



HAL
open science

Limitations et arrêts de traitements dans les SAU et SMUR de Franche-Comté : évaluations des pratiques professionnelles

Juliette Champenois

► **To cite this version:**

Juliette Champenois. Limitations et arrêts de traitements dans les SAU et SMUR de Franche-Comté : évaluations des pratiques professionnelles. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04765106

HAL Id: dumas-04765106

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04765106v1>

Submitted on 4 Nov 2024

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

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



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

ANNÉE 2024 – N° 24-119

Limitations et arrêts de traitements dans les SAU et SMUR de Franche-Comté : évaluation des pratiques professionnelles

THÈSE

présentée et soutenue publiquement

le 4 octobre 2024 à 09h00

pour obtenir le Diplôme d'État de

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHAMPENOIS Juliette

Né le 08.03.1997 à Besançon (Doubs 25)

La composition du jury est la suivante :

Président :	Pr KHOURY Abdo,	Professeur des Universités
Directeur de thèse :	Dr GERARD Aurélien,	Praticien hospitalier
Juges :	Dr MARX Tania,	Maître de conférences universitaire
	Dr WINISZEWSKI Hadrien,	Maître de conférences universitaire



UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ
U.F.R. SCIENCES DE LA SANTE
BESANÇON

DIRECTEUR **P PROFESSEUR THIERRY MOULIN**

DIRECTEURS ADJOINTS **PROFESSEUR XAVIER BERTRAND** DOYEN PHARMACIE

PROFESSEUR MALIKA BOUHADDI DIRECTEUR DES ETUDES

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE **MME CAROLE COINTEAU**

DEPARTEMENT MEDECINE

PROFESSEUR Emmanuel HAFEN DIRECTEUR DES ÉTUDES

PROFESSEUR JEAN-PAUL FEUGEAS ASSESSEUR 1ER CYCLE

PROFESSEUR MARIE-FRANCE SERONDE ASSESSEURS 2EME CYCLE

PROFESSEUR CATHERINE CHIROUZE ASSESSEURS 3EME CYCLE

PROFESSEUR THIBAUT DESMETTRE COORDINATEUR MEDECINE

PROFESSEUR BENOIT DE BILLY COORDINATEUR CHIRURGIE

PROFESSEUR BENOIT DINET COORDINATEUR MEDECINE GENERALE

DEPARTEMENT PHARMACIE

PROFESSEUR XAVIER BERTRAND DOYEN PHARMACIE

PROFESSEUR LHASSANE ISMAILI DIRECTEUR DES ETUDES

PROFESSEUR SAMUEL LIMAT COORDINATEURS 3E CYCLE

PROFESSEUR VIRGINIE NERICH

DEPARTEMENT MAÏEUTIQUE

BEATRICE LIEGEON VAN EIS (SAGE-FEMME) COORDINATEURS PEDAGOGIQUES

DEPARTEMENT ODONTOLOGIE

DOCTEUR EDOUARD EUVRARD (PAST) COORDINATEURS PEDAGOGIQUES

DOCTEUR SOPHIE PECHOUX (PAST)

PROFESSEUR CHRISTOPHE MEYER

DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : ORTHOPHONIE

ALAIN DEVEVEY (MCF) COORDINATEURS PEDAGOGIQUES

PROFESSEUR ELOI MAGNIN

DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : KINESITHERAPIE

CHRISTOPHE DINET (KINÉSITHÉRAPIE - BESANÇON) COORDINATEURS PEDAGOGIQUES

ALEXANDRE KUBICKI (KINESITHERAPIE - MONTBELAIRD) (MCF)

YOSHIMASA SAGAWA (MCF)

DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : ERGOTHERAPIE/Psychomotricité

GAELE BLERVAQUE (MAST) COORDINATRICES PEDAGOGIQUES

JULIE LAPREVOTTE (MAST)

DEPARTEMENT SCIENCES INFIRMIERES

ALINE CHASSAGNE (MCF)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
CHRISTINE MEYER (SOINS INFIRMIERS IFSI)	
DOCTEUR ANTOINE THIERY-VUILLEMIN (MCU-PH)	
PROFESSEUR FABRICE VUILLIER	COORDINATEUR PEDAGOGIQUE IPA

DEPARTEMENT DE PEDAGOGIE

PROFESSEUR CLEMENT PRATI	RESPONSABLE
PROFESSEUR SEBASTIEN PILI-FLOURY	CENTRE DE SIMULATION
PROFESSEUR BENOIT DINET	
DOCTEUR FRANK VERHOEVEN	
STEPHANIE PARIS (MAIEUTIQUE)	
MARC PUDLO (PHARMACIE)	
ALAIN DEVEVEY (REEDUCATION)	
VERONIQUE GRATTARD (REEDUCATION)	
LAURENCE GANDON (INFIRMIER)	

RELATIONS HUMAINES DE L'UFR

PROFESSEUR SYLVIE NEZELOF	ASSESEUR
---------------------------	----------

COMMISSION SCIENTIFIQUE DE L'UFR

PROFESSEUR VIRGINIE WESTEEL	ASSESEUR RECHERCHE - PRESIDENTE
PROFESSEUR FREDERIC AUBER	VICE-PRESIDENT

CHARGES DE MISSIONS

FORMATION CONTINUE

COORDINATEURS

MME SYLVIE BOBILLIER-CHAUMONT
DEVAUX (MCF)

HISTOIRE DE LA MEDECINE

PROFESSEUR LAURENT TATU

COORDINATEURS

DOCTEUR PHILIPPE MERCET

RELATIONS INTERNATIONALES

PROFESSEUR KATY JEANNOT

COORDINATEURS

DOCTEUR SOPHIE BOROT (MCU-PH)

DOCTEUR OLEG BLAGOSKLONOV (MCU-PH)

ALUMNI-USB

PROFESSEUR GILLES CAPELLIER

COORDINATEUR

PROFESSEUR GABRIEL CAMELOT (EMERITE)

PRESIDENT HONORAIRE

MÉDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

– PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Olivier	ADOTEVI	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	AUBER	CHIRURGIE INFANTILE
M.	François	AUBIN	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
M.	Jamal	BAMOULID	IMMUNOLOGIE
Mme	Cindy	BARNIG	PNEUMOLOGIE
Mme	Djamila	BENNABI	PSYCHIATRIE ADULTES
M.	Guillaume	BESCH	ANESTHESIE REANIMATION
M.	Frédéric	BIBEAU	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
Mme	Alessandra	BIONDI	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Christophe	BORG	CANCÉROLOGIE
M.	Hatem	BOULAHDOUR	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
Mme	Catherine	CHIROUZE	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Romain	CHOPARD	CARDIOLOGIE
M	Sidney	CHOCRON	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
Mme	Cécile	COURIVAUD	NÉPHROLOGIE
M.	Siamak	DAVANI	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Benoît	DE BILLY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Eric	DECONINCK	HÉMATOLOGIE
M	Eric	DELABROUSSE	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Thibaut	DESMETTRE	MÉDECINE D'URGENCE (DISPONIBILITE)
M.	Vincent	DI MARTINO	HÉPATOLOGIE
M.	Didier	DUCLoux	NÉPHROLOGIE
M.	Jean-Paul	FEUGEAS	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M	Patrick	GARBUIO	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
Mme	Anne-Sophie	GAUTHIER	OPHTALMOLOGIE
M.	Emmanuel	HAFFEN	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Georges	HERBEIN	VIROLOGIE
M.	Bruno	HEYD	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Didier	HOCQUET	HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
Mme	Katy	JEANNOT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M	François	KLEINCLAUSS	UROLOGIE
M.	Paul	KUENTZ	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
M.	Zaher	LAKKIS	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
M.	Daniel	LEPAGE	ANATOMIE
M.	Quentin	LEPILLER	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE, HYGIENE HOSPITALIERE
M.	Eloi	MAGNIN	NEUROLOGIE
Mme	Nadine	MAGY-BERTRAND	MEDECINE INTERNE
M.	Frédéric	MAUNY	BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MÉDICALE
M.	Nicolas	MENEVEAU	CARDIOLOGIE
M.	Christophe	MEYER	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE
M.	Fabrice	MICHEL	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION (DISPONIBILITE)
Mme	Laurence	MILLON	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
M.	Nicolas	MOTTET	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
M.	Thierry	MOULIN	NEUROLOGIE

M	Sylvie	NEZELOF	PÉDOPSYCHIATRIE
M	Laurent	OBERT	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Andréas	PERROTTI	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
M.	Sébastien	PILI-FLOURY	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	Gaël	PITON	MEDECINE INTENSIVE REANIMATION
M.	Clément	PRATI	RHUMATOLOGIE
M	Jean-Luc	PRETET	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Rajeev	RAMANAH	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Simon	RINCKENBACH	CHIRURGIE VASCULAIRE
M	Emmanuel	SAMAIN	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	François	SCHIELE	CARDIOLOGIE
M ^{me}	Marie-France	SERONDE	CARDIOLOGIE
M	Laurent	TATU	ANATOMIE
M.	Laurent	TAVERNIER	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M.	Thierry	THEVENOT	HÉPATOLOGIE
M.	Laurent	THINES	NEUROCHIRURGIE
M.	Gérard	THIRIEZ	PÉDIATRIE
M.	Pierre	TIBERGHIE	IMMUNOLOGIE
M.	Eric	TOUSSIROT	THÉRAPEUTIQUE
M.	Pierre	VANDEL	PSYCHIATRIE d'ADULTES (DISPONIBILITE)
M.	Fabrice	VUILLIER	ANATOMIE
M ^{me}	Lauriane	VULLIEZ COADY	PEDO-PSYCHIATRIE
M ^{me}	Lucine	VUITTON	GASTRO-ENTEROLOGIE
M ^{me}	Virginie	WESTEEL-KAULEK	PNEUMOLOGIE

PROFESSEURS EMÉRITES

M.	Jean-Luc	BRESSON	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M	Gilles	CAPELLIER	MÉDECINE INTENSIVE RÉANIMATION
M.	Jean-Luc	CHOPARD	MEDECINE LEGALE
M.	Alain	CZORNY	NEUROCHIRURGIE
M.	Bernard	DELBOSC	OPHTALMOLOGIE
M.	Gilles	DUMOULIN	PHYSIOLOGIE
M.	Dominique	FELLMANN	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Georges	MANTION	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M ^{me}	Christiane	MOUGIN	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Bernard	PARRATTE	ANATOMIE
M.	Patrick	PLESIAT	BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Christophe	ROUX	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Daniel	SECHTER	PSYCHIATRIE D'ADULTES
M ^{me}	Dominique	VUITTON	IMMUNOLOGIE
M.	Daniel	WENDLING	RHUMATOLOGIE

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	Clotilde	AMIOT	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
Mme	Anne-Pauline	BELLANGER	PARASITOLOGIE
M.	Matthieu	BEREAU	THERAPEUTIQUE
Mme	Sophie	BOROT	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
Mme	Malika	BOUHADDI	PHYSIOLOGIE
M.	Kévin	BOUILLER	MALADIES INFECTIEUSES (DELEGATION MISSION D'ETUDE)
M.	Paul	CALAME	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
M.	Yann	CHAUSSY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Alain	COAQUETTE	VIROLOGIE
Mme	Elsa	CURTIT	CANCÉROLOGIE
M.	Etienne	DAGUINDAU	HEMATOLOGIE
M.	Maxime	DESMARETS	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMISE DE LA SANTE ET PREVENTION
Mme	Julie	GIUSTINIANI	PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE
M.	François	LOISEL	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
Mme	Tania	MARX	MEDECINE D'URGENCE
Mme	Elisabeth	MEDEIROS	NEUROLOGIE
M	Patrice	MURET	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
Mme	Charlée	NARDIN	DERMATOLOGIE
M.	Fabien	PELLETIER	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
Mme	Isabelle	PLUVY	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE (DELEGATION MISSION D'ETUDE)
Mme	Anaïs	POTRON	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Zohair	SELMANI	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Antoine	THIERY-VUILLEMIN	CANCÉROLOGIE (DISPONIBILITE)
M.	Frank	VERHOEVEN	RHUMATOLOGIE
Mme.	Delphine	WEIL- VERHOEVEN	HEPATOLOGIE
M	Hadrien	WINISZEWSKI	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M.	Rémi	BARDET	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Francis	BERTHIER	PR associé ANESTHESIE-REANIMATION
Mme	Hélène	BIGEARD- JOUFFROY	MCF associé PARODONTOLOGIE
Mme	Anne-Lise	BOLOT	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Benoit	DINET	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Edouard	EUVRARD	PR associé CHIRURGIE ORALE (ODONTOLOGIE)
Mme	Catherine	GAY	PR associé GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
M.	Abdo	KHOURY	PR associé Médecine d'urgence
Mme	Aurore	LEBEAU-JEUNET	MCF ASSOCIE MEDECINE GENERALE
M.	Thierry	LEPETZ	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	José-Philippe	MORENO	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Sophie	PECHOUX	MCF associé DENTISTERIE RESTAURATRICE (ODONTOLOGIE)
M.	Jean-Michel	PERROT	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thomas	RODRIGUEZ	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Christine	ROMAGNA	PR associé CHIRURGIE ORAL
Mme	Esther	SZWARC	MCF associé SANTE AU TRAVAIL

PHARMACIE

PROFESSEURS

M.	Xavier	BERTRAND	MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
Mme	Céline	DEMOUGEOT	PHARMACOLOGIE
Mme	Francine	GARNACHE-OTTOU	HÉMATOLOGIE
Mme	Corine	GIRARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Yann	GODET	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	GRENOUILLET	PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE
M.	Yves	GUILLAUME	CHIMIE ANALYTIQUE
M.	Lhassane	ISMAILI	CHIMIE ORGANIQUE
M.	Samuel	LIMAT	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Frédéric	LIRUSSI	PHARMACOLOGIE - TOXICOLOGIE
M.	Dominique	MEILLET	PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE
Mme	Virginie	NERICH	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Yann	PELLEQUER	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Bernard	REFOUVELET	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
M.	Philippe	SAAS	IMMUNOLOGIE (DISPONIBILITE)
Mme	Marie-Christine	WORONOFF-LEMSI	PHARMACIE CLINIQUE

PROFESSEUR EMÉRITE

Mme	Laurence	NICOD	BIOLOGIE CELLULAIRE
-----	----------	--------------	---------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES

Mme	Aurélien	BAGUET	BIOCHIMIE
M.	Arnaud	BEDUNEAU	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Laurent	BERMONT	BIOCHIMIE
M.	Oleg	BLAGOSKLONOV	BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
Mme	Oxana	BLAGOSKLONOV	GÉNÉTIQUE
Mme	Céline	BOUVIER-SLEKOVEC	HYGIENE PREVENTION RISQUES INFECTIEUX
M.	Eric	CAVALLI	CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE
Mme	Anne-Laure	CLAIRET	PHARMACIE
M.	Jean-Patrick	DASPET	BIOPHYSIQUE
Mme	Sylvie	SYLVIE BOBILLIER-CHAUMONT	PHYSIOLOGIE
Mme	Jeanne	DEVAUX	
Mme	Jeanne	GALAINÉ	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
Mme	Marie	KROEMER	SCIENCES DU MÉDICAMENT ET AUTRES PRODUITS DE SANTÉ
Mme	Isabelle	LASCOMBE	BIOCHIMIE / ISIFC
Mme	Carole	MIGUET ALFONSI	TOXICOLOGIE
M.	Johnny	MORETTO	PHYSIOLOGIE
M.	Brice	MOULARI	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Frédéric	MUYARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Marc	PUDLO	CHIMIE THÉRAPEUTIQUE
M.	Florian	RENOSI	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
MME	Nathalie	RUDE	BIOMATHÉMATIQUES ET BIostatISTIQUES
M.	François	SENEJOUX	PHARMACOGNOSIE
Mme	Perle	TOTOSON	PHARMACOLOGIE

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M	Lionel	PAZART	PAST PHARMACIE SCIENCES DU MEDICAMENT
Mme	Florence	VAN LANDUYT	PAST PHARMACIE CLINIQUE – OFFICINE

PROFESSIONS DE SANTE

Mme	Aline	CHASSAGNE	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES INFIRMIERES
M.	Alain	DEVEVEY	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES LANGAGE- ORTHOPHONIE
M.	Alexandre	KUBICKI	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES DE REEDUCATION ET DE READAPTATION - KINESITHERAPIE
M.	Yoshimasa	SAGAWA JUNIOR	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES DE REEDUCATION ET DE READAPTATION - KINESITHERAPIE
MME	Geneviève	MERELLE	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Sophie	SALTARELLI	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Christine	BRET-LEGRAND	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Alice	BOULLAUD	PROFESSEUR CERTIFIEE - ERGOTHERAPIE
MME	Gaëlle	BLERVAQUE	MAST ERGOTHERAPIE/PSYCHOMOTRICITE
MME	Julie	LAPREVOTTE	MAST ERGOTHERAPIE/PSYCHOMOTRICITE

AUTRES ENSEIGNANTS

MME	Lise	FIARDET	PROFESSEUR AGREGEE ANGLAIS
MME	Vanessa	MARTIN	PROFESSEUR AGREGEE ANGLAIS
M.	Nicolas	MICHAUD	PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS
M.	Charles Dale	SANTANA	PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS

REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY

À Monsieur le Professeur KHOURY Abdo,

Professeur des Universités, Professeur de Médecine d'urgences,

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de mon jury de thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma profonde reconnaissance.

À Monsieur le Docteur GERARD Aurélien,

Docteur de Médecine d'urgence,

Tu m'as fait l'honneur d'accepter la direction de cette thèse, je t'en remercie encore. Merci pour l'expertise que tu m'as apporté durant ce travail, ta grande disponibilité et ta bonne humeur.

Permetts-moi de t'exprimer ma sincère reconnaissance pour le médecin que tu es mais également pour la personne que tu es en dehors de ton travail.

À Madame la Docteure MARX Tania,

Maître de conférences universitaire, docteure de Médecine d'urgence,

Merci d'avoir accepté la demande de participation à mon jury de thèse. Merci de m'avoir accompagné durant ces années d'internat, et d'avoir été soucieuse de l'apprentissage que l'on tirait des différents stages de notre maquette.

À Monsieur le Docteur WINISZEWSKI Hadrien,

Maître de conférences universitaire, docteur d'anesthésie-réanimation,

Un profond merci d'avoir accepté de devenir membre de mon jury de thèse. Vous êtes pour moi un guide et un modèle à suivre tant sur le plan des connaissances médicales que sur le plan des relations humaines.

Merci pour votre capacité de réflexion, votre pédagogie et tout ce que vous m'avez apporté durant ce stage de SMUR et ces 6 mois à vos côtés. Votre présence a été plus que bénéfique dans notre formation.

REMERCIEMENTS À MES PROCHES

À ma famille,

Ma Sœur, Andréa

Cette grande folle et rebelle, artiste et créatrice de talent qui a toujours milles idée en tête. Celle qu'il était si facile d'embêter et avec qui j'ai inventé des centaines de jeux et de « pestacles ». Merci pour ton humour, pour cette enfance formidable à tes cotés et ces moments passés ensemble. Merci Andeille d'être la femme que tu es et que tu seras. À toutes les belles choses qui restent à venir.

Mes parents, Maman, Papa

Merci pour cette enfance pleine de merveilles et d'insouciance, bordée d'imagination et de rêves. Merci pour le soutien dont vous m'avez fait part durant ces longues années études mais aussi en dehors. Merci pour les personnes que vous êtes, je vous aime.

Mes grands-parents, Mamie Mireille, Mamie Colette et Papy Claude,

Merci pour le soutien et la fierté que vous témoignez vis-à-vis de moi. Merci pour vos expressions linguistiques qui sont gravées « au fin fond de ma chair » et qui ne me font pas oublier d'où je viens.

Ma tante Marie-José et mon grand-père Papy Paul,

Vous êtes partis tous les deux beaucoup trop tôt. Je n'ai jamais eu le temps ou le courage de faire mes adieux et de vous dire à quel point vous avez été important dans ma vie. Je vous remercie d'avoir toujours été présents et d'avoir cru en moi. Merci papy de m'avoir appelée « Docteure » avant ta laryngectomie. J'espère que vous voyez que j'ai choisi la spécialité dont je rêvais.

À mes proches et amis, anciens ou récents, ceux que je considère comme une seconde famille,

Mes amis d'enfance, Axel, Célia, Cloé, Clotilde, Emilie, Laurine, Maeva, Marie, Mathilde, Robin,

Ceux avec qui j'ai passé mes plus belles années de scolarités, mes plus beaux fous rires. Vous m'avez permis de définir l'amitié dès mon plus jeune âge et tout s'est fait si naturellement, comme une évidence. Vivre l'insouciance de l'enfance et le tumulte de l'adolescence à vos côtés a été si agréable et sans vous tout aurait été différent. Merci d'être les personnes que vous êtes, je suis incroyablement reconnaissante de vous avoir encore auprès de moi. Merci pour les merveilleux souvenirs que j'ai à vos côtés, je ne peux pas dresser une liste de tous ces bons moments et je n'ai pas assez de place pour tous ceux qui arriveront (désolé mais vous n'êtes pas près de vous débarrasser de moi).

Anaïs,

Cette folle que le mot cocooning représente si bien, fan inconsidérable de film de Noël, de pluie, de crème aux marrons et de plaid. Celle qui a voulu m'initier au CrossFit mais qui a vite compris que je ne serais pas la partenaire idéale. Merci pour tous ces moments passés ensemble, ce voyage de dernières minutes à Malte lorsque j'en ai eu besoin, ta disponibilité immédiate et ton absence de jugement et de curiosité malsaine. Merci d'avoir suivi mes conseils lors d'un incident de canalisation. Pas merci à ton cota de sommeil hors du commun, ton allergie aux chats et ta passion pour la glace stracciatella.

Louise,

Celle avec qui on a poussé un petit cri quand on a remarqué que l'on était né le même jour. Celle qui me fait mourir de rire par sa vivacité d'esprit et sa répartie. Celle qui est belle malgré ces cheveux « ternes ». Merci pour ta bonne humeur et ton humour qui sont tellement communicatifs. Merci d'avoir été présente durant toutes ces années d'études et lors des moments difficiles. Jobette, merci d'aimer autant que moi le vin du jura. À toutes ces percées du vin jaune qui restent à venir et tous les autres moments de bonheur que je passerai à tes côtés.

Lucie,

Cette zinzin des numéros, mon répertoire téléphonique sur patte. Cette introvertie en réalité complètement cinglée avec qui j'ai réalisé la plupart de mes stages. L'internat n'aurait absolument pas eu la même saveur sans toi à mes côtés. Merci de me supporter et me soutenir au quotidien, de continuer à me prodiguer des conseils alors que je n'en suivrai malheureusement aucun. Merci d'avoir cuisiné cette fameuse tarte double caramel qui m'a remonté le moral mais aussi probablement rendue diabétique. Merci d'aimer les sushis et les M&M's autant que moi. Merci de savoir lire en moi et encore un grand merci pour tout ce que tu as fait. Loutre, je suis heureuse de t'avoir à mes côtés pour les décennies à venir.

Orlane,

Compère de voyage en routard et donc d'aventures incroyables. Celle avec qui les cours croates de batchata deviennent mémorables (j'espère qu'on n'est pas encore en train de nous attendre) et avec qui j'ai vécu les plus beaux voyages. Celle qui a bien voulu m'accompagner dans mon aventure guadeloupéenne, tout juste mariée de quelques mois (coucou Aurélien). Sans toi tout aurait été différent. Merci d'être la deuxième maman de doudou, d'avoir trouvé le pyjama de la folle dans ses petites culottes et de m'avoir appris à manger le sucré que d'un côté. Orly, merci pour tous ces moments passés ensemble et tous ceux qui n'ont pas encore eu lieu.

À toute ma promotion d'urgentistes,

Anaïs, Anouk, Justine, Léa, Lucie, Nicolas, Pierre louis et Quentin. Qui ne sont pas que des collègues mais qui sont devenus des amis. Merci d'avoir fait de notre promotion un groupe d'amis. Merci pour les soirées jeux, les week-ends lacs et les piques niques.

Marion et Julie,

Merci de m'avoir accompagné dans cette aventure belfortaine durant 6 mois. Ces moments passés ensemble à l'internat à vos côtés ont été fabuleux. Merci pour cette passion commune des jeux, des brunchs et des voyages. Merci d'avoir épuisé votre capital solaire en venant me rendre visite en Guadeloupe. A toutes les péripéties qui nous restent à vivre.

Tom,

Merci de m'avoir soutenue dans mon travail et pour les conseils que tu m'as prodigués. Merci pour ta passion de Kaamelott et d'Harry Potter. Merci pour ces moments passés ensemble et pour tout le reste.

À l'ensemble des équipes médicales et paramédicales dans lesquelles j'ai évolué durant mon internat,

Le SAU/SMUR de Minjoz, aux chefs, infirmiers et aides soignant qui m'accompagne au quotidien.

Le service de médecine polyvalente, ses chefs, infirmiers et aides-soignants qui ont embelli ce stage et m'ont beaucoup appris. Merci pour votre bienveillance. À pierre, mon co-interne durant ce stage. Merci pour les connaissances que tu m'as transmises même si je suis strictement incapable de retenir la moitié de tout ce que tu sais.

Mes co-internes du service de réanimation chirurgicale, Clara, Clément, Corentin, Julie, Florian, Gabriel, Justine, Lucie, Marion, Quentin, merci pour votre présence, votre soutien et votre partage de connaissances.

Le service de pédiatrie de Trévenans, notamment au Dr URSULESCU Nicoleta et au Dr TRASNEA Corinna pour leur bonne humeur et vos transmissions de connaissances. À mes co-internes durant ce stage, notamment Mélanie, Nicolas, Pierre-Emmanuel, Ségolène, Yohann.

Le SMUR de Pointe à Pitre, ses médecins, IADE et ambulanciers avec qui j'ai vécu mes tout premiers pas d'interne smuriste. Ceux qui ont su m'accompagner dans ce métier si particulier, dans un lieu formidable que j'ai découvert en ces 6 mois avec vous. Merci pour votre gentillesse, votre accueil et votre pédagogie, ce fut l'un des stages le plus important de mon internat.

À mes chats, Datcha, Grenadine, Latika et Théodule

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

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

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 !

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
LISTE DES FIGURES	3
LISTE DES TABLEAUX	5
LISTE DES ANNEXES	7
LISTE DES ABRÉVIATIONS	9
INTRODUCTION	11
MATÉRIEL ET MÉTHODE	15
RÉSULTATS.....	19
DISCUSSION	39
CONCLUSION	47
ANNEXES.....	49
RÉFÉRENCES	57
TABLE DES MATIÈRES	59

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux de notre étude	19
Figure 2 : Mise en place d'une HAD selon le département d'exercice	25
Figure 3 : Utilité d'un protocole thérapeutique selon la profession.....	26
Figure 4 : Satisfaction de la formation générale concernant les situations de fin de vie selon la profession	27
Figure 5 : Satisfaction de la formation concernant les situations de fin de vie dans les SAU/SMUR selon la profession	28
Figure 6 : Connaissances théoriques des drogues selon la profession	29
Figure 7 : Sentiment d'aisance professionnelle globale selon la profession	30
Figure 8 : Sentiment d'aisance professionnelle globale selon l'âge	30
Figure 9 : Sentiment d'aisance professionnelle dans un SAU/SMUR selon la profession	31
Figure 10 : Sentiment d'aisance professionnelle dans un SAU/SMUR selon l'âge	32
Figure 11 : Sentiment d'implication dans la décision selon la profession	33
Figure 12 : Niveau de satisfaction de prise en charge selon la profession	34
Figure 13 : Sentiment d'échec thérapeutique selon la profession	35
Figure 14 : Sentiment d'échec thérapeutique selon l'expérience	35
Figure 15 : Ressenti du degré de limitation thérapeutique selon la profession.....	36
Figure 16 : Sentiment d'obstination déraisonnable selon la profession	37
Figure 17 : Sentiment d'obstination déraisonnable selon l'âge.....	37
Figure 18 : Evolution du taux de recours à l'HAD par département entre 2006 et 2016 (16)	42
Figure 19 : Densité des capacités de prise en charge en HAD par départements en 2020 (17)	42
.....	42

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques sociales et démographiques de la population étudiée	21
Tableau 2 : Réponses à la question n°35	22
Tableau 3 : Réponses à la question n°34	22
Tableau 4 : Réponses à la question n°36	23
Tableau 5 : Réponses à la question n°37	23
Tableau 6 : Réponses à la question n°17	23
Tableau 7 : Réponses à la question n°32	24
Tableau 8 : Réponses à la question n°33	24
Tableau 9 : Réponses à la question n°39	24
Tableau 10 : Réponses à la question n°48	25
Tableau 11 : Réponses à la question n°26	26
Tableau 12 : Réponses à la question n°27	27
Tableau 13 : Réponses à la question n°28	27
Tableau 14 : Réponses à la question n°31	28
Tableau 15 : Réponses à la question n°23	29
Tableau 16 : Réponses à la question n°24	31
Tableau 17 : Réponses à la question n°19	32
Tableau 18 : Réponses à la question n°29	33
Tableau 19 : Réponses à la question n°44	34
Tableau 20 : Réponses à la question n°41	36
Tableau 21 : Réponses à la question n°45	36

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire49
Annexe 2 : Fiche mémo SFMU-SFAP53

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AS : Aide-Soignante

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DESMU : Diplôme d'Etudes Spécialisées de Médecine d'Urgence

DRCI : Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agées Dépendantes

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

HAD : Hospitalisation A Domicile

IADE : Infirmier(e) Anesthésiste Diplômé(e) d'Etat

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

LAT(A) : Limitation et Arrêt des Thérapeutiques (Actives)

OMS : Organisation Mondiale de la santé

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs

SFAR : Société Française d'Anesthésie et Réanimation

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

INTRODUCTION

I. Contexte de prise en charge des patients dans les services hospitaliers d'urgences

Les Services d'Accueil des Urgences (SAU) et les Structures Mobiles d'Urgences et de Réanimation (SMUR) ont un rôle déterminant dans la prise en charge des patients en situation médicale critique. Ces services sont amenés à prendre en charge des patients présentant une ou plusieurs pathologie(s) aiguë(s) qui peuvent être isolée(s) ou surajoutée(s) à des pathologies chroniques antérieures mais aussi à prendre en charge des patients présentant une ou plusieurs pathologie(s) chronique(s) en décompensation.

Le contexte de l'urgence médicale, du flux important de patients dans les SAU/SMUR et la diversité des pathologies retrouvées dans ces services d'urgences rendent complexes les prises en charge de patients en situation médicale critique. Par ailleurs, un certain nombre de patients décèdent au cours ou au décours de leur prise en charge dans un SAU/SMUR, le médecin urgentiste joue alors un rôle majeur et crucial lors de la prise en charge de ces patients.

La dernière analyse statistique détaillée de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) date de 2016 et montrait que 594 000 personnes étaient décédées en France en 2016. Sur ces décès, 59 % avaient eu lieu dans un établissement de santé, 26 % à domicile, 14 % en maison de retraite et 1 % sur la voie publique. Le rapport concluait que quel que soit l'âge, la plupart des décès avaient lieu dans un établissement de santé (public ou privé). (1)

Parmi ces décès, 16% survenaient dans les 24 heures suivant l'admission à l'hôpital, en particulier dans les SAU/SMUR. Ces services d'urgences sont alors des lieux de soins mais aussi paradoxalement des lieux de prise en charge médicale de fin de vie. (2)

Aucune nouvelle grande analyse détaillée du nombre et du lieu de décès en France n'a été publiée depuis l'année 2016 mais d'après différents rapports statistiques récents étudiés séparément (incluant la période de l'épidémie du COVID-19) il n'existerait pas de modification de cette tendance. (2)

Autrement dit, à l'heure actuelle, plus d'un français sur deux, quel que soit l'âge, décède dans des services hospitaliers et notamment dans les services d'urgences.

II. Apport de la loi dans les prises en charge médicales complexes

Devant ces analyses précédemment décrites, il est évident que les SAU/SMUR, en étant le premier contact médical du patient et la première ligne d'entrée dans un service hospitalier, jouent un rôle majeur dans la prise en charge de patients en situation médicale critique et d'urgence vitale.

Pour certains patients, en fonction de leur(s) pathologie(s) aigue(s) et/ou chronique(s), de leur autonomie à domicile, de leurs antécédents et de leurs souhaits, une décision médicale de Limitation et Arrêt des Thérapeutiques (Actives) (LAT(A)) se doit d'être discutée.

Ces décisions médicales appelées LAT(A) ont un principe clair qui est de s'opposer à la notion d'acharnement thérapeutique (ou obstination déraisonnable), pratique médicale datant de l'exercice d'une médecine paternaliste où la maladie est au premier plan et le patient ainsi que ses souhaits sont relégués au second plan. L'acharnement thérapeutique se définit comme « les actes qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie ». (3)

Désormais, le patient dans sa globalité se doit d'être au centre de la réflexion médicale aussi complexe soit-elle.

Ces décisions de LAT(A) sont juridiquement encadrées par la loi du 2 février 2016 dite loi de Claeys-Léonetti (4). Elles se définissent comme « la non-instauratation 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 ». (5)

Elles s'appliquent pour tout patient et s'imposent aux professionnels de santé quel que soit le lieu d'exercice et la spécialité médicale concernée. Cette loi permet un cadre légal de ces prises en charge mais ne constitue pas des recommandations ou des protocoles médicaux.

A cette loi, s'associent de multiples recommandations émises par les différentes sociétés savantes des diverses spécialités médicales. (6–9)

III. Problématiques soulevées par ces situations dans les SAU/SMUR de Franche-Comté

En Franche-Comté, comme ailleurs, les services d'urgences sont souvent confrontés à des décisions délicates et complexes concernant des patients en situation de fin de vie où la prescription médicale de LAT(A) est alors nécessaire. Les indications de LAT(A) sont très fréquentes dans les SAU/SMUR, plusieurs études mettent en évidence qu'une décision de LAT(A) précède environ 80 % des décès aux urgences. (10,11)

Comme précisé précédemment, ces décisions bien que médicalement et éthiquement complexes, sont essentielles pour garantir une prise en charge adaptée et respectueuse des patients en situation de fin de vie ou des patients en situation médicale critique sans espoir de récupération.

Une réflexion globale sur le devenir du patient dans son ensemble est alors nécessaire afin de limiter l'acharnement thérapeutique. La réflexion médicale intégrant la prescription de LAT(A) est d'une importance capitale dans les SAU/SMUR pour plusieurs raisons.

D'une part, elle inclut des enjeux éthiques, tels que la considération de la dignité des patients en fin de vie ainsi que le respect du patient et de son autonomie. D'autre part, elle implique des considérations pratiques et professionnelles par la formation des équipes médicales, la communication avec les familles et la mise en place de protocoles adaptés.

Il n'existe pas aujourd'hui de protocole national concernant la prise en charge des patients en situation de fin de vie pour qui une prescription de LAT(A) est réalisée dans un SAU/SMUR. Chaque centre médical organise la prise en charge de ces patients selon des règles et protocoles régionaux ou locaux vis-à-vis de des situations et des multiples recommandations.

L'absence de protocole dédié à cette situation dans les SAU/SMUR de Franche-Comté interpelle sur le risque de ne pas respecter ces recommandations.

Cette thèse se propose d'évaluer les pratiques professionnelles relatives aux Limitations et Arrêts de Traitements (Actifs) dans les SAU et SMUR de la région de Franche-Comté.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. Contexte de l'étude

1. Type d'étude

Pour la réalisation de ce travail, nous avons initié une étude multicentrique observationnelle rétrospective. Cette étude s'intégrait dans le cadre des études d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) à travers un questionnaire destiné aux personnels soignants (docteur(e), interne et IDE/IADE) exerçant dans un SAU/SMUR de la région de Franche-Comté.

2. Objectifs

L'objectif principal de ce travail consistait à évaluer les pratiques professionnelles concernant la prise en charge globale des patients en situation de fin de vie dans les SAU/SMUR de la région de Franche-Comté.

Les objectifs secondaires de cette étude concernaient notamment le ressenti et vécu du personnel soignant vis-à-vis des prises en charge de patients en situation de fin de vie dans les SAU/SMUR de Franche-Comté.

3. Population étudiée

a. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion dans cette étude étaient relativement larges et concernaient :

- Tout personnel soignant incluant : les docteurs, les internes quelle que soit leur spécialité et les IDE/IADE
- Travaillant à temps complet ou non dans un SAU/SMUR de Franche-Comté au moment de la réalisation de l'étude
- Qu'ils aient ou non, participé ou assisté à une LAT(A) dans un SAU/SMUR de Franche-Comté

b. Critères de non-inclusion

Seuls les questionnaires dont toutes les réponses étaient remplies de manière complète et intégrale étaient enregistrés informatiquement. Tout questionnaire débuté mais non terminé ne pouvait pas être validé informatiquement et ne faisait donc pas partie de la base de données recueillies.

c. Critère d'exclusion

Aucun critère d'exclusion n'a été relevé dans cette étude. Toutes les réponses valides et recueillies informatiquement ont été analysées.

4. Recueil de données

a. Description de la méthodologie de l'étude

L'élaboration du questionnaire permet la réalisation de l'étude, réalisée sur plusieurs références. Notamment un récent rapport de 2018 écrit conjointement entre la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) et la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) (9). Ainsi que certains travaux de thèses ou de mémoires déjà réalisés sur cette thématique dans des centres différents. (12)

Le problème que soulevée dans le dernier rapport de l'Inspection Générale de l'Affaire Sociale (IGAS) concernant la fin de vie à l'hôpital ont également permis l'élaboration de ce questionnaire (2). Le questionnaire a été publié en ligne via la plateforme « Google Form » et affiché via un QR code dans les principaux SAU/SMUR de la région de Franche-Comté. Six centres étaient concernés par l'affichage via QR code, l'agacement de : Beaune, Dole, Lons-le-Saunier, Pontarlier, Trévans et Vesoul. Le questionnaire était également accessible via un lien internet communiqué par mail aux personnels médicaux concernés.

L'étude a été déroulée du 18 juin 2024 (date de la diffusion en ligne du questionnaire) au 24 juillet 2024 et a permis de recueillir 104 réponses au total. La collecte des données a donc été réalisée sur une période de 37 jours.

Les réponses étaient anonymisées et les éléments de réponse qui pouvaient permettre une reconnaissance des professionnels de santé (comme l'âge, la spécialité et le ou les lieux d'exercice(s)) ont été codés afin de rendre totalement anonyme le questionnaire.

b. Données recueillies

Le questionnaire créé comportait 51 questions organisées en trois principales catégories :

- Les questions concernant les données sociales et démographiques
- Les questions concernant la mise en place des procédures de LAT(A) dans les SAU/SMUR de Franche-Comté
- Les questions concernant le ressenti des professionnels de santé vis-à-vis de ces situations

Le questionnaire créé est disponible en annexe (Annexe 1).

II. Analyse statistique

1. Biais d'analyses

Afin de limiter les biais d'analyses nous avons fait le choix, comme précisé ci-dessus, de ne recueillir dans notre base de données que les questionnaires complètement remplis.

L'inclusion dans notre étude de questionnaires incomplets ou débutés mais non terminés aurait entraîné une modification des caractéristiques socio-démographiques de notre population sans modifier les caractéristiques statistiquement étudiées. En effet, les premières questions du questionnaire s'intéressaient aux données socio-démographiques.

2. Calculs statistiques

Les statistiques descriptives et les graphiques ont été réalisés sur Excel (Microsoft - Redmond) et les statistiques inférentielles ont été réalisées sur JASP (University of Amsterdam - Version 0.18.3). Le test du Khi2 a été utilisé afin de mettre en évidence un effet significatif d'une variable catégorique sur une seconde variable catégorique. Le seuil de significativité a été fixé à $\alpha = 0.05$.

III. Aspects éthiques et réglementaires du recueil des données

Ce travail a nécessité un avis auprès de la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation (DRCI) avant la publication du questionnaire. Une réponse positive concernant l'autorisation de réalisation de l'étude et de diffusion du questionnaire aux personnels soignants a été reçu. Cette étude s'inscrit dans le cadre des recherches Hors Loi Hardé (HLJ) : recherches qui ne sont pas organisées ni pratiquées sur des patients et qui visent à évaluer des modalités d'exercices des professionnels de santé ou des pratiques d'enseignement dans le domaine de la santé.

RÉSUMÉ

I. Adhésion au questionnaire

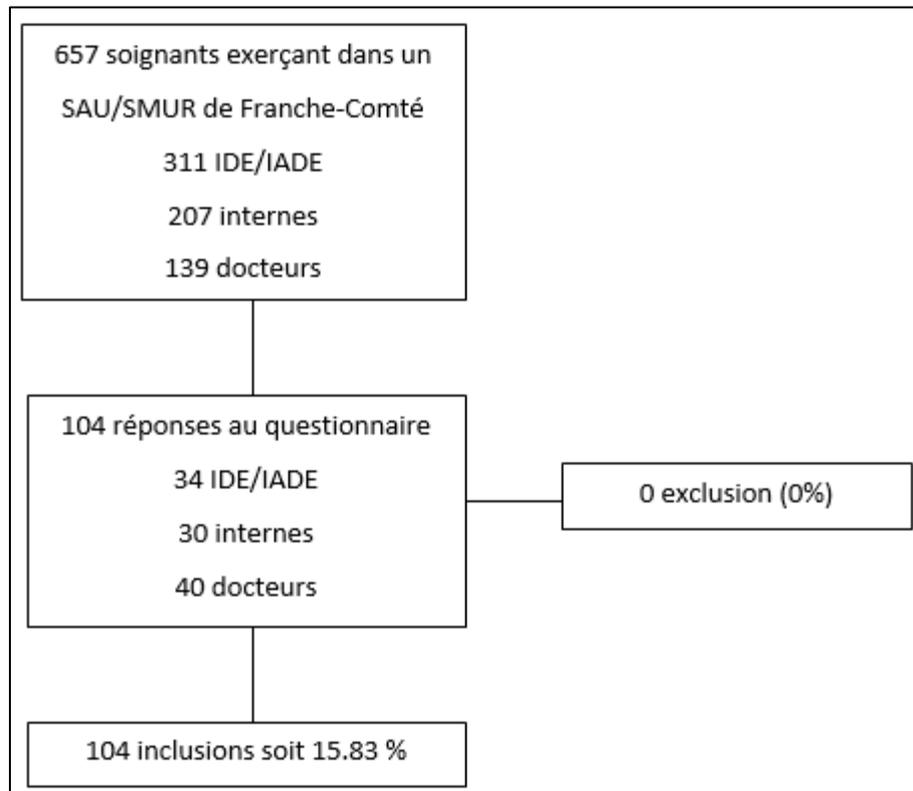


Figure 1 : Diagramme de flux de notre étude

II. Caractéristiques de la population étudiée (n=104)

La première partie du questionnaire concernait les caractéristiques sociales et démographiques de la population de notre étude. Ces caractéristiques ont ensuite été utilisées pour établir des groupes afin de permettre une comparaison.

Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes et représentaient 67.31% de la population étudiée.

L'âge moyen de l'ensemble des participants était de 32.91 ans, le plus jeune avait 22 ans et le plus âgé avait 64 ans. L'écart-type était de 7.95 ans.

La population était composée de 40 docteurs (38.46%), 30 internes (28.85%) et 34 IDE/IADE (32.69%). Il y avait autant d'internes de spécialité médecine d'urgence (DESMU) que d'une autre spécialité médicale (14.42% chacun).

Les participants travaillant dans le SAU/SMUR de Besançon étaient plus nombreux que les autres (49.04%), suivis à égalité du SAU/SMUR de Dole et de Trévenans (12.50% chacun). Quatre participants (3.84%) avaient un emploi partagé entre le SAU/SMUR de Besançon et un autre SAU/SMUR de Franche-Comté (Dole, Lons-le-Saunier, Trévenans ou Vesoul).

La durée d'expérience moyenne de travail des soignants dans un SAU/SMUR tous confondus était de 73.63 mois soit environ 6 ans. L'écart type était de 90.52 mois soit environ 7.5 ans.

La majorité de la population étudiée (79.81%) avait déjà participé à une décision de LAT(A) dans un SAU/SMUR quel qu'il soit. Et 80.77% des participants n'avaient aucune expérience en soins palliatifs (stages, emplois, formations, DU...).

Voici un tableau récapitulatif représentant les principales caractéristiques de notre population :

Sexe n (%)	Femmes	70 (67.31%)
	Hommes	34 (32.69%)
Age (années)	Moyenne ± Écart-type	32.91 ± 7.95
Profession n (%)	IDE/IADE	34 (32.69%)
	Internes de spécialité urgences	15 (14.42%)
	Internes d'une autre spécialité	15 (14.42%)
	Docteurs urgentistes	36 (34.62%)
	Docteurs d'une autre spécialité	4 (3.85%)
Lieu d'exercice n (%)	Besançon	51 (49.04 %)
	Dole	13 (12.50%)
	Lons-le-Saunier	9 (8.65%)
	Morez	4 (3.85%)
	Pontarlier	3 (2.88%)
	Trévenans	13 (12.50%)
	Vesoul	7 (6.73%)
	Besançon / Dole	1 (0.96%)
	Besançon / Trévenans	1 (0.96%)
	Besançon / Vesoul	1 (0.96%)
	Besançon / Lons-le-Saunier	1 (0.96%)
Participation à une décision de LAT(A) n (%)	Oui	83 (79.81%)
	Non	21 (20.19%)
Expérience	En soins palliatifs n (%)	
	Oui	20 (19.23%)
	Non	84 (80.77%)
	Tout SAU/SMUR (mois)	
	Moyenne ± Écart-type	73.63 ± 90.52

Tableau 1 : Caractéristiques sociales et démographiques de la population étudiée

III. Mise en place des procédures de LAT(A) dans les SAU/SMUR de Franche-Comté

La deuxième partie du questionnaire concernait les données relatives à la mise en place des procédures de LAT(A) dans les SAU/SMUR de Franche-Comté.

1. Volonté du patient

La volonté du patient lors d'une décision de LAT(A) était « souvent » (40.38%) ou « toujours » (39.42%) recherchée lorsqu'il était en capacité d'exprimer sa volonté selon nos participants (Tableau 2).

Question 35 « Lors d'une décision de LAT, la volonté du patient (lorsqu'il est en capacité de s'exprimer) est-elle recherchée ? » n (%)

Ne sait pas	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
6 (5.77%)	0 (0%)	4 (3.85%)	11 (10.58%)	42 (40.38%)	41 (39.42%)

Tableau 2 : Réponses à la question n°35

2. Implication du médecin traitant

D'après notre population, le médecin traitant du patient était « rarement » (50%) impliqué dans la prise en charge du patient en situation de fin de vie dans un SAU/SMUR (Tableau 3).

Question 34 « Lors d'une décision de LAT, le médecin traitant du patient est-il impliqué dans la décision ? n (%)

Ne sait pas	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
9 (8.65%)	19 (18.27%)	52 (50%)	18 (17.31%)	6 (5.77%)	0 (0%)

Tableau 3 : Réponses à la question n°34

3. Directives anticipées

Selon notre population, les directives anticipées étaient « toujours » (42.31%) et « souvent » (37.50%) recherchées dans la prise en charge de patients en situation de fin de vie dans les SAU/SMUR de Franche-Comté (Tableau 4).

Question 36 « Lors d'une décision de LAT, lorsque le patient n'est pas en capacité d'exprimer sa volonté, les directives anticipées sont-elles recherchées ? » n (%)

Ne sait pas	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
3 (2.88%)	0 (0%)	8 (7.69%)	10 (9.62%)	39 (37.50%)	44 (42.31%)

Tableau 4 : Réponses à la question n°36

4. Consultation des proches ou de la famille du patient

D'après nos participants, les proches ou la famille du patient étaient « toujours » (45.20%) ou « souvent » (44.23%) consultés concernant la situation de fin de vie (Tableau 5).

Question 37 « Lors d'une décision de LAT, lorsque le patient n'est pas en capacité d'exprimer sa volonté et qu'il n'existe pas de directive anticipée, la personne de confiance, un proche ou la famille sont-ils consultés ? » n (%)

Ne sait pas	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
3 (2.88%)	1 (0.96%)	1 (0.96%)	6 (5.77%)	46 (44.23%)	47 (45.20%)

Tableau 5 : Réponses à la question n°37

5. Second avis médical

Selon nos participants, l'avis d'un second médecin quel qu'il soit était « toujours » (41.34%) et « souvent » (39.42%) recherché (Tableau 6).

Question 17 « Lors d'une décision de LAT dans un SAU/SMUR concernant un de vos patients, un second avis médical est-il recherché selon vous ? » n (%)

Ne sait pas	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
4 (3.85%)	6 (5.77%)	10 (9.62%)	41 (39.42%)	43 (41.34%)

Tableau 6 : Réponses à la question n°17

6. Tenue du dossier médical

a. Arguments cliniques, biologiques...

Les soignants considéraient que les arguments cliniques et biologiques étaient « souvent » (45.19%) retranscrits dans le dossier médical du patient (Tableau 7).

Question 32 « Lors d'une décision de LAT, les arguments (cliniques, biologiques, antécédents...) ayant motivé la décision sont retranscrits et détaillés dans le dossier du patient : » n (%)					
Ne sait pas	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
2 (1.92%)	0 (0%)	4 (3.85%)	17 (16.35%)	47 (45.19%)	34 (32.69%)

Tableau 7 : Réponses à la question n°32

b. Thérapeutiques utilisées

Les soignants considéraient que les thérapeutiques initiées ou limitées/arrêtées étaient « souvent » (39.42%) présents dans les dossiers médicaux des patients en situation de fin de vie dans les SAU/SMUR de Franche-Comté (Tableau 8).

Question 3 « Lors d'une décision de LAT l'ensemble des thérapeutiques initiées et celles limitées/arrêtées sont retranscrites et détaillées dans le dossier : » n (%)					
Ne sait pas	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
2 (1.93%)	0 (0%)	8 (7.69%)	28 (26.92%)	41 (39.42%)	25 (24.04%)

Tableau 8 : Réponses à la question n°33

7. Mise en place d'une HAD

La majorité de notre population (78.85%) n'avait jamais mis en place d'HAD depuis un SAU/SMUR de Franche-Comté (Tableau 9). Il existait une différence significative ($p=0.043$) selon le lieu d'exercice. (Figure 2).

Question 39 « Avez-vous déjà mis en place une HAD dans un SAU/SMUR ? » n (%)	
Oui	Non
22 (21.15%)	82 (78.85%)

Tableau 9 : Réponses à la question n°39

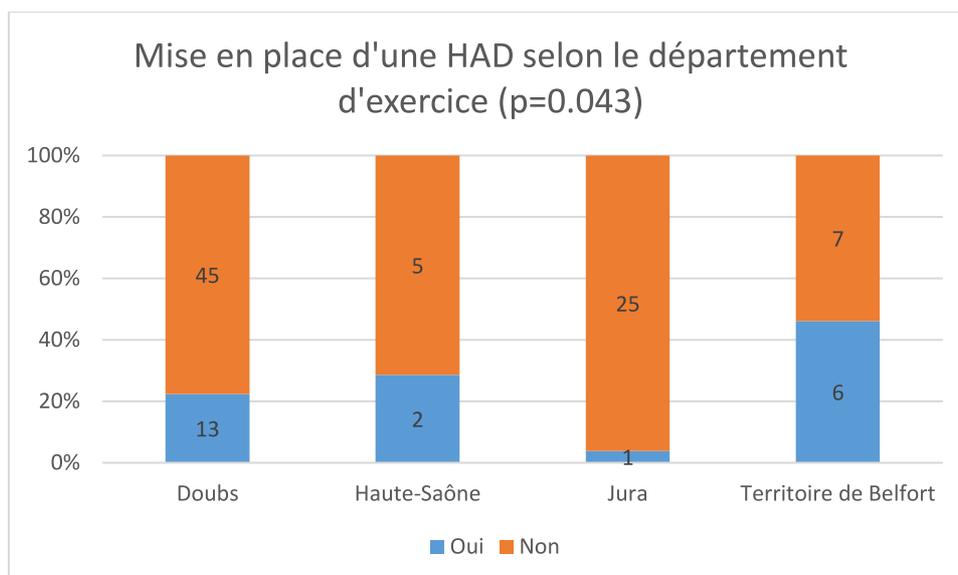


Figure 2 : Mise en place d'une HAD selon le département d'exercice

8. Utilité d'un protocole thérapeutique

Quatre-vingt-dix soignants (86.54%) considéraient qu'un protocole thérapeutique d'aide à la prise en charge des patients en situation de fin de vie dans un SAU/SMUR serait utile (Tableau 10). Il n'y avait pas de différence significative (p=0.156) concernant les professions (Figure 3).

Question 48 « Pensez-vous qu'un protocole d'accompagnement concernant la gestion des patients en situation de fin de vie adapté à un SAU/SMUR est utile ? » n (%)

Oui	Non
90 (86.54%)	14 (13.46%)

Tableau 10 : Réponses à la question n°48

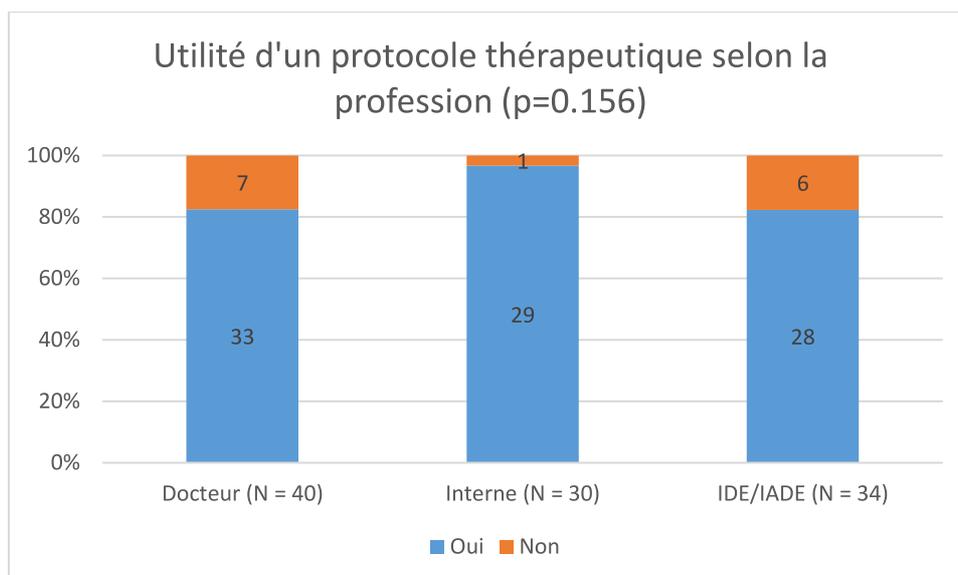


Figure 3 : Utilité d'un protocole thérapeutique selon la profession

IV. Ressenti des professionnels

La troisième partie du questionnaire concernait le ressenti des professionnels de santé vis-à-vis des patients en situation de fin de vie dans les SAU/SMUR de Franche-Comté.

1. Formation médicale

a. Globale

La majorité de notre population (72.12%) considérait le niveau de formation concernant la prise en charge médicale des patients en situation de fin de vie d'une manière générale insuffisante (Tableau 11). Il n'existait pas de différence significative ($p=0.499$) selon les professions (Figure 4).

Question 26 « Pensez-vous que votre formation vis-à-vis des patients en situation de fin de vie d'une manière générale est suffisante ? » n (%)

Oui	Non
29 (27.88%)	75 (72.12%)

Tableau 11 : Réponses à la question n°26

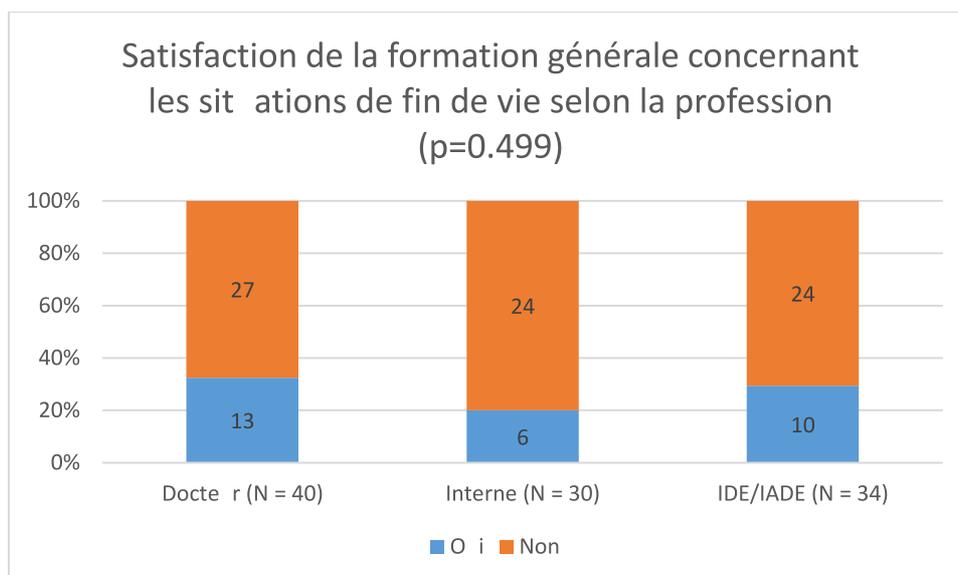


Fig 5 Satisfaction de la formation générale concernant les situations de fin de vie selon la profession

b. Pour les SAU/SMUR

La grande majorité de la population (96.15%) considèrerait la prise en charge des patients en situation de fin de vie comme différente entre un SAU/SMUR et un service d'hospitalisation (Tableau 12).

Question 27 « Pensez-vous que la prise en charge des patients en situation de fin de vie soit différente dans un SAU/SMUR face à un service d'hospitalisation ? » n (%)

Oui	Non
100 (96.15%)	4 (3.85%)

Tableau 12 Réponses à la question n°27

Pour notre population, 72.12% considéraient la formation concernant la gestion de patient en situation de fin de vie spécifiquement dans un SAU/SMUR comme insuffisante (Tableau 13). Il existait une différence significative (p=0.010) selon la profession. (Figure 5)

Question 28 « Si oui, pensez-vous que votre formation vis-à-vis des patients en situation de fin de vie dans un SAU/SMUR est suffisante ? » n (%)

Oui	Non
29 (27.88%)	75 (72.12%)

Tableau 13 Réponses à la question n°28

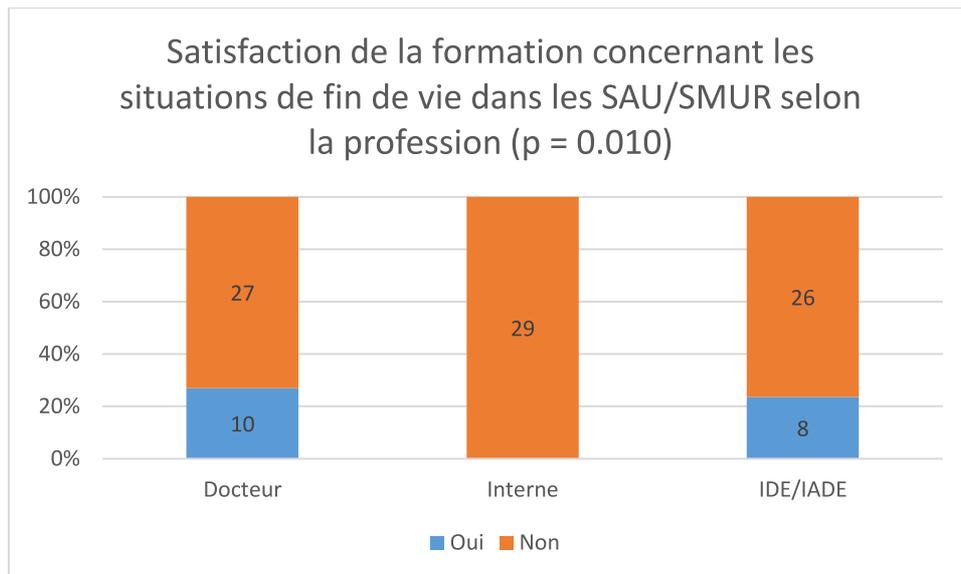


Figure 5 : Satisfaction de la formation concernant les situations de fin de vie dans les SAU/SMUR selon la profession

2. Connaissances théoriques sur les drogues d'accompagnement

D'une manière globale, une faible majorité de notre population considèrerait ses connaissances théoriques concernant les drogues d'accompagnement comme suffisantes (54.81%) (Tableau 14). On remarque une différence significative ($p=0.001$) du ressenti de connaissances médicamenteuses théoriques selon la profession (Figure 6).

Question 31 « Pensez-vous que vos connaissances sur les drogues d'accompagnement sont suffisantes ? » n (%)	
Oui	Non
57 (54.81%)	47 (45.19%)

Tableau 14 : Réponses à la question n°31

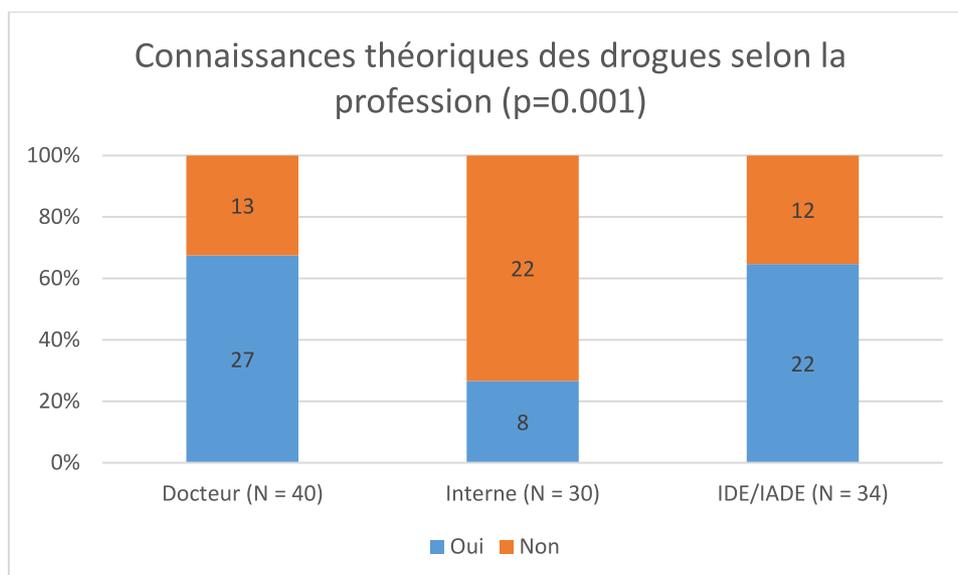


Figure 6 : Connaissances théoriques des drogues selon la profession

3. Sentiment d'aisance professionnelle dans les situations de LAT(A)

a. Prise en charge globale des situations de LAT(A)

D'une manière générale, la population étudiée se sentait à l'aise (70.19%) avec la prise en charge globale des patients en situation de fin de vie (Tableau 15). Il existait une différence significative de la profession ($p < 0.001$) mais aussi de l'âge ($p < 0.001$) sur le sentiment d'aisance professionnelle (création de tranches d'âges de 20 à 30 ans, de 30 à 40 ans et > 40 ans).

Les internes se sentaient moins à l'aise professionnellement que les autres soignants. Les soignants de moins de 30 ans se sentaient moins à l'aise professionnellement avec ces situations que les soignants de plus de 30 ans (Figure 7 et 8).

Question 23 « Vous sentez-vous à l'aise dans la prise en charge globale des patients en situation de fin de vie d'une manière générale ? » n (%)

Oui	Non
73 (70.19%)	31 (29.81%)

Tableau 15 : Réponses à la question n°23

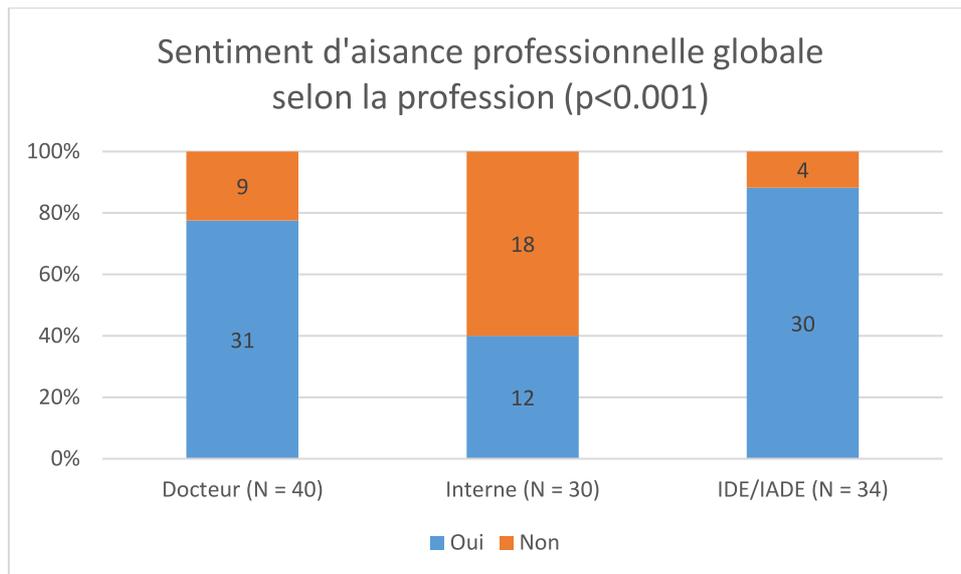


Figure 7 : Sentiment d'aisance professionnelle globale selon la profession

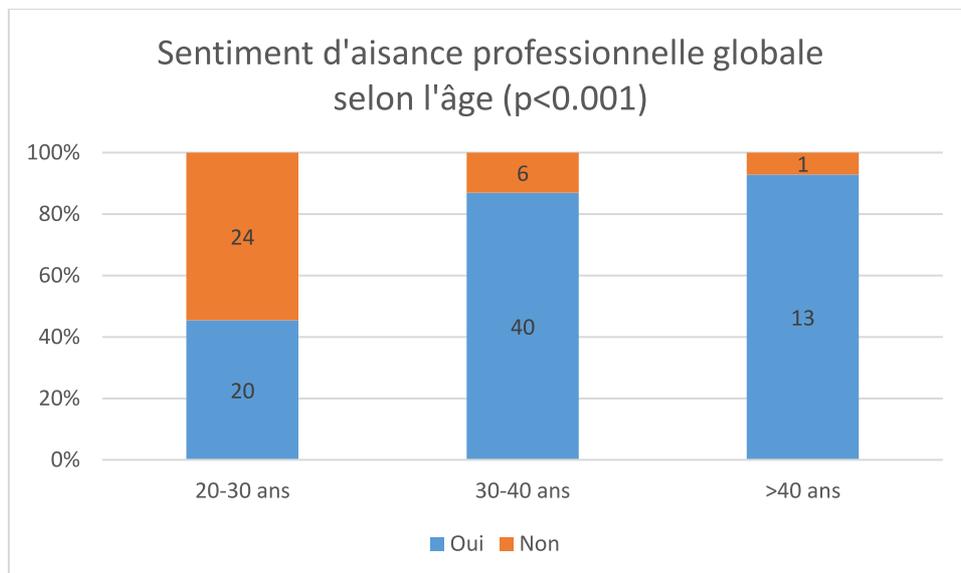


Figure 8 : Sentiment d'aisance professionnelle globale selon l'âge

b. Situations de LAT(A) spécifiquement dans un SAU/SMUR

D'une manière générale, 54.81% de notre population ne se sentaient pas à l'aise professionnellement concernant la prise en charge de patients en situation de fin de vie spécifiquement dans un SAU/SMUR de Franche-Comté (Tableau 16).

Il existait une différence significative de la profession (p<0.001) et de l'âge (20-30 ans, 30-40 ans et > 40 ans) (p<0.001) concernant le sentiment d'aisance professionnelle dans ces situations.

Les internes et IDE/IADE se sentaient moins à l'aise professionnellement que les docteurs. Les soignants de moins de 30 ans se sentaient moins à l'aise avec ces situations que les soignants de plus de 30 ans (Figure 9 et 10).

Question 24 « Vous sentez -vous à l'aise dans la prise en charges globale des patients en situation de fin de vie dans un SAU/SMUR ? » n (%)

Oui	Non
47 (45.19%)	57 (54.81%)

Tableau 16 : Réponses à la question n°24

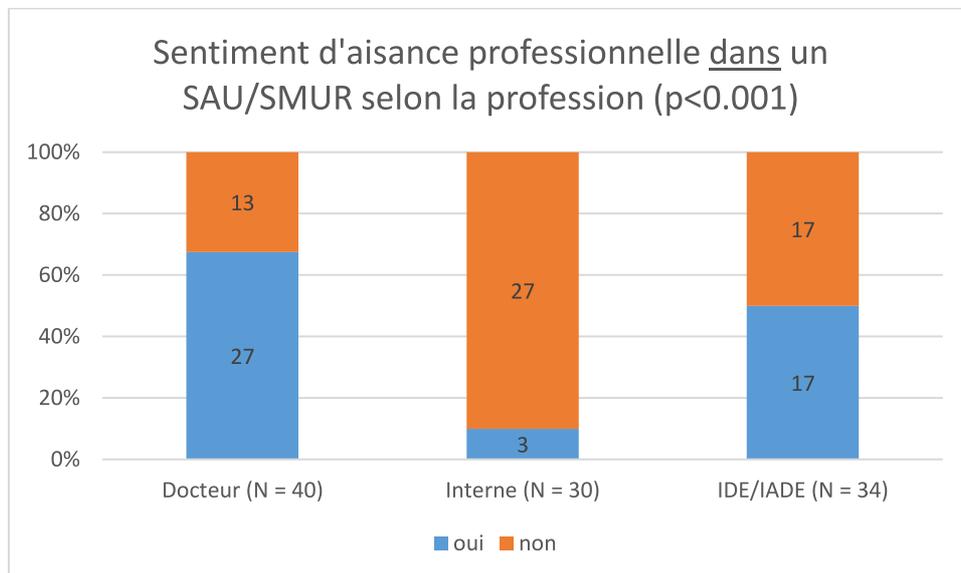


Figure 9 : Sentiment d'aisance professionnelle dans un SAU/SMUR selon la profession

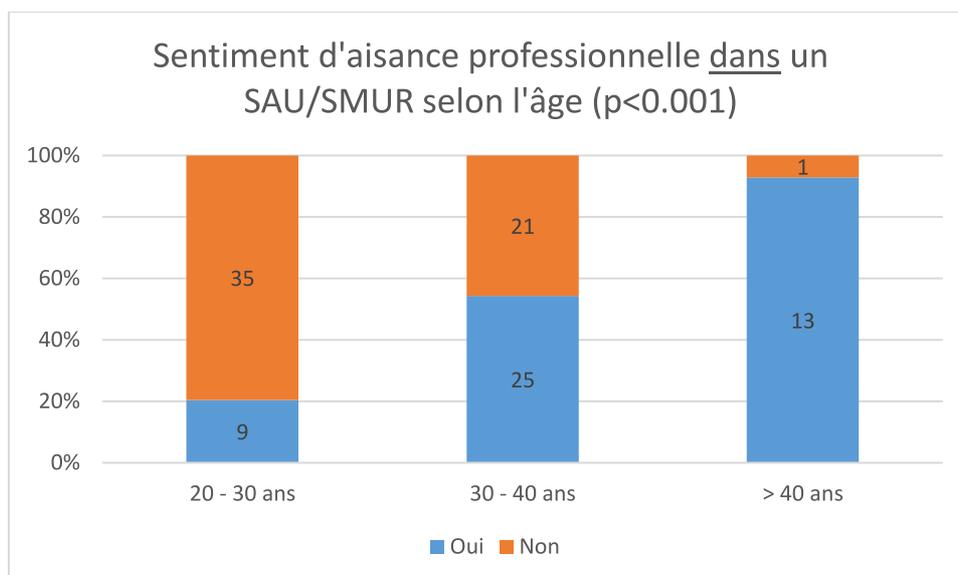


Figure 10 : Sentiment d'aisance professionnelle dans un SAU/SMUR selon l'âge

4. Sentiment d'implication dans la décision médicale

La majorité de notre population se sentait « toujours » (43.27%) impliquée dans la mise en place d'une LAT(A) dans un SAU/SMUR de Franche-Comté (Tableau 17). Il existait une différence significative de la profession ($p<0.001$). Les internes et IDE/IADE se sentaient moins impliqués dans les décisions de LAT(A) concernant leurs patients que les docteurs (Figure 11).

Question 19 « Lors de la décision d'une LAT(A) d'un patient dont vous avez la charge, vous sentez-vous impliqué activement dans la décision ? » n (%)

Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
3 (2.88%)	18 (17.32%)	16 (15.38%)	22 (21.15%)	45 (43.27%)

Tableau 17 : Réponses à la question n°19

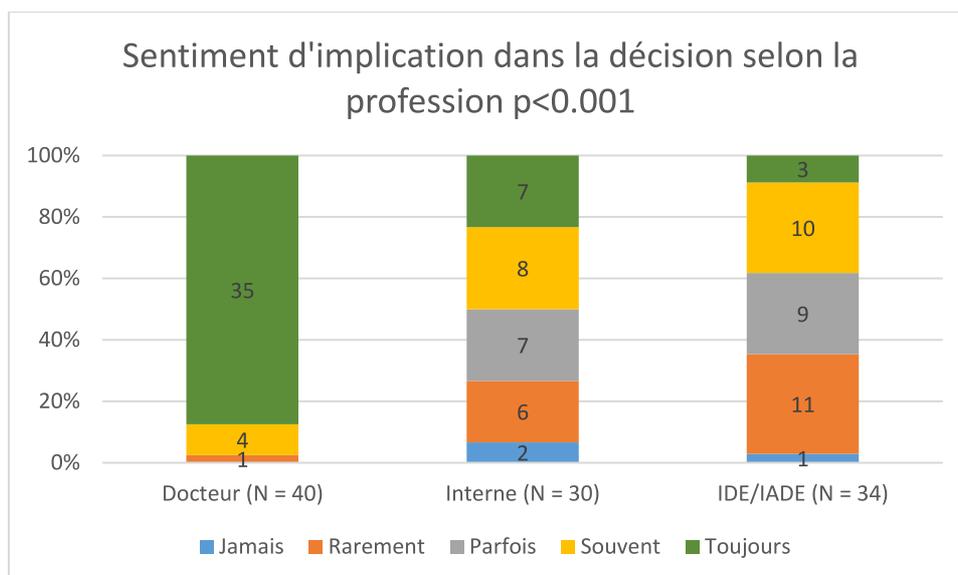


Figure 11 : Sentiment d'implication dans la décision selon la profession

5. Niveau de satisfaction de prise en charge

Il existait une quasi-égalité entre un ressenti professionnel « décevant » (44.22%) et « satisfaisant » (45.19%) concernant la prise en charge de patient en situation de fin de vie dans un SAU/SMUR (Tableau 18). Il n'existait pas de différence significative ($p=0.189$) en fonction de la profession (Figure 12).

Question 29 « Considérez-vous vos prises en charge des patients en situations de fin de vie dans un SAU/SMUR comme : » n (%)

Médiocre	Décevante	Satisfaisante	Optimal
10 (9.62%)	46 (44.23%)	47 (45.19%)	1 (0.96%)

Tableau 18 : Réponses à la question n°29

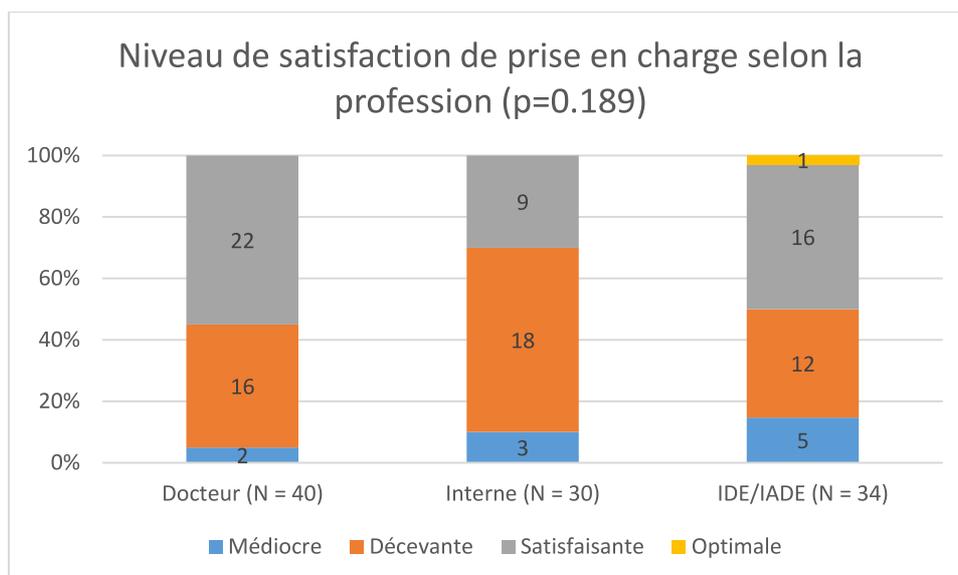


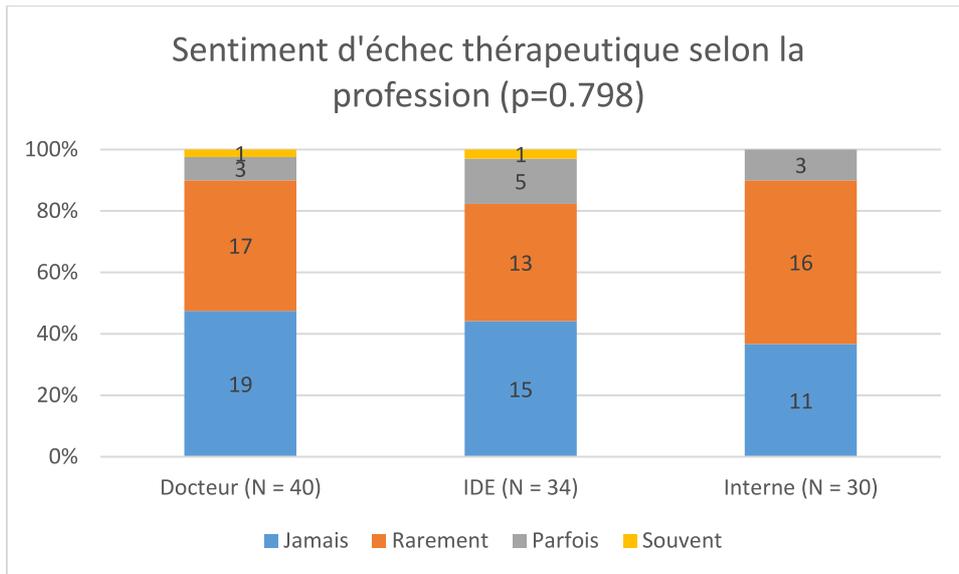
Fig 6 : Niveau de satisfaction de prise en charge selon la profession

6. Sentiment d'échec thérapeutique

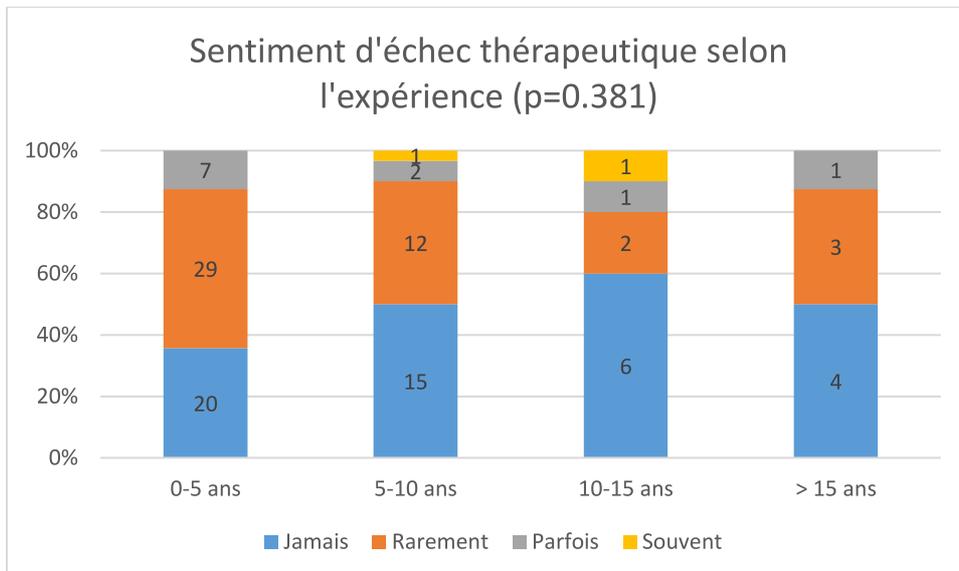
Pour la plupart de notre population, il s'agit « jamais » (43.27%) ou « rarement » (44.23%) ressentit un sentiment d'échec thérapeutique à la mise en place d'une LAT(A) dans un SAU/SMUR de France-Comté (Tableau 19). Il n'existait pas de différence significative selon la profession ($p=0.798$) ou la durée d'expérience professionnelle ($p=0.381$) dans un SAU/SMUR (création de tranches de durées professionnelles de 0 à 5 ans, de 5 à 10 ans, de 10 à 15 ans et > 15 ans) (Figure 13 et 14).

Question 44 « Vivez-vous la mise en place d'une LAT(A) comme un échec thérapeutique ? » n (%)				
Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
45 (43.27%)	46 (44.23%)	11 (10.58%)	2 (1.92%)	0 (0%)

Tableau 19 : Réponses à la question n°44



Figur 3 : Sentiment d'échec thérapeutique selon la profession



Figur 14 : Sentiment d'échec thérapeutique selon l'expérience

7. Degrés de limitation thérapeutique

Cinquante soignants (48.08%) considéraient le degré de limitation comme « approprié » et 46.15% comme « insuffisant » (Tableau 20). Il existait une différence significative de la profession (p=0.009), les internes considéraient en plus grande majorité le degré de limitations thérapeutiques comme « insuffisant » (Figure 15).

Question 41 « Trouvez-vous que le degré de limitation d'une prise en charge de LAT dans un SAU/SMUR soit : » n (%)

Très insuffisante	Insuffisante	Appropriée	Excessive
4 (3.85%)	48 (46.15%)	50 (48.08%)	2 (1.92%)

Tableau 20 : Réponses à la question n°41

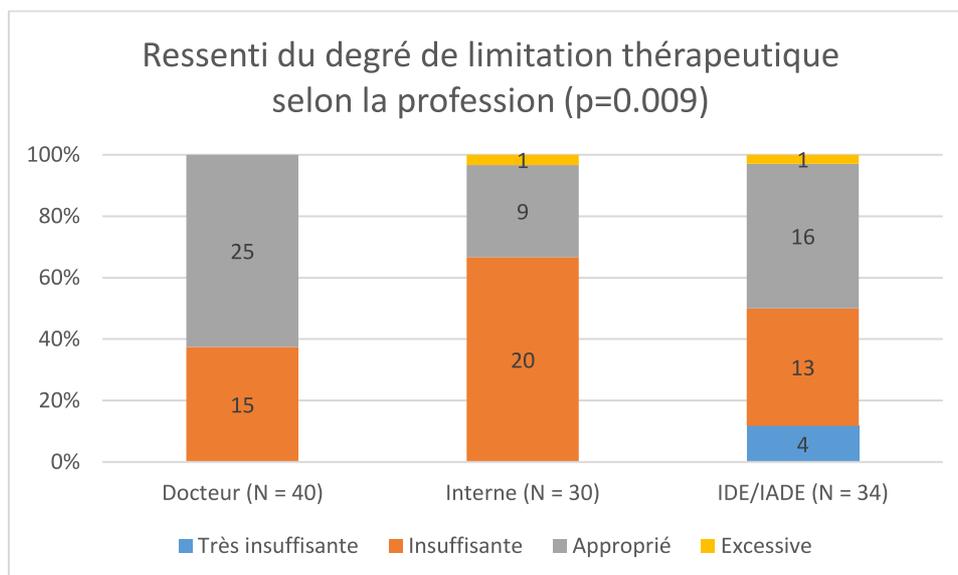


Figure 15 : Ressenti du degré de limitation thérapeutique selon la profession

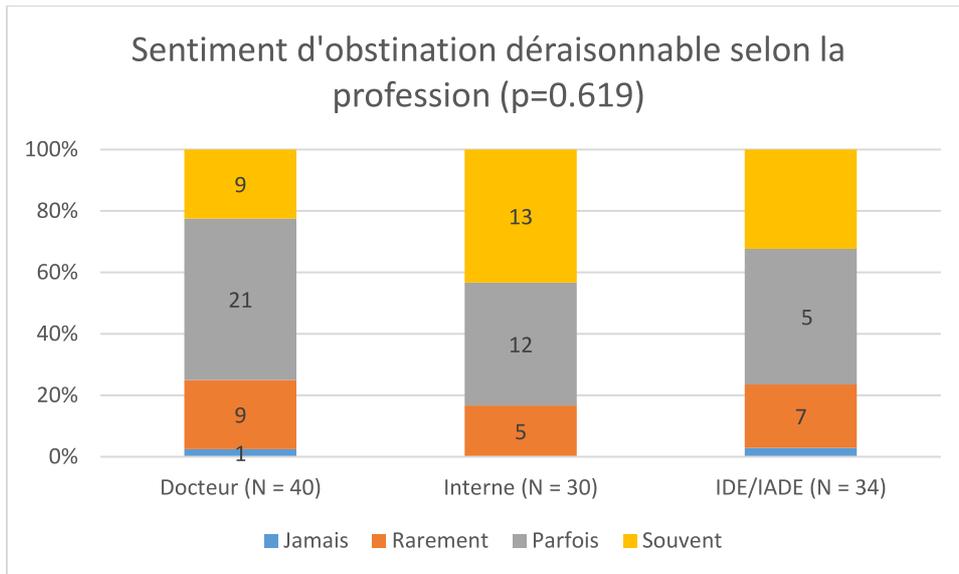
8. Obstination déraisonnable

Quarante-huit soignants (46.15%) considéraient les prises en charge de certains patients comme relevant « parfois » d'une obstination déraisonnable (Tableau 21). Il n'existait pas d'effet significatif ni de la profession ($p=0.619$) ni de l'âge (20-30 ans, 30-40 ans et >40 ans) ($p=0.619$) sur ce sentiment (Figure 16 et 17).

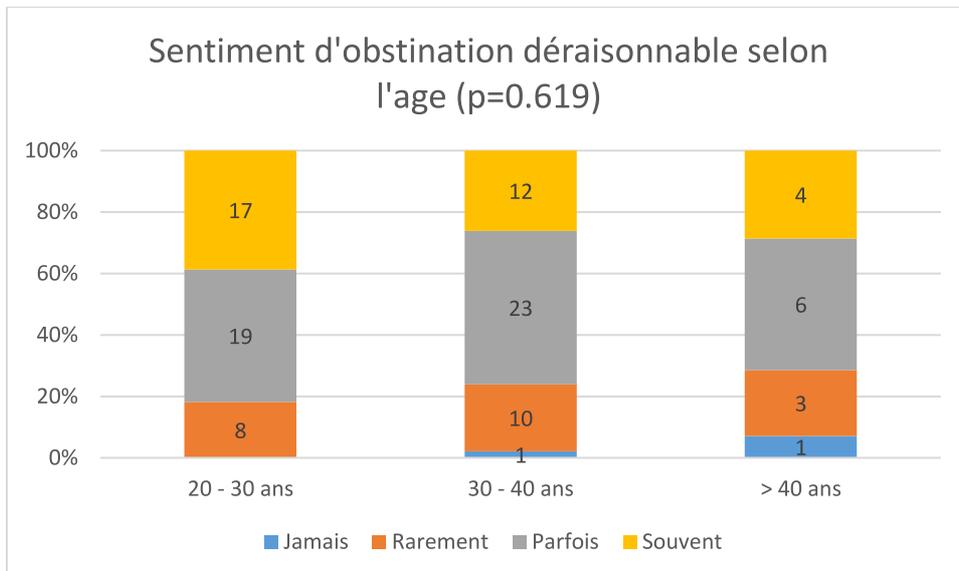
Question 45 « Avez-vous le sentiment que les patients fassent l'objet d'obstination déraisonnable/acharnement thérapeutique dans un SAU/SMUR ? » n (%)

Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
2 (1.92%)	21 (20.20%)	48 (46.15%)	33 (31.73%)	0 (0%)

Tableau 21 : Réponses à la question n°45



Figur 6 : Sentiment d'obstination déraisonnable selon la profession



Figur 17 : Sentiment d'obstination déraisonnable selon l'âge

DISCUSSION

Cette étude s'intéressait aux pratiques professionnelles et au ressenti des soignants (docteurs, internes et IDE/IADE) concernant la prise en charge de patients en situation de fin de vie dans les SAU/SMUR de Franche-Comté.

Il est à noter que les types de drogues ainsi que leurs posologies utilisées dans les SAU/SMUR de Franche-Comté pour la prise en charge des patients en situation de fin de vie n'ont pas été étudiés dans ce travail étant donné qu'un autre travail de thèse était réalisé dans le même temps sur ce sujet dans le SAU adulte du CHU Minjoz de Besançon.

I. Adhésion au questionnaire et recrutement

Notre étude nous a permis de recruter informatiquement 104 réponses au questionnaire mis en ligne. Aucune de ces réponses n'a été exclue de la base de données et toutes les réponses ont été traitées.

Le nombre potentiel de réponses qui auraient pu être recueillies au maximum pour ce questionnaire étaient de 657 réponses. Ce qui signifie que nous avons dans notre travail, un taux de participation de 15.83%. Ce défaut de participation peut s'expliquer de plusieurs manières. D'une part, par la non-consultation de sa boîte mail professionnelle ou par la non-visualisation de l'affiche contenant le QR code. D'une manière générale, les questionnaires professionnels en ligne sont nombreux et nombre de soignants ne répondent pas à la totalité des questionnaires qui leur est transmis par manque de temps ou d'implication dans les travaux universitaires.

D'autre part, nous n'avons validé informatiquement que les questionnaires remplis dans leur intégralité, tout questionnaire incomplet n'était pas comptabilisé et ne faisait pas partie de la base de données. Certains questionnaires ont peut-être été commencés mais non terminés et ne sont donc pas comptabilisés.

Un travail relativement similaire avait été réalisé sur une plus petite population, un seul centre hospitalier, le CHU de Guadeloupe. Il retrouvait un taux de participation de 63% du personnel soignant mais les critères d'inclusions étaient différents (docteur, internes, IDE et aide soignantes), les questionnaires incomplets avaient été comptabilisés (le nombre de réponses potentielles n'était pas transmis dans ce travail). (12)

II. Caractéristiques de la population

La population de notre étude était principalement composée de femmes (67.31%). L'échantillon de population était représentatif de la population cible puisque les soignants sont désormais majoritairement des femmes. Une étude initiée par l'Organisation Mondiale de la Santé mettait en évidence que les femmes représentaient 70% des effectifs du secteur sanitaire et sociale. (13)

Plus de 80% de notre population avait entre 25 et 40 ans, il s'agissait donc d'une population relativement jeune. Il est possible que les soignants plus âgés soient moins à l'aise avec les QR code et les questionnaires en ligne et n'aient donc pas pu répondre au questionnaire. Ceci représente un biais de sélection potentiel dans notre travail. Il est aussi à noter que le personnel soignant travaillant dans des services d'urgences est relativement jeune, une étude réalisée sur le service des urgences du CHU de Bordeaux en 2019 concluait à une moyenne d'âge des personnels soignants de 34 ans. (14)

La majorité de la population de notre étude était représentée par des docteurs (38.46%) suivie par des IDE/IADE (32.69%). Les internes représentaient quant à eux 28.85% de la population étudiée. La faible proportion d'internes participants peut s'expliquer par le fait que les internes ne travaillant pas à temps complet aux urgences sur le semestre de réalisation des inclusions et n'effectuant que des gardes occasionnelles ne se sentaient pas concernés par l'étude.

La majorité de notre population était composée de professionnels de santé travaillant dans le SAU/SMUR de Besançon. Le questionnaire ayant été diffusé à part égal et de la même façon entre les différents centres de l'étude, il ne s'agit pas d'un biais potentiel quant à la diffusion du questionnaire. Néanmoins, le centre de Besançon est le plus gros centre hospitalier inclus dans notre travail, il concentrait donc une plus grande partie de soignants. De plus, le centre hospitalier de Besançon étant un centre universitaire, l'implication des professionnels de santé dans les travaux de thèse était possiblement plus importante que dans les autres centres périphériques de la région de Franche-Comté.

Presque 80% de notre population avaient déjà participé à une décision de LAT(A) dans un SAU/SMUR. Les situations de fin de vie étant fréquentes dans les services d'urgences, ce chiffre relativement élevé était attendu. Néanmoins il existe un biais de sélection potentiel, en effet, il est possible que les soignants ayant déjà été confronté à ce genre de situation aient d'avantage rempli le questionnaire en se sentant plus concerné par ces situations médicales.

III. Mise en place de procédures LATA dans les SAU/SMUR de Franche-Comté

1. Volonté du patient, implication du médecin traitant, directives anticipées, consultation des proches ou de la famille et second avis médical

Les recommandations des différents corps médicaux sont unanimes concernant la démarche de mise en place d'une LAT(A) pour un patient. (7)

Il faut premièrement rechercher la volonté du patient si cela est possible. Dans le cas contraire, il est indispensable de s'assurer de l'existence de directives anticipées précédemment réalisées par le patient. S'il n'en existe pas, il est nécessaire de recueillir l'avis des proches ou de la famille du patient concernant le souhait du patient. Il faut également, conforter la décision de LAT(A) en demandant un deuxième avis médical avant de mettre en place les prescriptions médicales de LAT(A).

Dans notre étude, tous ces points étaient considérés comme « toujours » ou « souvent » recherchés et le second avis médical était majoritairement un docteur urgentiste ou anesthésiste-réanimateur.

Cette démarche systématique de mise en place d'une LAT(A) est témoin de la qualité de réflexion médicale et de la démarche éthique effectuées par les soignants. Cette démarche a fait l'objet d'une « fiche mémo » réalisée conjointement entre la SFMU et la SFAP afin de protocoliser les démarches de la réflexion médicale. (6) (Annexe 2)

Néanmoins, il est souvent préconisé dans les recommandations d'impliquer le médecin traitant du patient dans ces situations complexes. (7,8)

Dans notre étude, le médecin traitant était considéré par les soignants comme « rarement » impliqué dans la prise en charge du patient. Il n'était également que rarement sollicité comme deuxième avis médical (4 fois sur les 104 réponses, soit 3.85%) selon l'avis des soignants.

Une étude réalisée aux urgences de Libourne mettait en évidence que seulement 10% des dossiers de patients en situation de fin de vie étaient discutés avec le médecin traitant du patient. (15)

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette tendance. Premièrement, les médecins traitants ne sont pas disponibles 24h/24h et ne sont donc pas joignables à tout moment des prises en charge. Deuxièmement, les lignes directes sont rarement connues et passer par le secrétariat du cabinet peut sembler être une perte de temps dans le contexte de l'urgence. Troisièmement, certains patients sont en errance médicale et n'ont soit aucun suivi médical soit pas de médecin traitant référent.

2. Mise en place d'une Hospitalisation A Domicile (HAD)

Dans notre étude, la grande majorité de notre population n'avait jamais mis en place d'HAD depuis un SAU/SMUR de Franche-Comté.

Il existe la région de Franche-Comté 5 HAD a total : de x dans le Doubs HAD Haut-Doubs, HAD Grand Besançon), une pour le territoire de Belfort (HAD Nord Franche-Comté), une seule en Haute-Saône (HAD Haute-Saône) et une seule dans le Jura (HAD Jura). Les HAD sont inégalement réparties sur le territoire français mais sont en nette progression sur la région de Franche-Comté. (16,17) (Figure 18 et 19)

Nous pouvons donc supposer que les mise en place d'HAD augmenteront depuis les SAU/SMUR dans les années à venir.

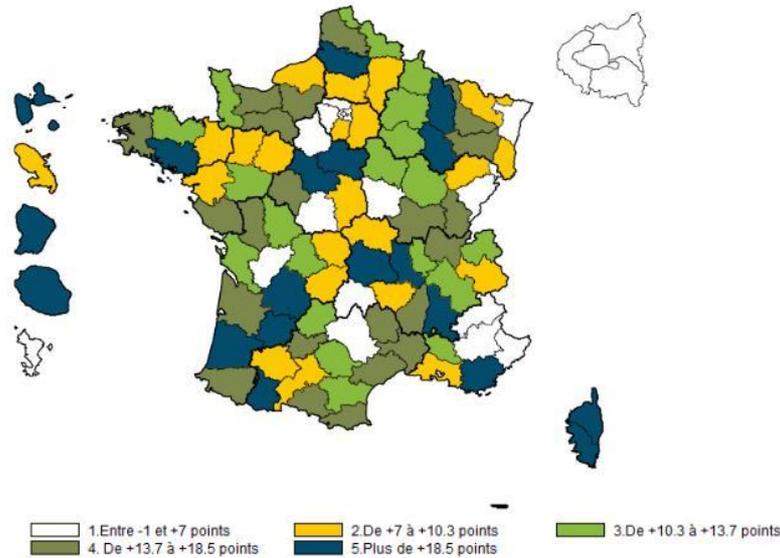


Figure 18 : Evolution du taux de recours à l'HAD par département entre 2006 et 2016 (16)

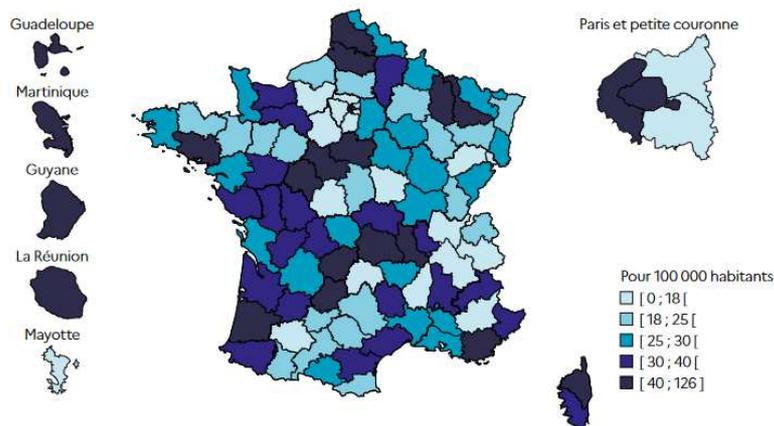


Figure 19 : Densité des capacités de prise en charge en HAD par départements en 2020 (17)

3. Utilité d'un protocole thérapeutique

La grande majorité de notre population étudiée considèrerait qu'un protocole thérapeutique d'aide à la prise en charge de patient en situation de fin de vie dans les SAU/SMUR serait utile. En effet,

l'utilisation de protocole thérapeutique permet d'uniformiser les pratiques professionnelles et de faciliter la prise en charge de certains patients.

4. Tenue du dossier médical

D'un point de vue médico-légal, il est indispensable d'avoir dans le dossier médical du patient les informations nécessaires ayant conduit à la décision de LAT(A) ainsi que les thérapeutiques qui en découlent. Notre population considérait le dossier médical du patient comme possédant « souvent » les informations nécessaires. Cela fait l'objet d'un travail de thèse en cours.

La présence d'un protocole thérapeutique d'aide médicale à la prise en charge de patient en situation de fin de vie permettrait de guider la tenue du dossier médical ainsi que les prescriptions et de les uniformiser.

IV. Ressenti des professionnels de santé

1. Formation médicale et connaissance théorique sur les drogues d'accompagnement

On remarque dans notre étude que le niveau de formation médicale concernant les prises en charge de patient en situation de fin de vie était jugé par toutes les professions (docteur, interne et IDE/IADE) comme insuffisant que ce soit en globalité ou spécifiquement dans un SAU/SMUR.

Néanmoins, les docteurs et IDE/IADE considéraient leur niveau de formation théorique sur les drogues d'accompagnement comme suffisant.

Cela met en lumière que ce qui semble poser un problème aux docteurs et IDE/IADE dans la prise en charge de patients en situation de fin de vie dans un SAU/SMUR serait la gestion du patient dans sa globalité et non les connaissances purement théoriques des drogues. En effet, face à ces situations de fin de vie, les professionnels de santé sont amenés à prendre en compte un certain nombre de facteurs comme le service hospitalier et les moyens disponibles dans lequel se trouve le patient, la disponibilité d'un service d'accueil, l'entourage du patient.

Ce défaut de formation ressenti par les soignants des urgences dans la gestion de soins palliatifs avait déjà été mis en évidence par le rapport SICARD en 2012. (18)

Ce rapport suggérait plusieurs améliorations à mettre en œuvre. Premièrement, créer dans chaque université une filière universitaire spécifiquement destinée aux soins palliatifs. Deuxièmement, réorganiser les études médicales en incluant un enseignement de soins palliatifs obligatoire, un enseignement et une formation continue sur le terme « d'obstination déraisonnable » et le bon usage des opiacés et médicaments sédatifs, une formation aux relations humaines dans les situations de fin de vie. Troisièmement, rendre obligatoire (pour les spécialités principalement concernées par les maladies graves), un stage en soins palliatifs durant leur internat. Quatrièmement, intégrer dans

la formation continue des médecins, un programme sur les soins palliatifs et la communication. Ce rapport soulève qu'une démarche similaire devait également être conduite pour les autres personnels soignants.

2. Sentiment d'aisance professionnelle

Même si un défaut de formation était ressenti par toutes les professions (docteur, interne et IDE/IADE), les docteurs et IDE/IADE se sentaient paradoxalement à l'aise dans la prise en charge globale de patients en situation de fin de vie. Les internes se sentaient moins à l'aise dans ces situations, ce qui pourrait être lié à la sensation de manque de connaissances théoriques sur les drogues d'accompagnement.

Cette tendance est accentuée voire inversée pour certaines professions quand il s'agit de l'aisance professionnelle de prise en charge de patient en situation de fin de vie spécifiquement dans un SAU/SMUR. Les internes se sentaient encore moins à l'aise dans ces situations de prise en charge. Les IDE/IADE (qui avaient un sentiment d'aisance professionnelle auparavant) ne se sentent pas à l'aise concernant la prise en charge de ces patients dans un SAU/SMUR.

Plusieurs explications à cette inversion de tendance concernant les IDE/IADE sont possibles. Les IDE/IADE étant en première ligne dans la gestion des patients, il semble plus difficile pour eux de gérer un patient en situation de fin de vie dans un SAU/SMUR face à la gestion dans un autre service hospitalier. Les docteurs étant moins au contact du patient, les difficultés rencontrées sont minimisées.

Notre population étant aussi composée de soignants d'une spécialité autre que médecine d'urgence, nous avons décidé de pondérer le sentiment d'aisance professionnelle selon l'âge et non selon la durée d'expérience au sein d'un service d'urgences.

Les soignants de moins de 30 ans se sentaient moins à l'aise avec les prises en charge de patients en situation de fin de vie que ce soit dans un SAU/SMUR ou non. Ce qui suit les tendances précédentes car les internes sont souvent moins âgés que les chefs ou les IDE/IADE.

3. Sentiment d'implication dans la décision médicale

Même si les différentes recommandations concernant la fin de vie invitent les soignants à inclure dans la décision médicale les IDE/IADE du patient, dans notre étude, les IDE/IADE ne se sentaient que « rarement » impliqués dans la prise en charge.

Il semblerait que les services d'urgences ne soient pas un lieu propice à réaliser une véritable réunion collégiale et que la discussion avec les IDE/IADE soit rarement établie par manque de temps. Ce problème de communication dans les services d'urgences avait déjà été documenté en 2016 et

mettait en évidence un risque d'événements indésirables majoré lié à ce défaut de communication (19)

4. Satisfaction de prise en charge

Même si les IDE et internes se sentaient moins à l'aise avec la prise en charge de patients en situation de fin de vie dans un SAU/SMUR, le niveau de satisfaction globale de la prise en charge qui en découle est paradoxale. Notre population estimait les prises en charge de patient en situation de fin de vie comme « décevantes » ou « satisfaisantes » avec une quasi-égalité. La différence de signification entre les deux termes est grande et une analyse des facteurs influençant spécifiquement cette réponse aurait été intéressante. Il s'agit-là d'une des limites du questionnaire utilisé.

5. Sentiment d'échec thérapeutique

Dans notre étude, ni la profession (docteur, interne, IDE/IADE) ni la durée d'expérience ne modifiaient le sentiment d'échec thérapeutique qui n'était « jamais » ou « rarement » ressenti (87.50% au total). Ce pourcentage est légèrement plus important que dans une étude relativement similaire, réalisée en Guadeloupe en 2020, où il était de 77%. (12)

Ceci peut s'expliquer par une population différente, notre étude n'incluant pas la profession d'aide-soignant contrairement au travail cité.

6. Degrés de limitation thérapeutique et obstination déraisonnable

Nos résultats sont ambivalents concernant le degré de limitation thérapeutique et le sentiment d'obstination déraisonnable.

D'un côté, quel que soit l'âge ou la profession l'obstination déraisonnable était « souvent » ou « parfois » ressenti. Cependant, le degré de limitation thérapeutique était considéré comme « approprié » par les docteurs et IDE/IADE. Ce sentiment d'obstination déraisonnable malgré un degré de limitation considéré comme « approprié » met en évidence les difficultés de ces situations thérapeutiques et les limites éthiques étroites de ces prises en charge.

V. Forces de l'étude

Une des forces principales de l'étude est l'inclusion de différents corps de métier à savoir l'inclusion dans l'études des IDE/IADE, des internes quelle que soit leur spécialité et des docteurs en médecine, urgentistes ou non. Ces variétés de professions de soignants permettent un échantillon représentatif des professionnels de santé rencontrés dans les SAU/SMUR.

La diversité de ces résultats semble des grands centres de France-Comté est aussi une force de l'étude et permet de valider globalement des pratiques professionnelles.

VI. Limites de l'étude

Une des principales limites de l'étude est le faible taux de participation (15.83%) puisque de ce faible taux de réponses en découle des problèmes statistiques. En effet, pour certaines statistiques analytiques, la population qui composait certains sous-groupes était composée de moins de 5 personnes. Cela ne modifie pas l'interprétation de l'analyse mais diminue le niveau de puissance. De ce fait, certaines analyses statistiques de ce travail ont un faible niveau de puissance. Un questionnaire avec moins de modalités de réponses aurait diminué la finesse de compréhension des réponses mais aurait permis d'agréger les effets de chaque groupe. Il est également nécessaire de souligner que notre échantillon était représentatif de la population étudiée.

Une des autres limites de cette étude est le faible nombre de données bibliographiques sur le sujet. En effet, la faible base de données concernant l'éthique aux urgences ou plus spécifiquement les LAT(A) dans les services d'urgence ne permet pas de réaliser de nombreuses comparaisons des résultats de notre travail avec les données de la littérature. Néanmoins, il est également possible de grande base de données bibliographiques générales sur l'éthique qui nous permettraient de valider globalement des tendances et des recommandations.

CONCLUSION

Le travail de thèse a permis de mettre en évidence les multiples difficultés de prise en charge des patients en situation de fin de vie dans les SAU/SMUR de Franche-Comté.

La grande majorité de notre population considérait qu'un protocole thérapeutique d'aide à la prise en charge de patient en situation de fin de vie dans les SAU/SMUR serait utile afin d'uniformiser et de faciliter les pratiques médicales.

Au vu de nos résultats, il paraît judicieux de réfléchir à la mise en place d'un protocole thérapeutique d'accompagnement des soignants lors de la prise en charge de patient en situation de fin de vie.

ANNEXE

Annexe 1. Question aire

Limitations et arrêts de traitements dans les SAU/SMUR de Franche-Comté : évaluation des pratiques professionnelles

Questionnaire à destination :

- Des docteurs en médecine toutes spécialités confondues
- Des internes toutes spécialités confondues
- Des IDE/IADE
- Travaillant dans un SAU et/ou SMUR en Franche-Comté

Merci de répondre à ce questionnaire en toute honnêteté et de manière impartiale sur vos pratiques réelles et non sur vos connaissances théoriques

- 1. Vous êtes :
 - o Interne de spécialité DESMU
 - o Interne d'une autre spécialité, travaillant ou ayant travaillé à temps plein ou non dans un SAU/SMUR (semestre au SAU, gardes...)
 - o Docteur en médecine d'urgences
 - o Docteur en médecine d'une autre spécialité, travaillant à temps plein ou non dans un SAU/SMUR (poste partagé, gardes...)
 - o IDE/IADE travaillant à temps plein ou non dans un SAU/SMUR
- 2. Si vous êtes interne ou docteur d'une autre spécialité que médecine d'urgences, laquelle :
« écrire votre spécialité »
- 3. Quel âge avez-vous : *« ... ans »*
- 4. Vous êtes :
 - o Une femme
 - o Un homme
 - o Autre
- 5. Depuis combien de temps êtes-vous diplômé :
 - o Interne en phase socle
 - o Interne en phase d'approfondissement
 - o Docteur en médecine depuis <5 ans
 - o Docteur en médecine depuis >5 ans
 - o IDE/IADE depuis <3 ans
 - o IDE/IADE depuis >3 ans
- 6. Travaillez-vous actuellement à temps complet dans un SAU/SMUR : *« oui/non »*
- 7. Si non, dans quel(s) autre(s) service(s) ou structure(s) travaillez-vous actuellement : *« écrire le ou les noms des autres services/structures »*

- 8. Depuis combien de temps travaillez-vous (à temps complet ou non) dans votre SAU/SMUR actuel ? « *Écrire le nombre de mois ou d'années* »
- 9. Dans quelle(s) ville(s) se trouve le SAU/SMUR dans le(s)quel(s) vous travaillez actuellement : « *écrire le nom de la ville ou des villes* »
- 10. Avez-vous toujours travaillé dans un SAU/SMUR : « *oui/non* »
- 11. Si non, où avez-vous également exercé ? « *Écrire le ou les autres services* »
- 12. Quelle est votre expérience cumulée dans un SAU/SMUR tout établissement confondu : « *écrire le nombre de mois ou d'années* »
- 13. Avez-vous déjà participé à une décision de LAT dans votre SAU/SMUR actuel ? « *oui/non* »
- 14. Avez-vous déjà participé à une décision de LAT dans un autre SAU/SMUR que votre service actuel ? « *Oui/non* »
- 15. Si oui, avez-vous remarqué des différences globales dans la prise en charge du patient ? « *Beaucoup/Modérément/Aucune* »
- 16. Trouvez-vous que le nombre de patients en situation de fin de vie dans un SAU/SMUR est : « *très fréquent/fréquent/modérément fréquent/rare* »
- 17. Lors d'une décision de LAT dans un SAU/SMUR concernant un de vos patients, un second avis médical est-il recherché selon vous ? « *Toujours/souvent/parfois/rarement/ne sait pas* »
- 18. Si second avis, de quel(s) avis s'agit-il (autre urgentiste, réanimateur, médecin traitant du patient...) : « *écrire la spécialité* »
- 19. Lors de la décision d'une LAT d'un patient dont vous avez la charge, vous sentez-vous impliqué activement dans la décision ? « *toujours/souvent/parfois/rarement/jamais* »
- 20. Avez-vous le sentiment qu'une LAT soit suffisamment discutée entre soignants (médecin, interne, paramédical...) ? « *toujours/souvent/parfois/rarement/jamais* »
- 21. Vous sentez-vous soutenu(e) par votre équipe lors de la prise en charge d'un patient en fin de vie dans un SAU/SMUR : « *toujours/souvent/parfois/rarement/jamais* »
- 22. Pensez-vous que ces situations sont facilement gérables dans un SAU/SMUR ? « *oui/non* »
- 23. Vous sentez-vous à l'aise dans la prise en charge globale des patients en situation de fin de vie d'une manière générale : « *oui/non* »
- 24. Vous sentez-vous à l'aise dans la prise en charge globale des patients en situation de fin de vie dans un SAU/SMUR ? « *oui/non* »
- 25. Avez-vous une expérience en soin palliatif (stage, emploi, formation, DU...) : « *oui/non* »

- 26. Pensez-vous que votre formation vis-à-vis des patients en situation de fin de vie d'une manière générale est suffisante ? « oui/non »
- 27. Pensez-vous que la prise en charge des patients en situation de fin de vie soit différente dans un SAU/SMUR face à un service d'hospitalisation : « oui/non »
- 28. Si oui, pensez-vous que votre formation vis-à-vis des patients en situation de fin de vie dans un SAU/SMUR est suffisante ? « oui/non »
- 29. Considérez-vous vos prises en charge des patients en situation de fin de vie dans un SAU/SMUR comme : « optimale / satisfaisante / décevante / médiocre »
- 30. Pensez-vous qu'il existe un défaut de formation théorique et pratique sur ce sujet ? « oui/non »
- 31. Pensez-vous que vos connaissances sur les drogues d'accompagnement sont suffisantes ? « oui/non »
- 32. Lors d'une décision de LAT, les arguments (cliniques, biologiques, antécédents...) ayant motivé la décision sont retranscrits et détaillés dans le dossier du patient : « toujours/souvent/parfois/rarement/jamais/ne sait pas »
- 33. Lors d'une décision de LAT l'ensemble des thérapeutiques initiées et celles limitées/arrêtées sont retranscrites et détaillées dans le dossier : « toujours/souvent/parfois/rarement/jamais/ ne sait pas »
- 34. Lors d'une décision de LAT, le médecin traitant du patient est-il impliqué dans la décision ? « toujours/souvent/parfois/rarement/jamais/ne sait pas »
- 35. Lors d'une décision de LAT, la volonté du patient (lorsqu'il est en capacité de s'exprimer) est-elle recherchée ? « toujours/souvent/parfois/rarement/jamais/ne sait pas »
- 36. Lors d'une décision de LAT, lorsque le patient n'est pas en capacité d'exprimer sa volonté, les directives anticipées sont-elles recherchées ? « toujours/souvent/parfois/rarement/jamais/ ne sait pas »
- 37. Lors d'une décision de LAT, lorsque le patient n'est pas en capacité d'exprimer sa volonté et qu'il n'existe pas de directive anticipée, la personne de confiance, un proche ou la famille sont-ils consultés ? « toujours/souvent/parfois/rarement/jamais/ne sait pas »
- 38. Lors d'une décision de LAT, quel que soit le contexte, la personne de confiance ou les proches sont-ils informés de la décision de LAT : « toujours/souvent/parfois/rarement/jamais/ne sait pas »
- 39. Avez-vous déjà mis en place une HAD dans un SAU/SMUR ? « oui/non »

- 40. Chez un patient en fin de vie pour lequel une décision de LAT est posée, des soins palliatifs (soins de confort, sédation, antalgie...) sont-ils débutés par les équipes de SAU/SMUR ? « *toujours/souvent/parfois/rarement/jamais* »
- 41. Trouvez-vous que le degré de limitation d'une prise en charge de LAT dans un SAU/SMUR soit : « *excessive/appropriée/insuffisante/très insuffisante* »
- 42. Votre connaissance des lois encadrant la fin de vie est :
« *bonne/moyenne/mauvaise/nulle* »
- 43. Lors d'une décision de LAT, avez-vous des craintes d'ordre judiciaire (plainte...) ?
« *toujours/souvent/parfois/rarement/jamais* »
- 44. Vivez-vous la mise en place d'une LAT comme un échec thérapeutique ?
« *toujours/souvent/parfois/rarement/jamais* »
- 45. Avez-vous le sentiment que les patients fassent l'objet d'obstination déraisonnable/acharnement thérapeutique dans un SAU/SMUR ?
« *toujours/souvent/parfois/rarement/jamais* »
- 46. Avez-vous des croyances religieuses (toutes religions confondues) ? « *oui/non* »
- 47. Avez-vous l'impression que le ressenti émotionnel du patient et des proches est différent en fonction du lieu de réalisation de la fin de vie ? « *oui/non* »
- 48. Pensez-vous qu'un protocole d'accompagnement concernant la gestion des patients en situation de fin de vie adapté à un SAU/SMUR est utile ? « *oui/non* »
- 49. Avez-vous déjà été confronté à ce genre de situation dans votre vie personnelle/familiale ? « *oui/non* »
- 50. Si oui, cet événement s'est-il déroulé dans un SAU/SMUR ? « *oui/non* »
- 51. Si oui, avez-vous eu l'impression d'avoir été correctement accompagné ? « *oui/non* »

Merci beaucoup d'avoir répondu à ce questionnaire
 Pour toutes questions ou remarques relatives à ce travail de thèse, merci d'envoyer un mail à
 l'adresse suivante :

Procédure d'aide à la décision de Limitation et Arrêt de Thérapeutiques lors d'une prise en charge en urgence

*A insérer dans le dossier médical
Réévaluation régulière*

Date/Heure : ... / ... / : ...

Le patient / La situation

Etat actuel			
Nom :		Prénom :	
Âge :			
Mode de vie :	Domicile <input type="checkbox"/>	EHPAD <input type="checkbox"/>	HAD <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Dossier médical sur place et/ou disponible :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Antécédents médicaux / Comorbidités notables :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, le(s)quel(les) :			
<input type="checkbox"/> Comorbidité(s) non sévère(s) stabilisée(s) :			
<input type="checkbox"/> 1 comorbidité sévère			
<input type="checkbox"/> >1 comorbidité sévère			
Troubles cognitifs :		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui : le(s)quel(s)	Sévères <input type="checkbox"/>	Peu sévères <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Communication :	Possible <input type="checkbox"/>	Altérée <input type="checkbox"/>	Impossible <input type="checkbox"/>
Etat général :	Altéré <input type="checkbox"/>	Cachexie /dénutrition <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Autonomie :	Complète <input type="checkbox"/>	Partielle <input type="checkbox"/>	Grabataire <input type="checkbox"/>
Pathologie actuelle :			
Gravité clinique/défaillance principale			
Neuro <input type="checkbox"/>	Respiratoire <input type="checkbox"/>	Hémodynamique <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Eléments cliniques :			
Nature : Episode aigu intercurrent <input type="checkbox"/>		Dégradation de la maladie initiale <input type="checkbox"/>	
Quel(s) élément(s) sont pris en compte pour initier la réflexion de procédure de LAT ?			
- Pathologie aiguë motivant un appel d'urgence :			
<input type="checkbox"/> Irréversibilité à très court terme			
<input type="checkbox"/> Absence d'amélioration malgré un traitement actif			
- Apport des soins (à réfléchir à chaque étape) :			
<input type="checkbox"/> Niveau d'engagement thérapeutique discuté précédemment			
<input type="checkbox"/> Evolutivité de l'affection sous-jacente (aggravation, rapidité d'évolution)			
<input type="checkbox"/> Retentissement des soins engagés sur la qualité de vie, le devenir du patient			
- Avis d'un réanimateur pris sur indication à un transfert en réanimation/USC :			
- Autre(s) :			

Discussion Collégiale (Patient/Proches/Soignants)

Recueil d'informations auprès du patient et des proches			
Le patient est – il en capacité de formuler son avis ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, quel est-il ?			
Existe-t-il des directives anticipées disponibles ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, quelles sont-elles ?			
Personne de confiance si désignée présente ou joignable ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui : Nom Prénom : Lien : N° tel :			
Qu'aurait souhaité le patient dans cette situation ?			
Proches présents ou joignables ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui : Nom Prénom : Lien : N° tel :			
Patient sous tutelle / curatelle ?	Oui	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Si oui : Nom Prénom : Lien : N° tel :			
Avis recueilli(s) :			
Décision collégiale de LAT (Soignants) :			
Médecin responsable du patient (Nom et Fonction) :			
Médecin(s) consultant(s) (Nom et +Fonction) :			
Interne(s) / étudiant(s) hospitalier(s) (Nom et Fonction) :			
Soignants de l'équipe paramédicale concertés/informés : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Pré hospitalier : Infirmier SMUR : Ambulancier SMUR : Soignants sur place <input type="checkbox"/>			
SP/Ambulance <input type="checkbox"/>			
Hospitalier : Infirmier SU : AS SU : Cadre :			
Principaux traitements à l'issue de la décision de LAT (non exhaustif) :			
- Lesquels sont interrompus à l'issue de la décision ?			
- Lesquels sont poursuivis ?			
- Lesquels ne seront pas entrepris ?			
- Quels traitements supplémentaires sont prescrits à l'issue de la décision de LAT ?			
Décision d'orientation :			
<u>Transfert en centre hospitalier</u> <input type="checkbox"/> / <u>Procédure LAT aux urgences</u> <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Transfert en réanimation ou USC sans restriction			
<input type="checkbox"/> Transfert en réanimation ou USC avec restriction			
<input type="checkbox"/> Transfert en service hospitalier conventionnel avec soins à visée curative (hors réanimation)			
<input type="checkbox"/> Transfert en service hospitalier conventionnel avec soins de confort			
<u>Maintien dans le lieu de vie (EHPAD / Foyer logement / Domicile), s'assurer de</u>			
<input type="checkbox"/> Adhésion de l'entourage, des proches, du personnel du lieu de vie			
<input type="checkbox"/> Possibilités matérielles sur place			
<input type="checkbox"/> Relai soignants <input type="checkbox"/> Appui sur soignants relais si déjà en place (médecin généraliste IDE libéral(e) personnel de l'institution)			
<input type="checkbox"/> Organisation passage de soignants relais (HAD, équipes mobiles, pharmacien...)			
Transmission de la décision (Traçabilité dans le dossier) :			
Communication de la LAT			
Médecin référent <input type="checkbox"/>	Soignants non médicaux <input type="checkbox"/>	Personne de confiance <input type="checkbox"/>	Proches, entourage familial <input type="checkbox"/>
Personne à prévenir contactée :			
Si oui : Nom Prénom : Lien : N° tel :			
Quelles informations souhaitées sur l'évolution de la situation :			

Projet de soins en cas d'urgence

Décision de limitation et/ou arrêt des thérapeutiques Date/heure		
	Faire	Ne pas faire
RCP (Réanimation cardio pulmonaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intubation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventilation non invasive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oxygénothérapie masque haute concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspiration trachéale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogues vaso-actives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voie veineuse périphérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prélèvements sanguins veineux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prélèvements sanguins artériels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydratation/Réhydratation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutrition parentérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perfusion par voie sous cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticoagulation curative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticoagulation préventive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde naso-gastrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Réévaluation du niveau de soins (nouvelles données disponibles, évolution clinique ...)			
Médecin + Signature	Date + Heure	Poursuite de la procédure idem	Modification de la procédure
<p><u>Si modification(s) du niveau de soins avant transfert préciser :</u></p> <p>Type :</p> <p>Délai / lieu :</p>			

RÉFÉRENCES

1. Bellamy Vanessa. INSEE. Enquêtes et études démographiques - INSEE. [cité 26 juill 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3134763>
2. Lalande F, Veber O. La mort à l'hôpital. Inspection générale des affaires sociales. France; 2009.
3. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1). 2005-370 avr 22, 2005.
4. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1). 2016-87 févr 2, 2016.
5. Ferrand E. Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte. *Réanimation*. 2002;11:442-9.
6. SFMU-SFAP. Procédure d'aide à la décision de Limitation et Arrêt de Thérapeutiques lors d'une prise en charge en urgence - Fiche Mémo. 2020.
7. Haute Autorité de Santé. Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ?. *Les parcours de soins*. 2022.
8. Preau M, Papin-Couturier O. Fin de vie aux urgences. Chapitre 102. In: *Urgences* 2008. p. 953.
9. Reignier J, Boulain T, et al. SFMU-SRLF. Limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence. 2018.
10. Le Conte P, Riochet D, Arnaudet I, Volteau C, Legeard E, Auneau JC, et al. Épidémiologie des décès avec analyse des décisions de limitation du niveau de soins dans les services d'urgence. *Journal Européen des Urgences*. *Journal Européen des Urgences*. 2007;20(1, Supplément):136.
11. 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*. 2008;17(8):802-6.
12. Delpont A. Limitation et Arrêt de Traitements aux Urgences Adultes du CHU de Guadeloupe : évaluation des pratiques professionnelles [Thèse d'exercice]. [France]: Université des Antilles. Faculté de médecine; 2020.

13. Li L, McIsaac J, Xu L, Wuliji T, Diall K, Campbell S. Équité femmes-hommes parmi les personnels de santé : une analyse de 104 pays. OMS; 2019.
14. Ausseil L. Enquête sur les professionnels de santé travaillant en service de médecine d'urgence [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux. U.F.R des sciences médicales; 2018.
15. Tholliez-Granier F. La fin de vie dans un service d'urgences adultes: étude observationnelle descriptive sur la population décédée aux urgences adultes de Libourne du 16 Avril 2019 au 27 Février 2020 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux, U.F.R des sciences médicales; 2022.
16. Mauro L. Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016). Les dossiers de la DRESS. 2017;(23).
17. DRESS. Les établissements d'hospitalisation à domicile. In : Les établissements de santé. 2022.
18. Sicard P, Ameisen JC, Aubry Régis, Bacqué MF, Cordier A, Deschamps C, Fournier E, Gruat F, Sebag-Depadt V. Rapport SICARD. Commission de réflexion sur la fin de vie en France. France; 2012.
19. Huet DG, Rosenstrauch C, Carlier D. Communication avec les soignants et les familles. 2016;

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	1
LISTE DES FIGURES	3
LISTE DES TABLEAUX	5
LISTE DES ANNEXES	7
LISTE DES ABRÉVIATIONS	9
INTRODUCTION	11
I. Contexte de prise en charge des patients dans les services hospitaliers d'urgences .	11
II. Apport de la loi dans les prises en charge médicales complexes	12
III. Problématiques soulevées par ces situations dans les SAU/SMUR de Franche-Comté	12
MATÉRIEL ET MÉTHODE	15
I. Contexte de l'étude	15
1. Type d'étude	15
2. Objectifs	15
3. Population étudiée	15
a. Critères d'inclusion	15
b. Critères de non-inclusion	15
c. Critères d'exclusion	16
4. Recueil de données	16
a. Description de la méthodologie de l'étude	16
b. Données recueillies	16
II. Analyse statistique	17
1. Biais d'analyses	17

2.	Calculs statistiques	17
III.	Aspects éthiques et réglementaires du recueil des données	17
RÉSULTATS.....		19
I.	Adhésion au questionnaire	19
II.	Caractéristiques de la population étudiée (n=104)	19
III.	Mise en place des procédures de LAT(A) dans les SAU/SMUR de Franche-Comté.	22
1.	Volonté du patient	22
2.	Implication du médecin traitant	22
3.	Directives anticipées	22
4.	Consultation des proches ou de la famille du patient	23
5.	Second avis médical	23
6.	Tenue du dossier médical	23
a.	Arguments cliniques, biologiques... ..	23
b.	Thérapeutiques utilisées	24
7.	Mise en place d'une HAD	24
8.	Utilité d'un protocole thérapeutique.....	25
IV.	Ressenti des professionnels	26
1.	Formation médicale	26
a.	Globale	26
b.	Pour les SAU/SMUR.....	27
2.	Connaissances théoriques sur les drogues d'accompagnement	28
3.	Sentiment d'aisance professionnelle dans les situations de LAT(A).....	29
a.	Prise en charge globale des situations de LAT(A)	29
b.	Situations de LAT(A) spécifiquement dans un SAU/SMUR	30
4.	Sentiment d'implication dans la décision médicale.....	32
5.	Niveau de satisfaction de prise en charge	33

6.	Sentiment d'échec thérapeutique	34
7.	Degrés de limitation thérapeutique.....	35
8.	Obstination déraisonnable.....	36
DISCUSSION		39
I.	Adhésion au questionnaire et recrutement.....	39
II.	Caractéristiques de la population	40
III.	Mise en place de procédures LATA dans les SAU/SMUR de Franche-Comté.....	41
1.	Volonté du patient, implication du médecin traitant, directives anticipées, consultation des proches ou de la famille et second avis médical	41
2.	Mise en place d'une Hospitalisation A Domicile (HAD)	41
3.	Utilité d'un protocole thérapeutique.....	42
4.	Tenue du dossier médical	43
IV.	Ressenti des professionnels de santé	43
1.	Formation médicale et connaissance théorique sur les drogues d'accompagnement	43
2.	Sentiment d'aisance professionnelle	44
3.	Sentiment d'implication dans la décision médicale.....	44
4.	Satisfaction de prise en charge	45
5.	Sentiment d'échec thérapeutique	45
6.	Degrés de limitation thérapeutique et obstination déraisonnable	45
V.	Forces de l'étude	45
VI.	Limites de l'étude.....	46
CONCLUSION		47
ANNEXES.....		49
RÉFÉRENCES		57
TABLE DES MATIÈRES		59

RÉSUMÉ

CHAMPENOIS - Juliette :

Thèse soutenue le : 04 octobre 2024

Titre de la thèse : Limitations et arrêts de traitements dans les SAU et SMUR de Franche-Comté :
évaluation des pratiques professionnelles

Résumé :

La gestion de patients en situation de fin de vie dans les services d'urgences sont des situations de plus en plus fréquentes. Ces prises en charge paraissent complexes dans ces services et les pratiques professionnelles ainsi que le ressenti sont peu étudiés.

Matériel et méthode. Il s'agissait d'une étude d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) multicentrique observationnelle et rétrospective, réalisée à travers un questionnaire destiné aux personnels soignants (docteur(e), interne et IDE/IADE) exerçant dans un SAU/SMUR de la région de Franche-Comté.

Résultats. La formation professionnelle ainsi que le sentiment d'aisance professionnelle concernant la gestion de patient en situation de fin de vie dans un service d'urgences était jugée insuffisante. Certaines recommandations médicales n'étaient pas suffisamment suivies.

Conclusion. La gestion de patients en situation de fin de vie dans des services d'urgences est difficile et non uniformisée. Un protocole d'aide à la prise en charge de patient en situation de fin de vie dans les SAU/SMUR paraît utile afin d'uniformiser et de faciliter les pratiques médicales.

Mot clés : Limitation et arrêt des thérapeutiques (actives), protocole, urgences

