



**LA FIN DE VIE AUX URGENCES:
LES LIMITATIONS ET ARRÊTS
DES THÉRAPEUTIQUES ACTIVES**

**Dr Marion DOUPLAT
SAMU-Urgences Timone**



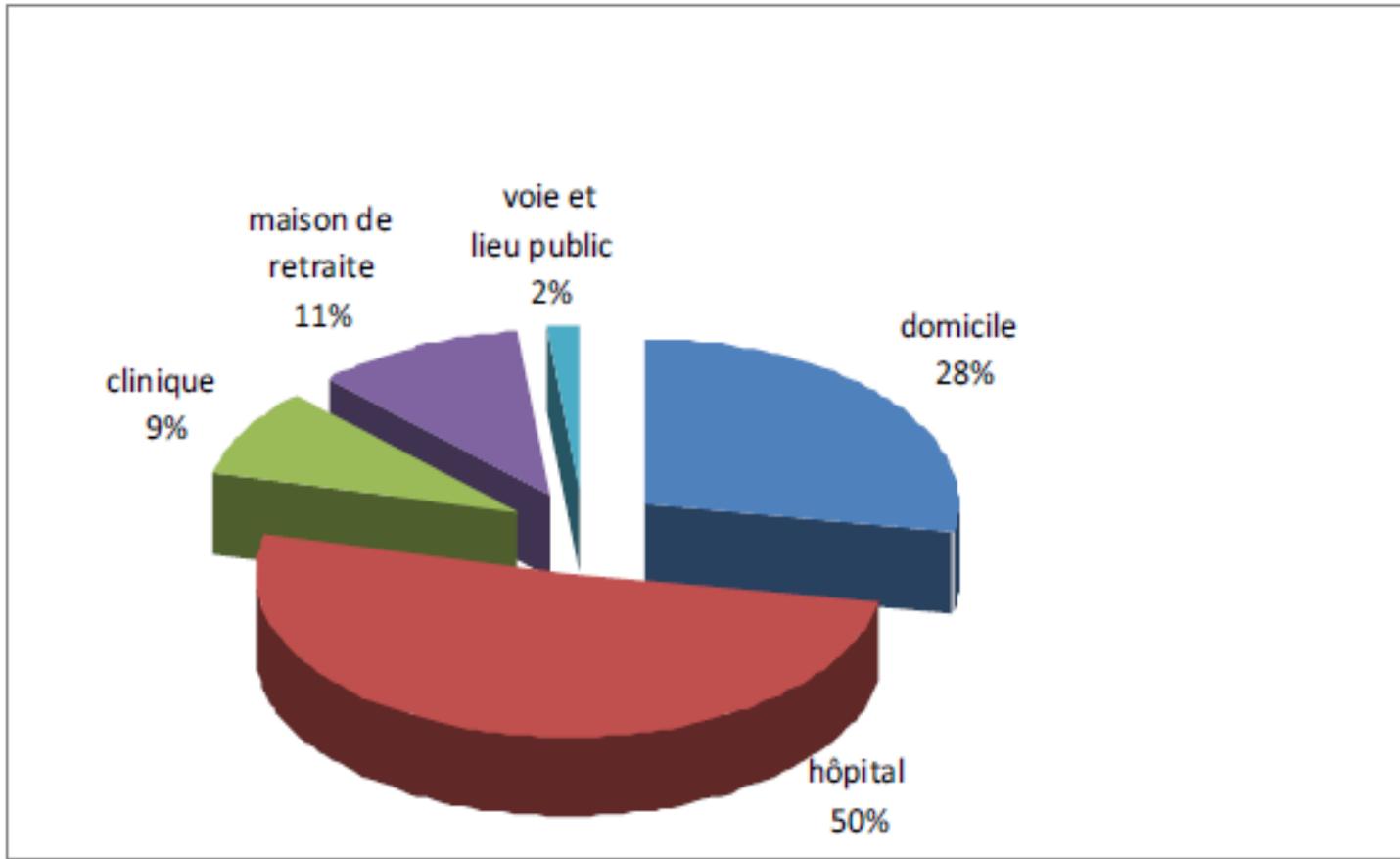
SOMMAIRE

1. La mort aux urgences
2. Les Limitations et Arrêts des Thérapeutiques Actives (LATA): législation actuelle
3. Etude sur les pratiques et le vécu des médecins face aux limitations et arrêts des thérapeutiques actives aux urgences
4. Conclusion



1. LA MORT AUX URGENCES

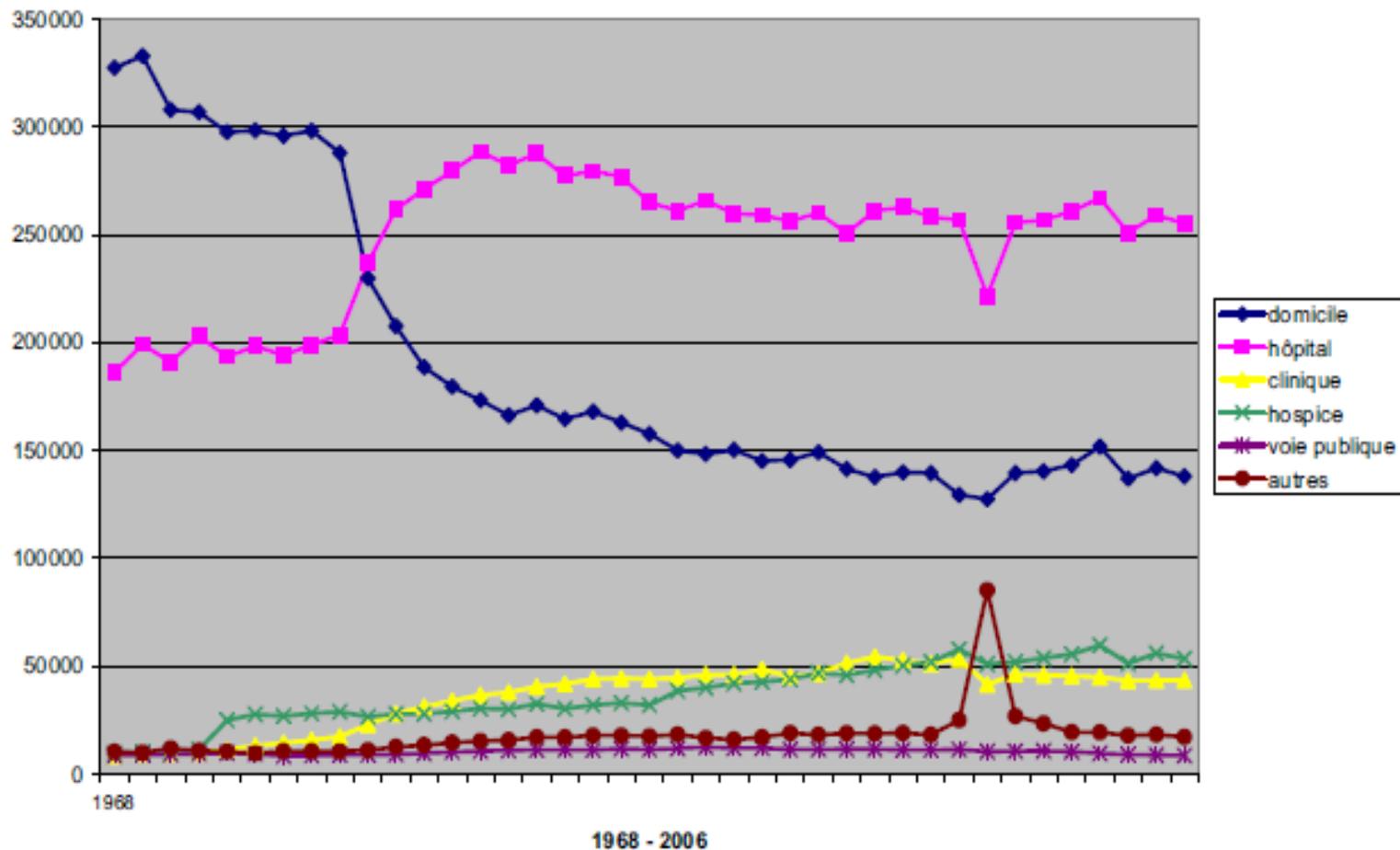
1. LA MORT AUX URGENCES



Source : INSERM

Répartition des lieux de décès en 2006

1. LA MORT AUX URGENCES



Source : INSERM

1. LA MORT AUX URGENCES

- La mort est une réalité quotidienne aux urgences.
- La part assumée par les services d'urgence varie entre 7,5 % à 17,5 % .
- Plus d'un patient sur dix meurent aux urgences
- Les Limitations et Arrêts des Thérapeutiques Actives (LATA) sont pratiqués depuis de nombreuses années dans les différents services d'urgence et de réanimation.

1. LA MORT AUX URGENCES

- Ce sont des lois mises en place récemment qui sont venues préciser le cadre légal de ces pratiques:
 - La Loi du 4 mars 2002
 - La loi du 22 avril 2005 dite loi Léonetti
- Peu de travaux ont évalué l'application de ces mesures au sein des services d'urgence et leur impact sur les soignants concernés.

1. LA MORT AUX URGENCES

- Ce sont pourtant des situations fréquentes: une décision de LATA était prise dans 78,8 % des décès aux urgences. *(Le conte 2010)*
- Peu de réflexion collégiale: une décision d'arrêt des soins était prise par l'urgentiste seul dans 2/3 des cas *(Roupie 1999).*
- Dans 50% la décision était prise par un seul médecin. *(Verniolle 2011)*

1. LA MORT AUX URGENCES

- Mais il y existe aussi une dérive vers des traitements agressifs : « *la prise en charge de la détresse vitale d'un patient inconnu en fin de vie peut conduire le médecin des urgences à user de soins lourds de réanimation injustifiés* ». Cela avait été le cas pour un tiers des patients de l'étude. (Rothmann 2005)
- Dans l'ignorance de l'état antérieur du malade, le praticien urgentiste dans plus d'1/3 des cas administrait un traitement agressif qui se révélait a posteriori inadapté. (Tardy 2002)

1. LA MORT AUX URGENCES

- Beaucoup de patients arrivent aux urgences pour mourir, c'est le résultat:
 - De situations aiguës non prévisibles (20%)
 - De situations aiguës ou chroniques prévisibles (80%) avec des décisions de LATA.
 - D'une non préparation des familles à accepter la mort dans le cas d'une maladie chronique
 - De l'insuffisance de place en soins palliatifs
 - D'un dysfonctionnement du système de santé en amont qui fait peser sur les urgences la charge lourde de la fin de vie.

1. LA MORT AUX URGENCES

- Les situations de LATA aux urgences:
 - Une affection aiguë par défaillance d'une fonction vitale
 - Une poussée aiguë sur une pathologie chronique
 - Pathologie néoplasique évolutive au delà de toute ressource.
 - Patient conscient informé apte à consentir qui demande une LATA.



2. LES LIMITATIONS ET ARRÊTS DES THÉRAPEUTIQUES ACTIVES: LÉGISLATION ACTUELLE

2. Les principes

- La loi du 22 avril 2005 met en œuvre une éthique fondée sur l'acceptation de la mort: « *laisser mourir sans faire mourir* ».
- Elle proscrit l'euthanasie active et pallie aux risques d'acharnement thérapeutique.
- Interdiction de l'obstination déraisonnable et l'obligation de délivrer des soins palliatifs (*article 1*) avec le principe du double effet (*article 2*).

2. Les principes

- Les principaux droits dans la loi sont :
 - d' une part la liberté et l' autonomie puisque la volonté du patient est au cœur de la décision de limitation ou d' arrêt des soins
 - et d' autre part, le respect de la personne : le renforcement des soins palliatifs apparaissant comme une véritable alternative à l' euthanasie.

2. La décision

- Dans le cas du patient conscient:
 - le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix.
 - le malade doit réitérer sa décision après un *délai raisonnable* donc exclusion des urgences vitales imprévues .

2. La décision

- Dans le cas du patient inconscient qui est hors d'état d'exprimer sa volonté:
 - obligation d'une procédure collégiale avec l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant
(décret 2006-120)
 - concertation avec l'équipe de soins.

2. La décision

- La décision doit prendre en compte :
 - 1) les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées s'il en a rédigé *(article 7)*
 - 2) l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée *(article 8)*
 - 3) ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches.

2. Les directives anticipées

- Les directives anticipées: *(article 7 et décret 2006-119)*
 - Indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie dans le cas où elle serait inconsciente.
 - Révocables à tout moment.
 - Doivent être établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne.

2. Les recommandations

- La SFMU en 2003:
 - Concept de chaine éthique++: les services d'urgence sont un maillon. Nécessité d'une continuité.
- La SRLF en 2002 et 2007
 - Détaillées et exhaustives.
 - Vrai guide pour le praticien.
 - Mais propres à la réanimation.

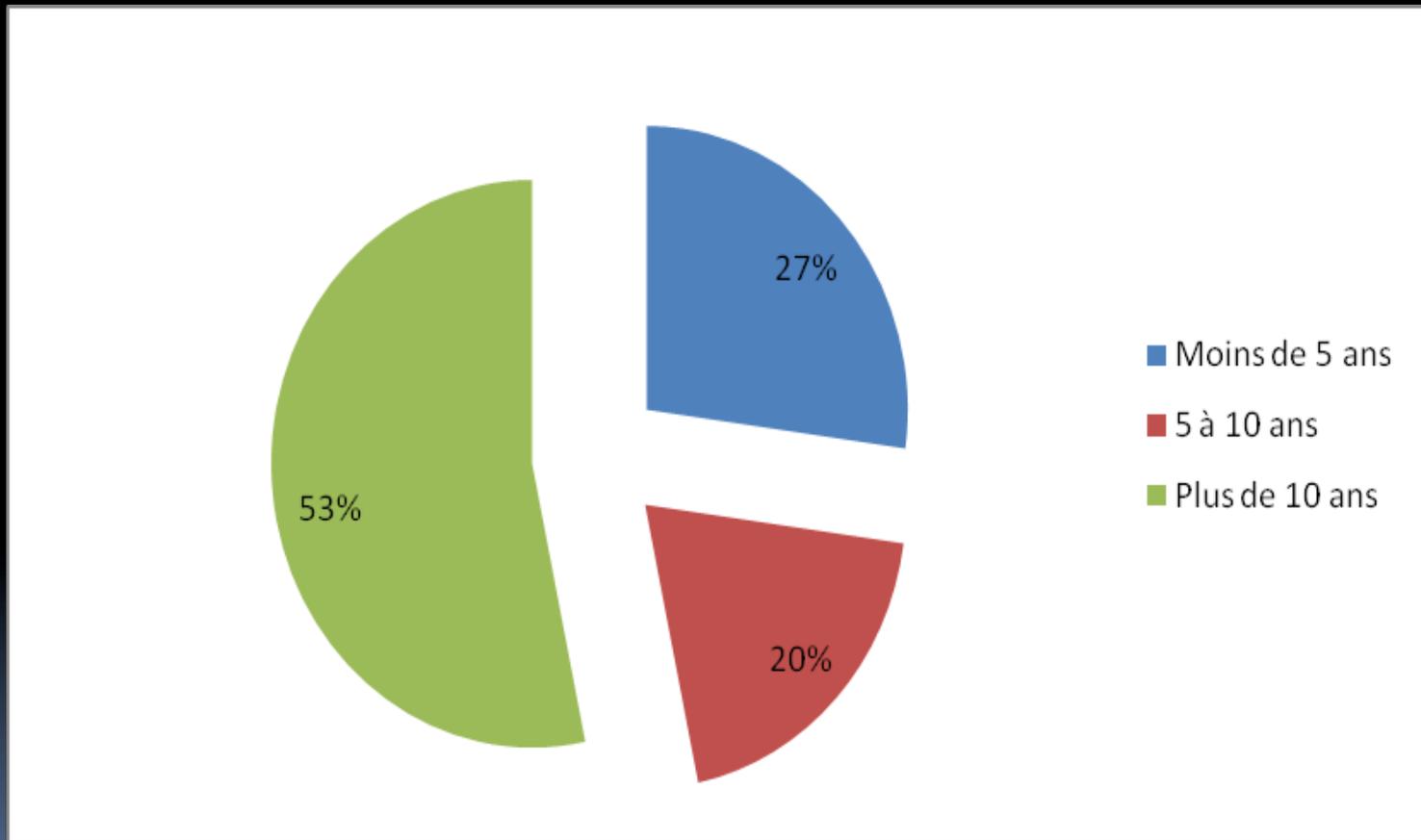


3. ÉTUDE SUR LES PRATIQUES ET LE VECU DES MEDECINS FACE AUX LATA AUX URGENCES

3. Etude sur les LATA

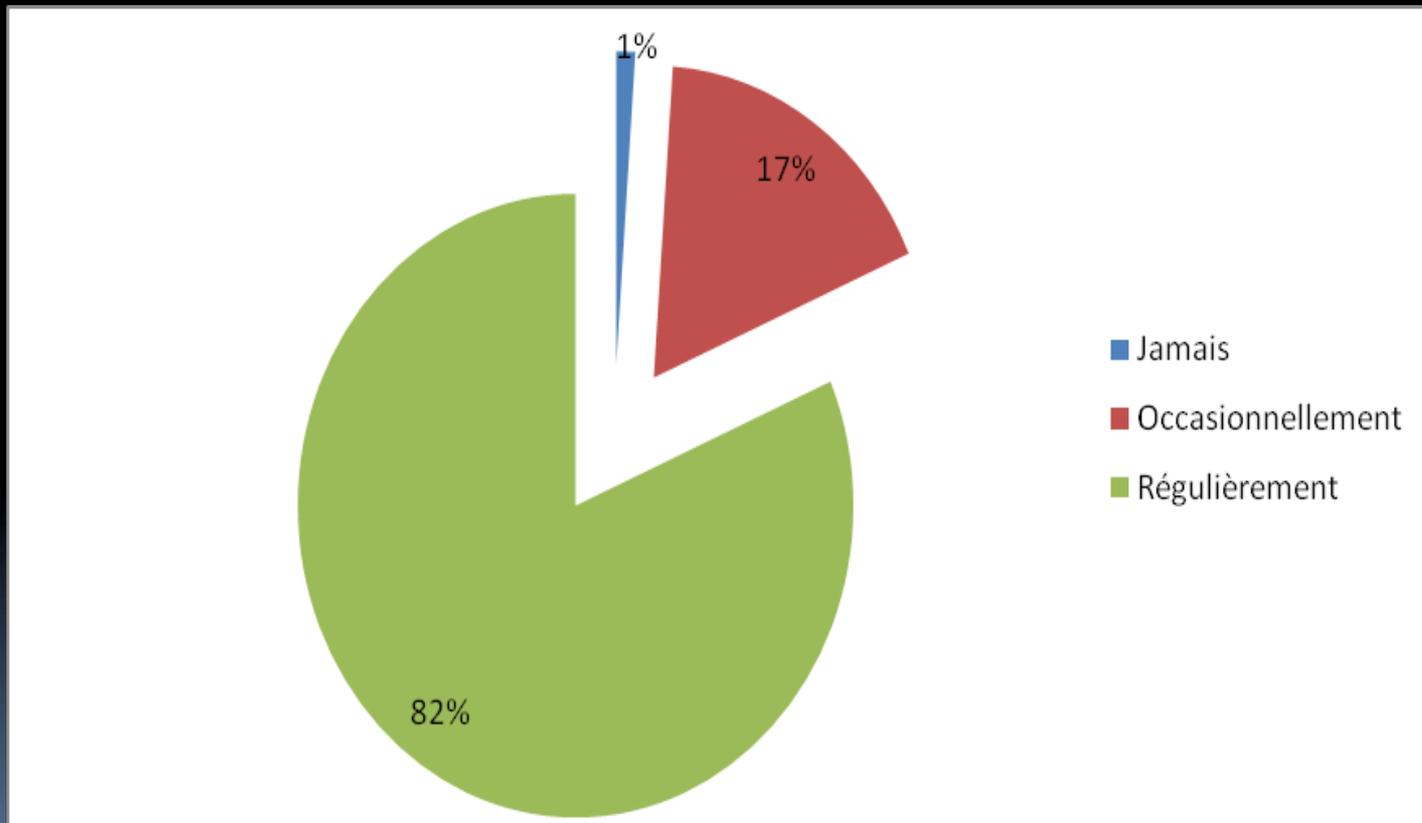
- Matériels et méthodes:
 - Questionnaire comportant 25 items, envoyé aux médecins par mail.
 - 13 services d'urgence de la région PACA dont 4 CHU.
- Résultats
 - 92 questionnaires obtenus
 - 56,5 % d'hommes
 - La moyenne d'âge est de 40 ± 8 ans

Des médecins expérimentés



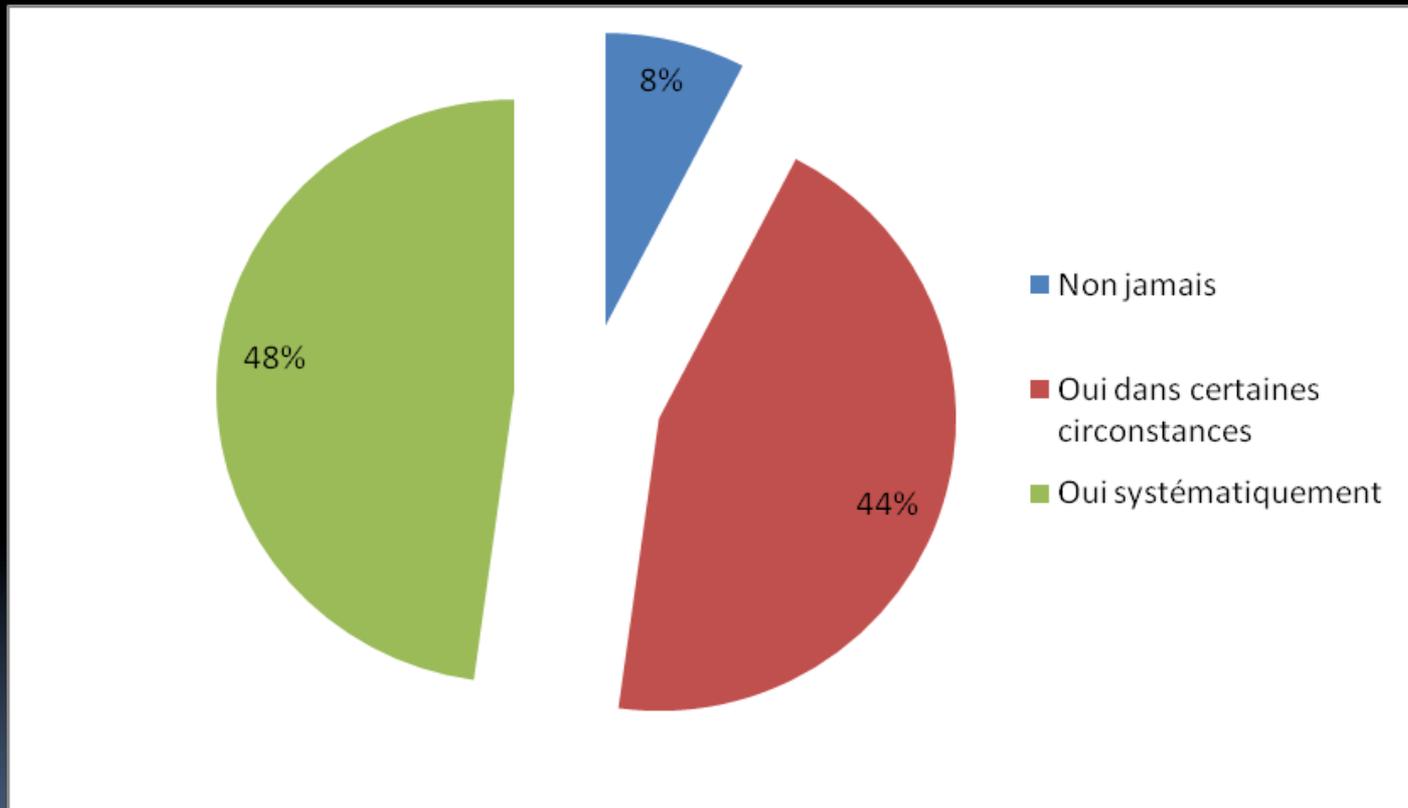
Durée d'exercice de la médecine d'urgence

Les LATA des situations fréquentes aux urgences



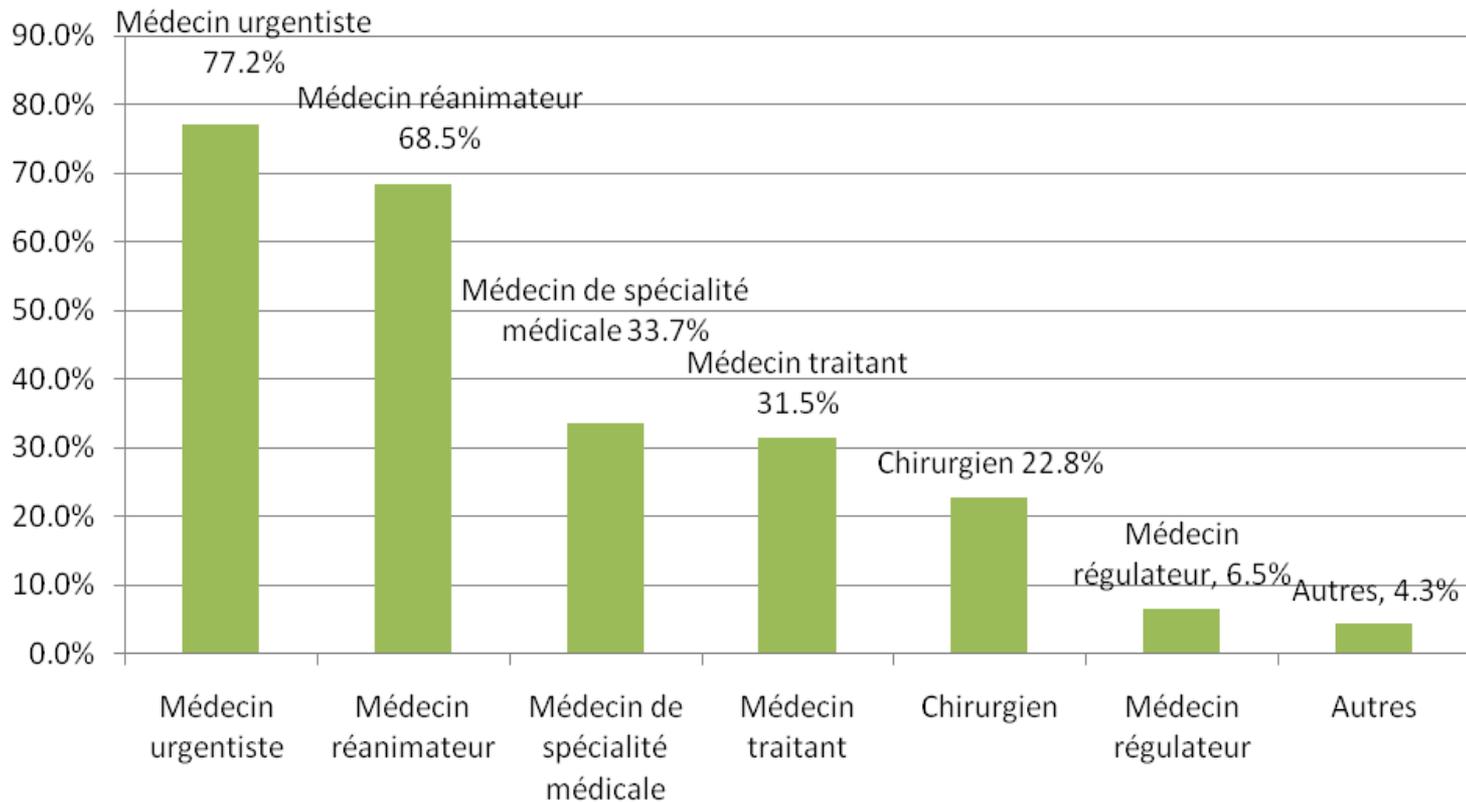
Fréquence des situations de LATA

La réflexion collégiale est trop peu appliquée



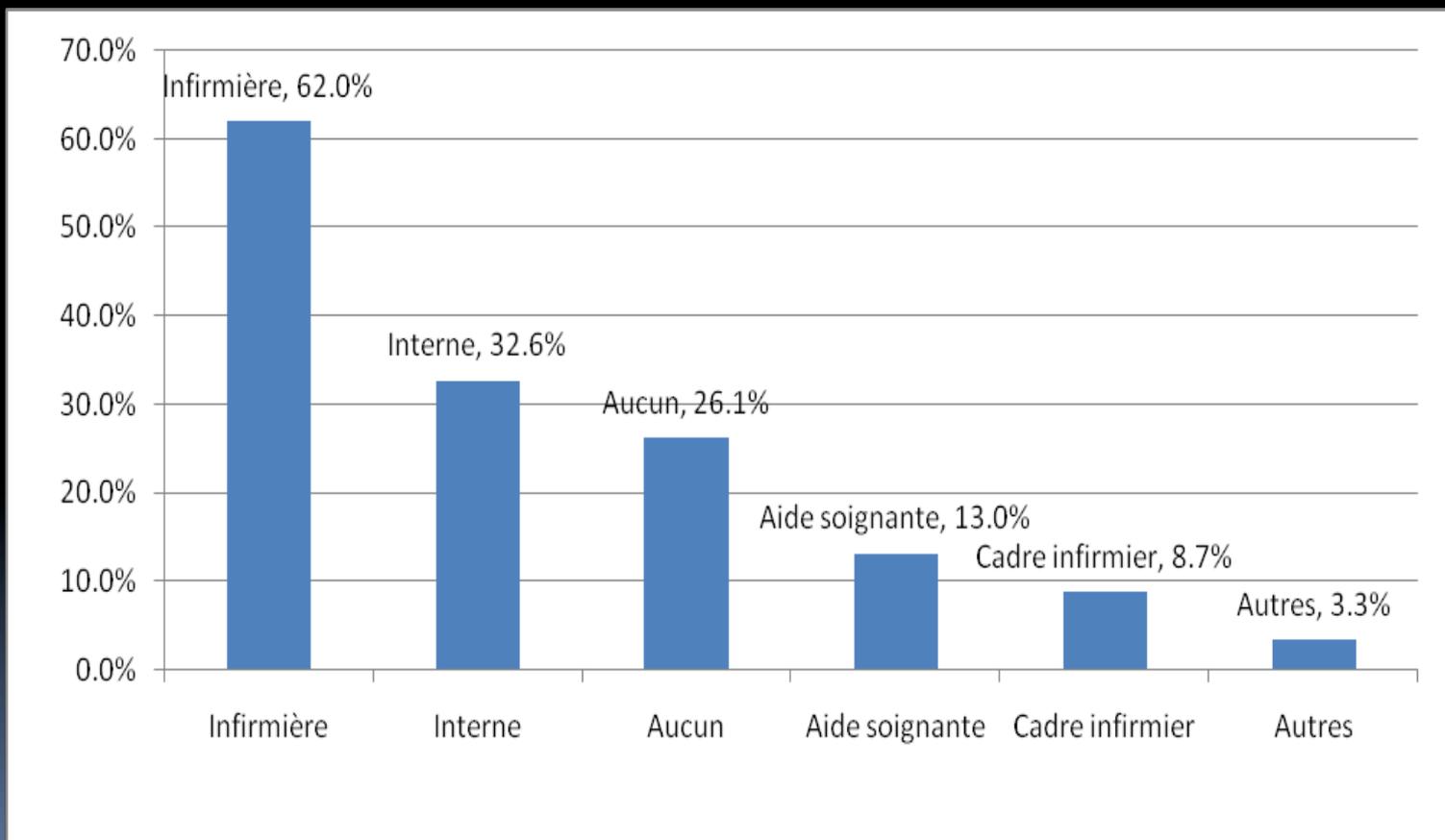
26 % déclarent avoir une procédure écrite au sein de leur service.

Le médecin consultant

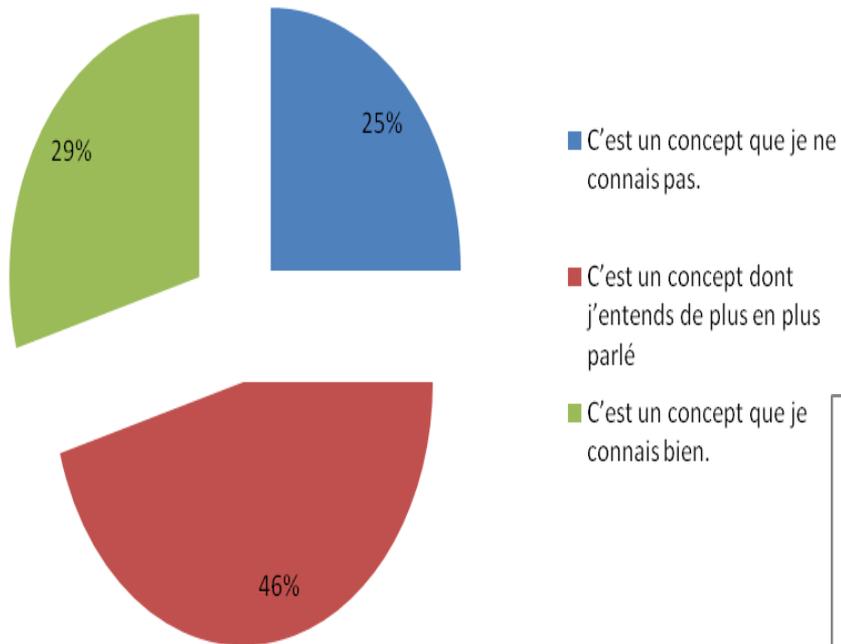


47 % des médecins pensent que le médecin réanimateur peut-être un référent systématiquement impliqué dans la réflexion collégiale

Bonne implication de l'équipe paramédicale dans la réflexion

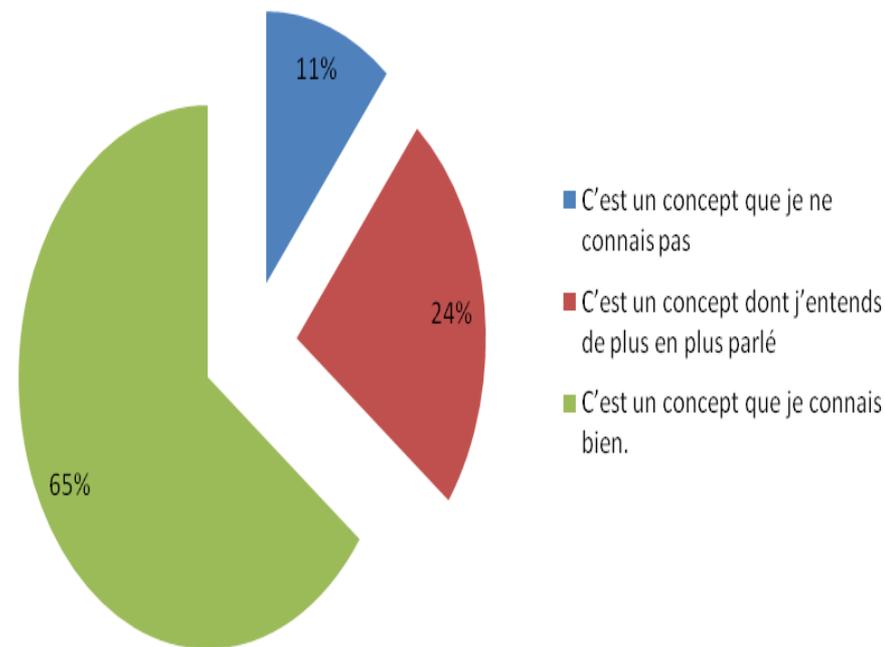


Connaissance de la loi

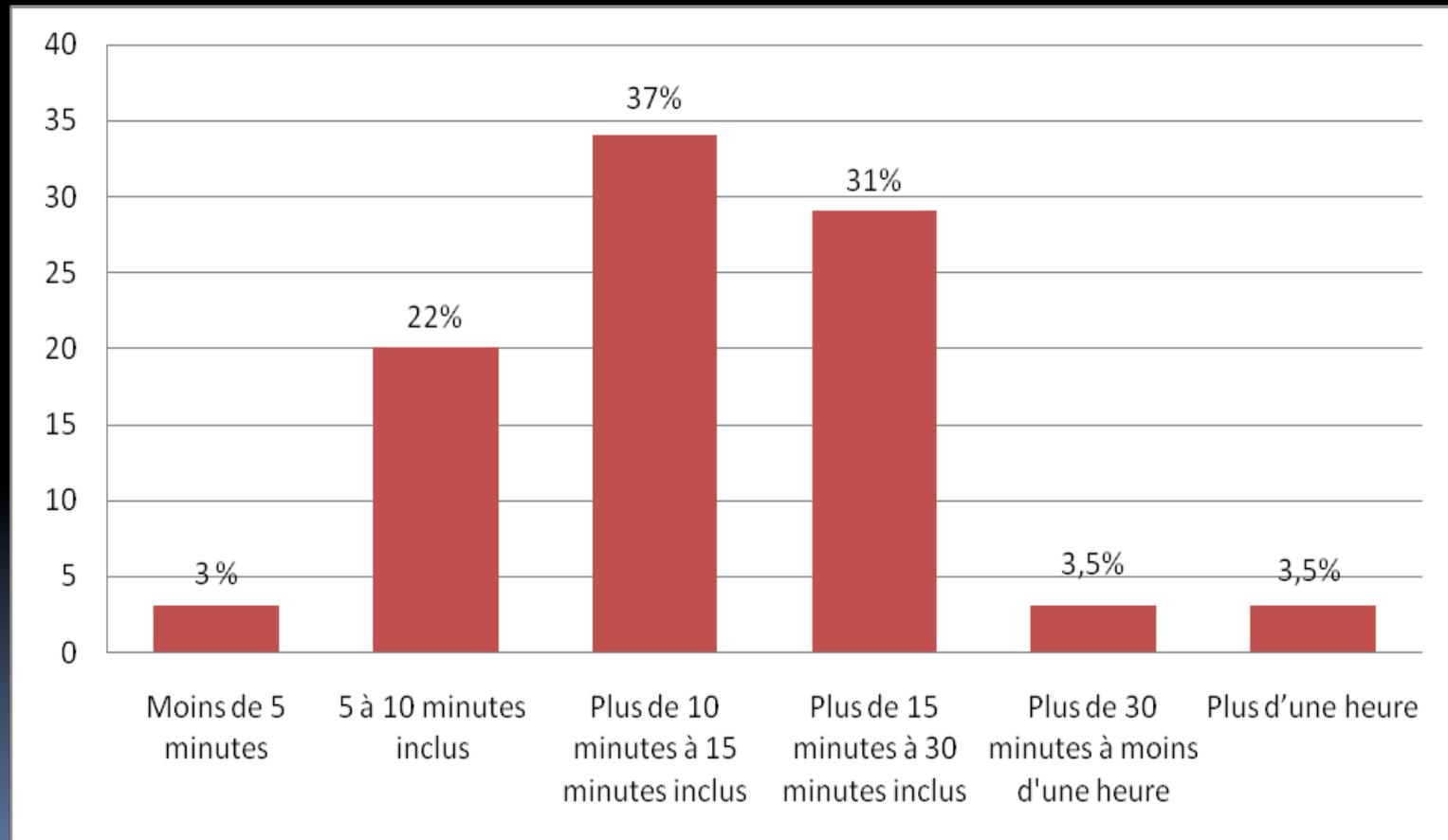


Connaissance du concept de la personne de confiance
61% la recherche systématiquement

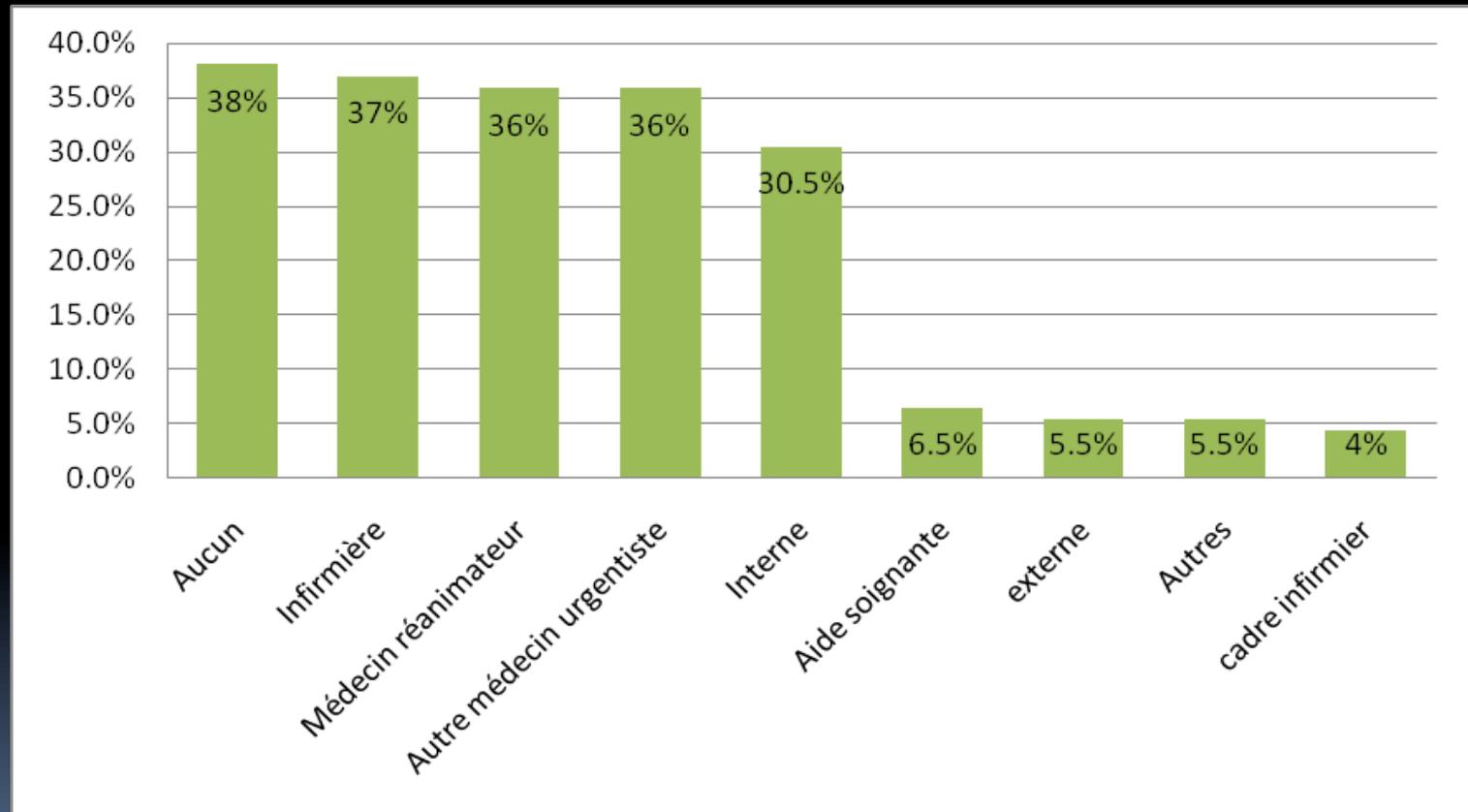
Connaissance du concept des directives anticipées
39% les recherchent systématiquement



Des difficultés dans l'annonce: un manque de temps

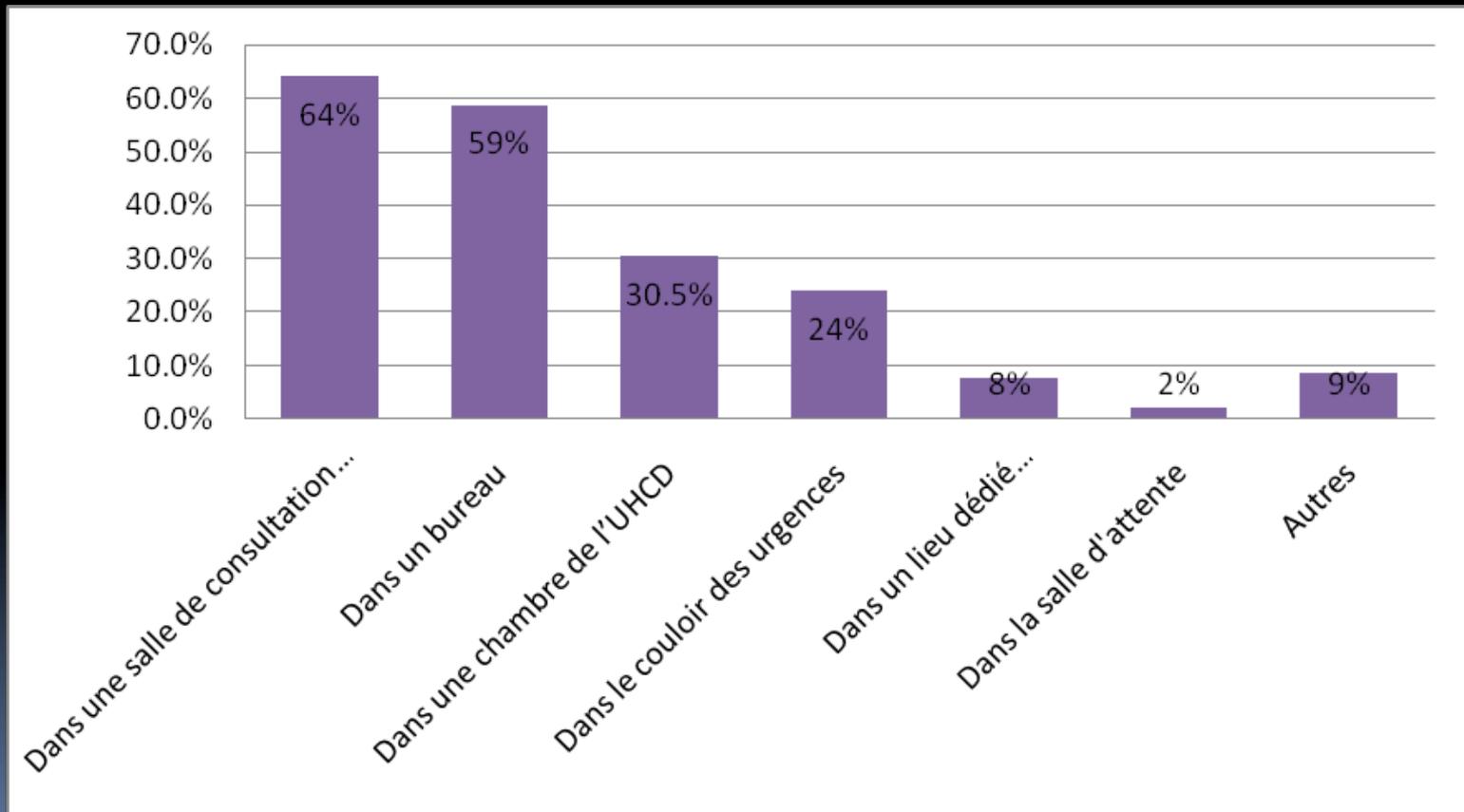


Le médecin souvent seul dans l'annonce



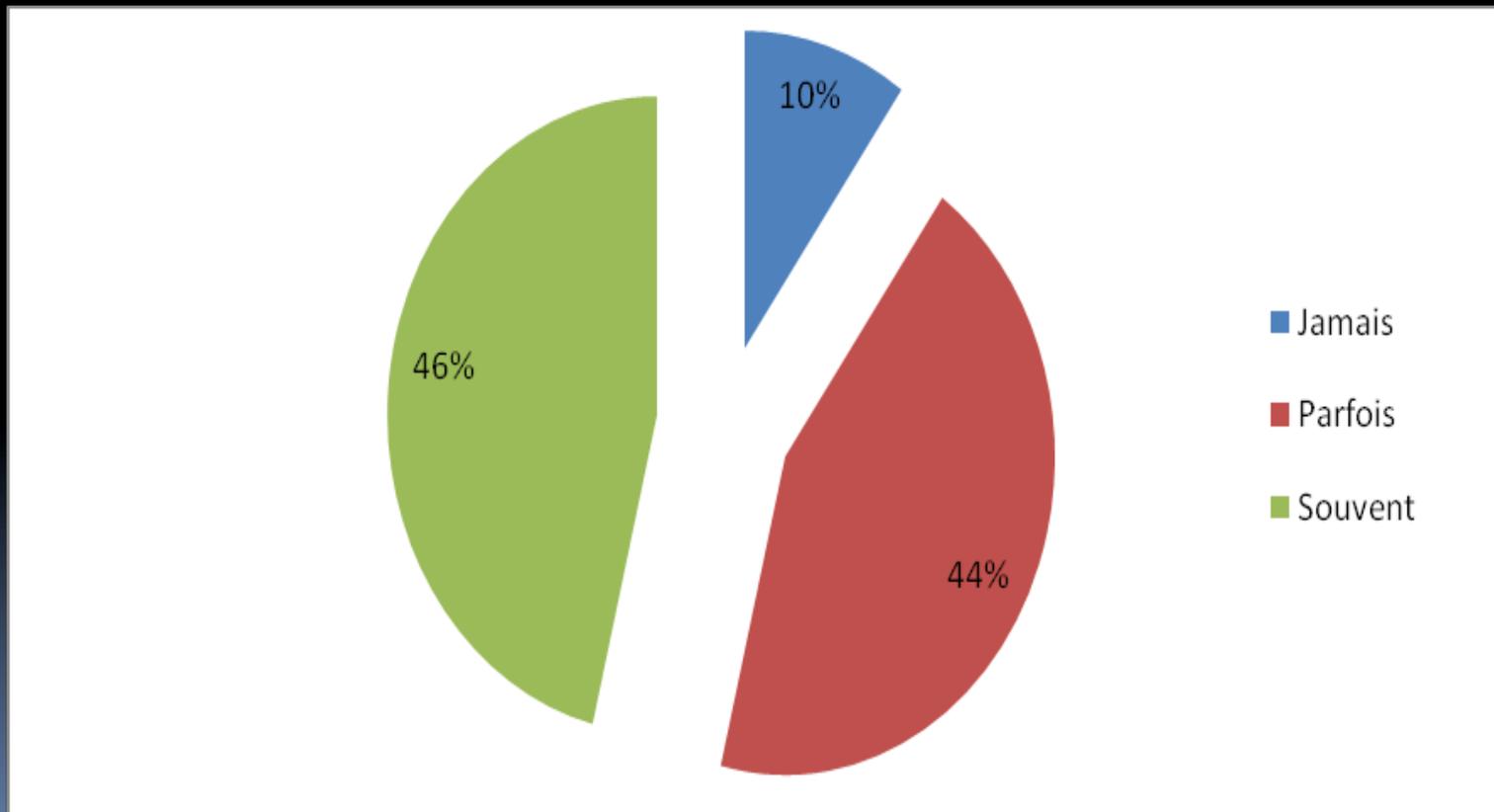
90 % des médecins pensent que le médecin traitant pourrait être une aide dans l'annonce aux familles.

Des difficultés dans l'annonce: un manque de moyens



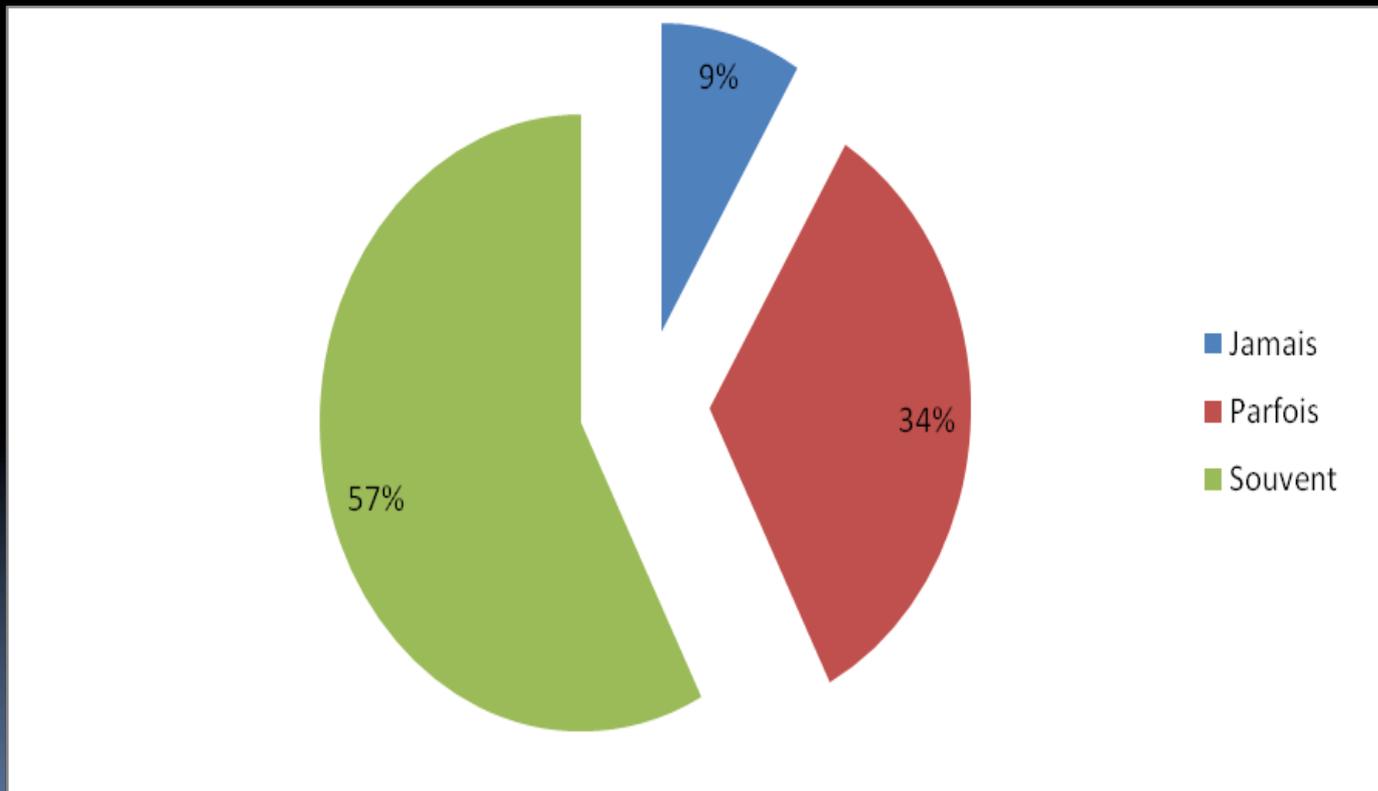
Un vécu des médecins difficile:

Sentiment d'être seul des médecins pour mener la réflexion sur les LATA



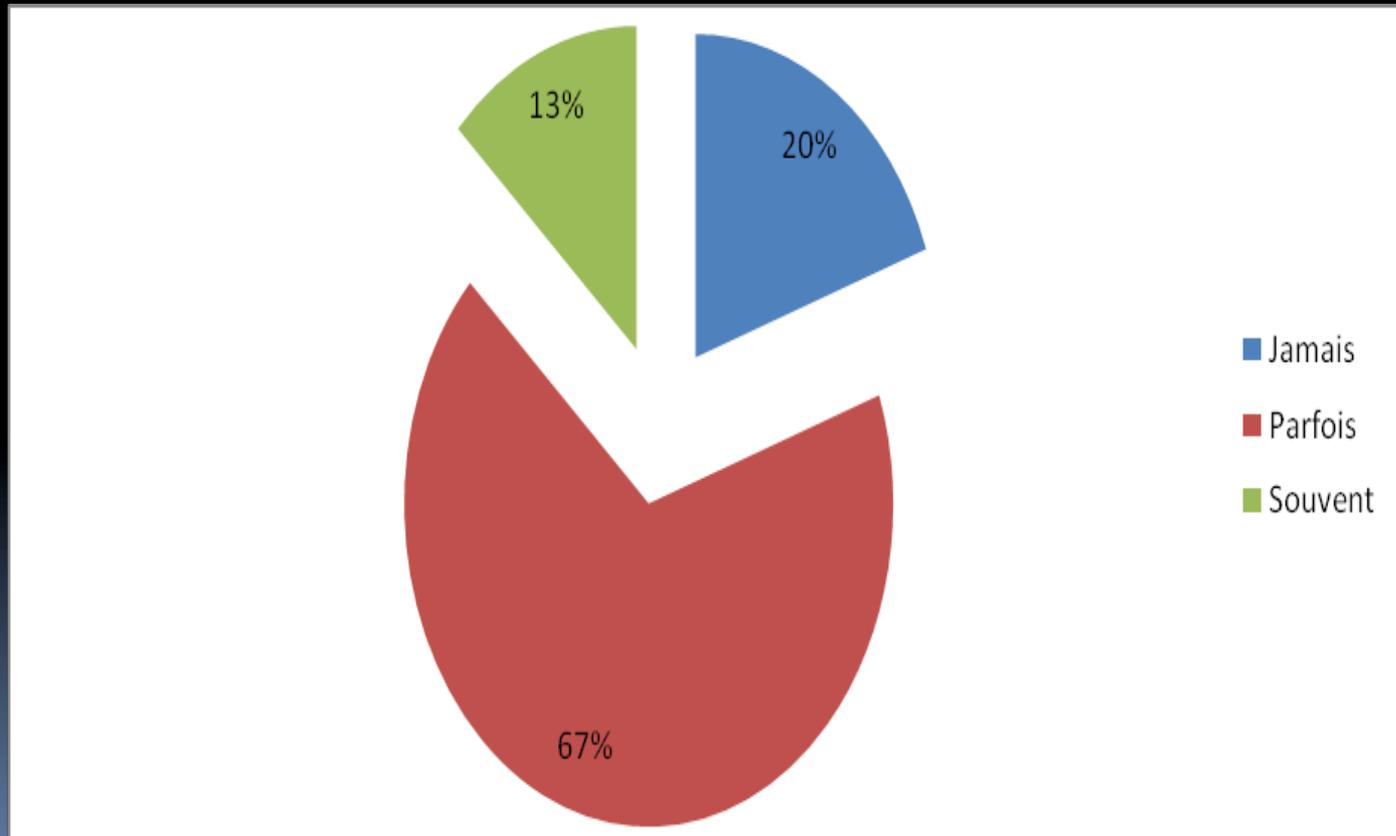
Un vécu des médecins difficile:

Sentiment d'être seul des médecins lors de l'annonce des LATA



Un vécu des médecins difficile:

Sentiment d'être dépassé face aux décisions et aux annonces des LATA.



Des solutions pour améliorer les décisions de LATA aux urgences?

- 79 % des médecins ressentent le besoin de bénéficier d'une procédure sur la prise en charge des LATA
- 76 % sont favorables à la création d'un lieu dédié spécifiquement à l'annonce
- 78,5 % pensent qu'une actualisation de leurs connaissances sur le sujet des LATA est nécessaire.



Des solutions pour améliorer les décisions de LATA aux urgences?

- Seulement 41 % des médecins ressentent le besoin de séances de débriefing en équipe.
 - 85 % des médecins pensent que les comités d'éthiques des hôpitaux pourraient être une aide dans l'établissement de procédures de services dans la cadre des LATA.
- 

Discussion

- Les situations de LATA sont fréquentes et appliquées dans le non respect de la loi dans un cas sur deux.
 - Méconnaissance de la loi ?
 - Pas de procédure écrite ?
 - Difficulté à appliquer la loi dans le contexte de l'urgence?
 - Trouver un médecin consultant
 - Rôle du médecin réanimateur , rôle du médecin traitant? Médecin référent?
 - Implication des spécialistes



Discussion

- Problème des directives anticipées:
 - Accessibilité en urgence de même pour la personne de confiance (registre ?)
 - Dérive euthanasique ?
 - Une difficulté à trouver le temps d'annoncer:
d'autres solutions?
 - Implication équipe paramédicale, med traitant
 - Formation des équipes
- 

4. Conclusion

- Il ressort un certain malaise de notre étude au sein des urgentistes avec des difficultés :
 - d' une part à appliquer la loi (en particulier la réflexion collégiale),
 - mais aussi à consacrer du temps à l' annonce et à l' accompagnement
- D' autre part, la loi est encore assez méconnue et peu appliquée aux urgences.
- On a l' impression que les services urgence sont un peu les oubliés de la loi du 22 avril 2005 alors que ce sont eux qui sont concernés le plus par la mort des patients à l' hôpital.

4. Conclusion

- Certes, la loi exclut le champ de l'urgence vitale mais la plupart des situations de fin de vie aux urgences ne relève pas de ce cadre là et ce sont souvent des patients qui auraient pu mourir chez eux.
- De plus, les recommandations de la société savante de médecine d'urgence ne sont toujours pas actualisées depuis 2003 ne proposant pas de réelle aide pour le praticien.

4. Conclusion

- Il manque une vraie prise de conscience des autorités de santé afin de reconnaître que les services d'urgence réalisent une réelle activité de **soins palliatifs d'urgence**.
- Il serait grand temps de valoriser cette activité, de la soutenir, et de mettre les moyens financiers et humains nécessaires à défaut de trouver des solutions en amont.



MERCI DE VOTRE ATTENTION

WEKST DE AOLKE VLEEMTON