il des antécédents médicaux et chirurgicaux importants ?

☐ Oui ☐ Non ☐ Non recherché

Si Oui :

ANTÉCÉDENTS			
Évènements médicaux		**Année de diagnostic (NK si inconnu)**	**Remarques**
Néoplasie active	☐ Oui ☐ Non		
Insuffisance d'organe active :			
– **Cardio Vasculaire**	☐ Oui ☐ Non		
– **Respiratoire**	☐ Oui ☐ Non		
– **Rénale**	☐ Oui ☐ Non		
– **Hépatique**	☐ Oui ☐ Non		
– **Neurologique**	☐ Oui ☐ Non		
Démence	☐ Oui ☐ Non		
Handicap moteur sévère	☐ Oui ☐ Non		
Pathologie psychiatrique sévère	☐ Oui ☐ Non		
Autre pathologie sévère	☐ Oui ☐ Non		

CARACTÉRISTIQUES DE L'APPEL		
Jour et date de l'appel	Jour :……. , Le _____/_____/_____	
Heure de l'appel	…….…h……..…min	
Durée de l'appel	…….…min	
Nature de l'appelant	☐ Patient ☐ Entourage ☐ Soignant ou auxiliaire de vie	
Motif de l'appel	☐ ACR ☐ Neurologique ☐ Respiratoire ☐ Cardio-vasculaire ☐ Infectieux	☐ Digestive ☐ Uro/néphrologique ☐ Douleur ☐ Trauma ☐ Autre : …….....
Temps de trajet routier du SMUR le plus proche	……..min	
Disponibilité du SMUR le plus proche	☐ Oui ☐ Non	

CARACTÉRISTIQUES DU MÉDECIN RÉGULATEUR	
Sexe	☐ H ☐ F
Âge	..... ans
Expérience en tant que médecin régulateur de Centre 15	..... ans
Connaissance des lois sur les LAT ?	☐ Oui ☐ Non
A-t-il déjà bénéficié d'une formation sur la gestion des LAT ?	☐ Oui ☐ Non

Version X.X du XX/XX/20XX	**LAT15** **CARACTERISTIQUES DE LA LIMITATION DE SOIN**	N° centre : |__|__|__| N° sujet : |__|__|__| Initiales : |__|__|

CARACTERISTIQUES DE LA LIMITATION OU ARRET DES THERAPEUTIQUES			
Présence d'une limitation ou arrêt des thérapeutiques	☐ Oui ☐ Non	**Si Oui :**	☐ Limitation ☐ Arrêt
Décision du médecin urgentiste	☐ Conseil médical ☐ Passage d'un médecin ☐ Envoi d'un vecteur non médicalisé ☐ Envoi d'un SMUR pour LAT sur place ☐ Envoi d'un SMUR pour thérapeutiques actives		
Le médecin urgentiste pense-t-il avoir effectué une LAT ?			☐ Oui ☐ Non

SI PRESENCE D'UNE LAT :	
Le médecin urgentiste a-t-il demandé l'avis d'un autre médecin ?	☐ Oui ☐ Non
Le patient a-t-il exprimé sa volonté ?	☐ Oui ☐ Non ☐ Incapable de s'exprimer ☐ Non recherché par le médecin urgentiste
Existe-t-il des directives anticipées écrites par le patient ?	☐ Oui ☐ Non ☐ Non recherché par le médecin urgentiste
L'entourage a-t-il exprimé sa volonté ?	☐ Oui ☐ Non ☐ Pas d'entourage ☐ Non recherché par le médecin urgentiste
Un soignant a-t-il participé à la décision ?	☐ Oui ☐ Non ☐ Pas de soignant ☐ Non recherché par le médecin urgentiste
Critères ayant participés à la décision de LAT : *(A faire remplir par le Médecin régulateur)*	☐ Issue jugée fatale à court terme ☐ Qualité de vie actuelle pauvre ☐ Qualité de vie prédite pauvre ☐ Demande de la famille ☐ Demande du patient

DEVENIR DU PATIENT	
Patient décédé en pré-hospitalier	☐ Oui ☐ Non
Patient laissé sur place	☐ Oui ☐ Non
Patient hospitalisé	☐ Oui ☐ Non
Si hospitalisé :	☐ Service conventionnel ☐ Soins intensifs/réanimation ☐ Service d'urgence ☐ Unité de soins palliatifs
Patient décédé au cours de son séjour hospitalier	☐ Oui ☐ Non

Version X.X du XX/XX/20XX	**LAT15** **FIN D'ETUDE**	N° centre : |__|__|__| N° sujet : |__|__|__| Initiales : |__|__|

Cette feuille doit être complétée en fin d'étude pour tous les sujets.

Date de fin d'étude du sujet : _____ / _____ / _____

Le sujet a-t-il complété l'étude dans sa totalité ? ☐ Oui ☐ Non

Raisons de l'arrêt de l'étude pour un sujet qui y participe :

☐ Violation du protocole

☐ Déroulement de l'étude non respecté

Raison de l'arrêt prématuré de la recherche :

☐ Patient qui s'oppose à l'exploitation scientifique de son dossier médical.

COMMENTAIRES :

A compléter uniquement si nécessaire

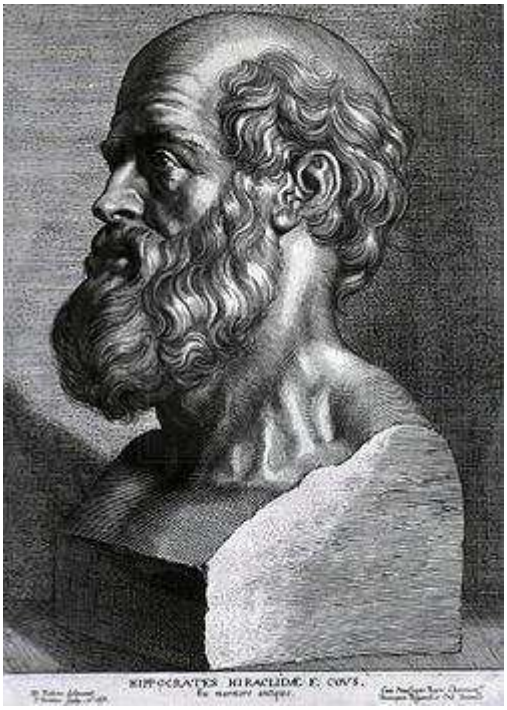
Page nécessaire uniquement en cas de CRF papier

Je soussigné déclare avoir vérifié l'exactitude des données enregistrées dans ce document.

Nom et prénom du médecin investigateur :

Date :

Signature :



SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

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

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

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

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

Léa GABORIAU
Aurélie GUYOTAT

FREQUENCE DES LIMITATIONS ET ARRETS DES THERAPEUTIQUES EN REGULATION MEDICALE

RÉSUMÉ

Introduction *:* Dans les services d'urgence, l'incidence des Limitations ou Arrêts des Thérapeutiques (LAT) varie de 0,65 à 0,93%. En centre d'appel d'urgence, les lois et recommandations sur les LAT s'appliquent également. Nous avons cherché à connaître la fréquence des décisions de LAT prises par le médecin régulateur et à en décrire les caractéristiques.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude prospective, monocentrique, observationnelle dans le Centre 15 de l'Isère. La période d'inclusion s'étendait de juin à août 2020. Etaient inclus tous les appels relevant de l'aide médicale urgente exceptés les appels émis par un autre médecin. L'investigateur était positionné en double écoute et n'intervenait pas pendant la régulation de l'appel. Ont été recueillis les caractéristiques du patient, du médecin régulateur et de l'appel, ainsi que la nature de la décision médicale et le devenir du patient. En cas de LAT, le médecin déterminait après l'appel les critères qui l'avaient conduit à cette décision.

Résultats : 143 appels ont été inclus. La fréquence des décisions de LAT prises par le médecin régulateur était de 8,4%. Le motif d'appel le plus fréquent était la détresse respiratoire. La majorité des LAT concernaient des patients n'ayant aucune autonomie. Le nombre de directives anticipées disponibles pour aider le médecin régulateur dans sa décision était faible. Près de 70% des patients pour lesquels une décision de LAT a été réalisée sont restés à domicile.

Conclusion : Les décisions de LAT prises par le médecin régulateur en Centre 15 sont fréquentes et font partie intégrante du travail du médecin urgentiste. La formation des médecins urgentistes et les réflexions sur la prise en charge des patients en fin de vie doivent être encouragées.

MOTS CLÉS : Limitations et arrêts des thérapeutiques, régulation médicale, pré hospitalier

FILIÈRE : Médecine d'urgence