Décès et limitations thérapeutiques aux urgences : étude rétrospective des pratiques dans un centre hospitalier français pendant quatre ans

Death and Withholding of Life-Sustaining Therapy in the Emergency Department: A Retrospective Practical Study in a French Hospital during Four Years

L. Bérard · J. Zeller · M. Schaeffer

© SFMU et Lavoisier SAS 2018

Résumé Objectifs : Nous avons analysé les caractéristiques médicoadministratives et la prise en charge des patients décédés dans le service d'accueil des urgences (SAU) d'un centre hospitalier français.

Matériels et méthodes : Il s'agissait d'une étude rétrospective observationnelle des patients décédés aux urgences entre janvier 2012 et décembre 2015. Nous avons analysé les procédures de limitation et d'arrêt des thérapeutiques actives (LATA) et comparé les caractéristiques des groupes de patients « LATA » et « Non LATA ».

Résultats : Deux cent trente-deux patients sont décédés au SAU en quatre ans. Vingt pour cent des décès sont survenus très rapidement malgré les soins de réanimation, et 80 % sont survenus après une décision de LATA. Les LATA étaient décidées par un urgentiste seul dans 56 % des cas et avec un délai de réflexion très court : 13 % en préhospitalier et 28 % au cours de la première heure au SAU. Quatorze pour cent des LATA n'étaient pas inscrites dans le dossier médical. Les patients en LATA étaient plus âgés, plus souvent déments, venaient de maison de retraite et étaient adressés pour des motifs plus graves ($p < 0,01$). Ils ont généralement bénéficié de soins de confort en unité d'hospitalisation de courte durée : antalgiques, hypnotiques et antisécrétoires lorsque cela était nécessaire.

Conclusion : Deux tiers des procédures de LATA ne respectaient pas les recommandations de bonne pratique en termes de collégialité et de traçabilité. Une amélioration des pratiques est possible au SAU par l'élaboration d'une nouvelle procédure de LATA prenant en compte les contraintes de l'urgence.

Mots clés Fin de vie · Décès · Limitation thérapeutique · LATA · Service d'urgences

Abstract Aim: We have analysed the medico-administrative features and the medical management of the patients who were died in the emergency department (ED) of a French hospital.

Procedure: This retrospective observational study of all deceased patients in the emergency department took place from January 2012 to December 2015. We analysed the withholding of life-support therapy procedures and compared the groups "Withheld" and "Non-withheld".

Results: Two hundred and thirty-two patients were died in the ED in four years. 20% of the death happened very quickly despite the intensive care and 80% happened after a medical decision of withholding or withdrawing life-sustaining therapies. The emergency physician chose to withhold the therapies alone in 56% of cases and the reflection period was very short: 13% before the arrival in the ED and 28% during the first hour. 14% of the decisions were not written in the medical chart. The patient of the Withheld group were older, suffered more frequently from dementia, came from a nursing home and displayed more serious symptoms ($P < 0.01$). They received comfort care in a short-stay ward: painkillers, hypnotic and cholinergic drugs when needed.

Conclusion: Two-thirds of the withholding and withdrawal decisions did not respect the good practice requirements in terms of collegiality and traceability. An improvement of our practicing is possible through the development of a new frame for the decisions of withholding and withdrawing of life-support treatments which should take into account the pressure in emergency circumstances.

Keywords End-of-life · Death · Withholding · Withdrawing · Emergency department

L. Bérard (✉) · J. Zeller
Service d'accueil des urgences (SAU-SMUR),
centre hospitalier d'Haguenau, 64, avenue du Pr René-Leriche,
F-67504 Haguenau cedex, France
e-mail : lise.berard@ch-haguenau.fr

M. Schaeffer
Groupe méthodes en recherche clinique,
service de santé publique, hôpitaux universitaires de Strasbourg,
1, place de l'Hôpital, F-67000 Strasbourg, France

Introduction

En France, 16 500 à 26 000 décès ont lieu tous les ans dans les services d'accueil des urgences (SAU) : cela constitue 3 à 10 % des décès intrahospitaliers et 0,15 à 0,18 % des passages annuels aux urgences [1–3]. Ces patients sont généralement âgés et présentent de nombreuses pathologies chroniques sévères à un stade avancé [4]. Ils décèdent généralement rapidement après leur admission [3,5], pourtant des soins invasifs à visée diagnostique ou thérapeutique sont très souvent débutés [6,7] en l'absence d'information suffisante sur la pathologie de fond, les antécédents médicaux et le mode de vie. Ils sont par la suite interrompus dans le cadre d'une limitation ou d'un arrêt des thérapeutiques actives (LATA), seule alternative pour préserver ces patients de l'obstination déraisonnable [8]. Les difficultés résident dans l'identification de ces situations complexes et la mise en place des soins de confort dans un environnement normalement adapté à la prise en charge des urgences vitales et fonctionnelles [6].

Nous avons constaté cette situation dans le SAU d'un centre hospitalier général d'Alsace, et nous avons souhaité analyser les pratiques de ce service. Notre objectif principal était d'identifier au sein de la population des personnes décédées aux urgences, les caractéristiques des patients pour lesquels une LATA était décidée. Les objectifs secondaires ont consisté en l'analyse des modalités de décision des LATA aux urgences ainsi que des conditions de prise en charge des patients pour lesquels une limitation des soins était définie.

Matériel et méthodes

Nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective pendant une période de quatre ans. Tous les patients décédés dans le SAU et en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) pendant la période du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2015 ont été inclus. Ils étaient identifiés à l'aide des données du programme de médicalisation du système informatique. Les informations administratives et médicales étaient extraites des dossiers informatisés du logiciel Résurgence® (NEC, Nanterre, France). L'ensemble des données a été regroupé dans un fichier Excel (version 2010, Microsoft®, Redmond, États-Unis). Cette base de données avait été déclarée au préalable à la Commission nationale de l'informatique et des libertés sous le n° 1971847.

Analyse statistique

Les calculs statistiques ont été réalisés à l'aide du logiciel R® dans sa version 3.1. (<https://www.r-project.org/>). Des statistiques descriptives et comparatives ont été utilisées. Le caractère gaussien des variables quantitatives était évalué

par le test de Shapiro-Wilk, et leur comparaison était réalisée avec un test de Student ou le test de Mann-Whitney. Les variables qualitatives étaient décrites à l'aide de proportions d'apparition de la modalité et de proportions cumulées. Lors du croisement entre plusieurs variables qualitatives ou la comparaison de pourcentages entre les deux groupes, le test du Chi² ou le test exact de Fisher étaient utilisés. Les tests statistiques ont été réalisés en situation bilatérale. Afin de prendre en compte une inflation du risque alpha pour les analyses multiples, le risque de première espèce a été réduit à 1 %.

Résultats

Deux cent trente-deux patients sont morts dans le service des urgences pendant la durée de l'étude, soit environ 10 % de la totalité des décès de l'hôpital d'Haguenau. L'effectif des patients décédés au SAU correspondait à 0,19 % de la totalité des passages annuels dans le service. Un quart des patients (28 %) sont morts à l'accueil des urgences ou en salle de déchocage, tandis que les trois quarts restants (72 %) sont décédés en UHCD. La moyenne d'âge était de 81 ans, et seuls 15 % des patients avaient moins de 70 ans (Fig. 1). Il s'agissait de 44 % d'hommes et 56 % de femmes. Les données médicoadministratives de cette population sont présentées dans le tableau 1. Les caractéristiques de leur prise en charge médicale sont présentées dans le tableau 2. Un avis spécialisé a été demandé pour 109 patients (47 %) : il s'agissait généralement du réanimateur médical (25 %). Les médecins traitants ont été contactés dans 10 % des cas et un médecin des soins palliatifs a été sollicité pour six situations au total (3 %). Le patient n'était jugé apte à exprimer son point de vue que dans 1 % des situations : les sédations, le coma, un état de détresse respiratoire, la confusion et des troubles cognitifs avérés (démence) étaient les critères d'incapacité généralement admis. Une discussion a été possible avec des proches du patient avant son décès dans 68 %

Fig. 1 Catégories d'âges des patients décédés aux urgences adultes

Tableau 1 Caractéristiques médicales et administratives des patients décédés au service des urgences		
	Valeurs	
Total	232	(100 %)
Provenance		
Domicile	155	(67 %)
EHPAD	60	(26 %)
Hôpital ou clinique	17	(7 %)
Régulation par le Centre 15	156	(67 %)
Intervention Smur	86	(37 %)
Moyen de transport		
Ambulance non médicalisée	204	(88 %)
Ambulance médicalisée	22	(10 %)
Moyens personnels	6	(3 %)
Sortie d'hospitalisation récente		
Au cours du mois précédent	69	(30 %)
Au cours de la semaine précédente	26	(11 %)
Motifs d'admission		
Troubles respiratoires	125	(54 %)
Troubles de la conscience	96	(41 %)
Altération de l'état général	44	(19 %)
Douleur	29	(13 %)
ACR extrahospitalier	25	(11 %)
Maintien à domicile impossible	16	(7 %)
Fin de vie	15	(7 %)
Antécédents		
Cardiovasculaire	168	(72 %)
Métabolique	98	(42 %)
Néoplasique	67	(29 %)
Respiratoire	55	(24 %)
Neurologique	49	(21 %)
Démence	73	(32 %)
Grabataire	45	(19 %)
Aucun antécédent	2	(1 %)
Antécédents non connus	41	(18 %)
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; Smur : service mobile d'urgence et de réanimation ; ACR : arrêt cardiorespiratoire		
Les résultats sont exprimés en nombre (%)		

des cas : il s'agissait en général d'un enfant (43 %), du conjoint (17 %), d'un autre membre de la famille (13 %) ou plus rarement d'un voisin ou ami (2 %). Dans un tiers des cas (32 %), personne n'a pu être contacté. La personne de confiance telle que définie par la loi [9] n'était jamais identifiée dans les dossiers médicaux (désignation par le patient impossible à l'admission en raison de son état de conscience altéré, absence de document écrit existant au préalable). Les proches étaient présents au moment du décès dans 18 % des cas ou informés par téléphone (65 %).

Tableau 2 Prise en charge des patients décédés au service des urgences		
	Valeurs	
Total	232	(100 %)
Conditionnement (cumulables)		
Voie veineuse périphérique	223	(96 %)
Bilan sanguin veineux	177	(76 %)
Bilan sanguin artériel	137	(59 %)
Traitements symptomatiques (cumulables)		
Oxygénothérapie	205	(88 %)
Antalgiques	116	(50 %)
Rééquilibration hydroélectrolytique	35	(15 %)
Aérosols bronchodilatateurs	30	(13 %)
Anti-inflammatoires	8	(3 %)
Réchauffement	7	(3 %)
Antispasmodiques	6	(3 %)
Antémétiques	6	(3 %)
Anxiolytiques	2	(1 %)
Traitements étiologiques (cumulables)	146	(63 %)
Antibiotiques	99	(43 %)
Médicaments à visée cardiovasculaire	91	(39 %)
Antidotes	19	(8 %)
Antiépileptique	11	(5 %)
Soins de réanimation (cumulables)	117	(50 %)
Remplissage vasculaire	67	(29 %)
Intubation	41	(18 %)
Ventilation non invasive	31	(13 %)
Amines	39	(17 %)
Massage cardiaque	35	(15 %)
Anesthésie générale	11	(5 %)
Soins invasifs (cumulables)	115	(50 %)
Sonde urinaire	82	(35 %)
Aspirations trachéales	40	(17 %)
Sonde nasogastrique	18	(8 %)
Canule de Guedel	3	(1 %)
Soins de confort (cumulables)	147	(63 %)
Antalgiques	138	(60 %)
Hypnotiques	79	(34 %)
Antisécrétoires	27	(12 %)
Anxiolytiques	9	(4 %)
Arrêt d'une thérapeutique	6	(3 %)
Médicaments à visée cardiovasculaire : diurétique, antiarythmique, antiagrégant plaquettaire, anticoagulant, vasodilatateur veineux, antihypertenseur		
Les résultats sont exprimés en nombre (%)		

Une décision de LATA a été prise pour 189 patients, soit 80 % des patients décédés au SAU. Les données ont été comparées entre les groupes « LATA » et « Non LATA ». Les caractéristiques médicales et administratives sont présentées dans le tableau 3, tandis que les informations

Tableau 3 Comparaison des caractéristiques administratives des sous-groupes de patients « LATA » et « Non LATA » décédés au SAU

	LATA		Non LATA		Valeur de <i>p</i>
	(n = 186)		(n = 46)		
Âge (années)	82	± 12	77	± 11	0,001
Sexe					
Homme	71	(38 %)	31	(67 %)	< 0,001
Femme	115	(62 %)	15	(33 %)	
Antécédents					
Cancer	57	(31 %)	10	(22 %)	0,28
Démence	68	(37 %)	4	(9 %)	< 0,001
État grabataire	41	(22 %)	5	(11 %)	0,10
BPCO	1	(1 %)	0	(0 %)	1,00
Antécédents non connus	26	(14 %)	15	(33 %)	0,005
Lieu de prise en charge					
Domicile	115	(62 %)	40	(87 %)	< 0,001
EHPAD	57	(31 %)	3	(7 %)	< 0,001
Autres	15	(8 %)	3	(7 %)	1,00
Régulation par le Centre 15	130	(70 %)	26	(57 %)	0,11
Intervention Smur	71	(38 %)	15	(33 %)	0,61
Mode de transport					
Ambulance médicalisée	8	(4 %)	14	(30 %)	< 0,001
Ambulance non médicalisée	176	(95 %)	28	(61 %)	< 0,001
Moyens personnels	2	(1 %)	4	(9 %)	0,02
Motif d'admission					
Troubles respiratoires	109	(59 %)	16	(35 %)	0,005
Troubles de la conscience	87	(47 %)	9	(20 %)	< 0,001
Altération de l'état général	37	(20 %)	7	(15 %)	0,54
Douleur	16	(9 %)	13	(28 %)	< 0,001
Fin de vie	15	(8 %)	0	(0 %)	0,05
Maintien à domicile impossible	15	(8 %)	1	(2 %)	0,21

LATA : limitation et arrêt des thérapeutiques actives ; BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive ; EHPAD : établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante ; Smur : service mobile d'urgence et de réanimation

Les valeurs d'âge sont exprimées en moyenne ± écart-type. Les autres résultats sont exprimés en nombre (%)

relatives à la prise en charge sont regroupées dans le tableau 4. Seuls 9 % des patients du groupe LATA étaient connus d'une équipe de soins palliatifs. Pourtant, 59 % d'entre eux étaient atteints d'une ou de plusieurs pathologies chroniques sévères habituellement considérées comme terminales : cancer à un stade avancé, démence sévère, état grabataire, handicap sévère, polypathologies invalidantes, insuffisance respiratoire chronique. Le refus de la réanimation était mentionné dans 59 dossiers (25 % des décès) : c'était le souhait du patient dans 5 % des cas, celui de la famille dans 20 % des cas. Il n'existait un document officiel de type « directives anticipées » ou la trace d'une limitation thérapeutique antérieure que dans 4 % des dossiers étudiés. Au total, 50 patients ont été réanimés : 39 dans un but curatif et 11 dans le cadre d'une réanimation d'attente. Parmi les

39 patients décédés malgré un niveau de soin maximal et une réanimation à but curatif, 31 sont morts sur un brancard au déchocage ou à l'accueil des urgences dont les deux tiers au cours de la première heure et huit en UHCD. Parmi les 11 patients qui ont bénéficié d'une réanimation d'attente puis d'une LATA, aucun n'a survécu plus de 24 heures.

Nous avons analysé les modalités de réalisation des limitations thérapeutiques au SAU. L'urgentiste décidait seul de la LATA dans plus de la moitié des situations (57 %). La procédure était collégiale dans 44 % des cas ; cependant, le deuxième avis médical était donné par un urgentiste du service dans 8 % des cas. Le réanimateur a été sollicité pour 50 patients (27 %) : l'admission en service de réanimation a été refusée pour 33 d'entre eux (18 %). En ce qui concerne les 17 autres patients (9 %), l'avis du réanimateur n'était pas

Tableau 4 Comparaison de la prise en charge des sous-groupes de patients « LATA » et « Non LATA » décédés au SAU

	LATA		Non LATA		Valeur de <i>p</i>
	(n = 186)		(n = 46)		
Soins de réanimation					
Remplissage vasculaire	54	(29 %)	13	(28 %)	1,00
Ventilation non invasive	27	(15 %)	4	(9 %)	0,47
Intubation	11	(6 %)	30	(65 %)	< 0,001
Amines	10	(5 %)	29	(63 %)	< 0,001
Massage cardiaque externe	7	(4 %)	28	(61 %)	< 0,001
Soins de confort					
Antalgiques (paliers 1 à 3)	129	(69 %)	9	(20 %)	< 0,001
Hypnotiques (midazolam)	77	(41 %)	2	(4 %)	< 0,001
Antisécrotoires (scopolamine)	26	(14 %)	1	(2 %)	NA
Anxiolytiques	8	(4 %)	1	(2 %)	NA
Nursing	147	(79 %)	9	(20 %)	< 0,001
Soins de bouche	27	(15 %)	1	(2 %)	0,02
Information des proches lors du décès					
Famille présente	41	(22 %)	1	(2 %)	< 0,001
Famille prévenue, mais absente	122	(66 %)	30	(65 %)	1,00
Aucun proche prévenu	23	(12 %)	15	(33 %)	NA
Diagnostic principal					
Cardiaque	26	(14 %)	31	(67 %)	< 0,001
Infectieux	55	(30 %)	3	(7 %)	< 0,001
Respiratoire	51	(27 %)	2	(4 %)	< 0,001
Neurologique	32	(17 %)	2	(4 %)	0,03
Métabolique	7	(4 %)	0	(0 %)	0,35
Vasculaire	5	(3 %)	1	(2 %)	1,00
Choc	30	(16 %)	3	(7 %)	0,10
« Soins palliatifs/fin de vie »	9	(5 %)	0	(0 %)	0,21

LATA : limitation et arrêt des thérapeutiques actives ; NA : non applicable
 Les résultats sont exprimés en nombre (%)

souhaité pour une admission en réanimation, mais seulement dans le but de rédiger la LATA. Au total, l'urgentiste ne souhaitait pas d'admission en réanimation pour 156 patients décédés (83 %).

Les décisions de LATA étaient prises très rapidement, comme en témoigne la figure 2. Treize pour cent ont eu lieu avant l'admission au SAU, c'est-à-dire par le médecin du SMUR lors de son examen extrahospitalier. Seules 5 % des décisions de LATA étaient réalisées après 24 heures de présence du patient au SAU. En ce qui concerne la traçabilité, une LATA a été décidée mais n'était pas formellement retranscrite dans 26 dossiers médicaux (14 %). Lorsqu'une LATA était décidée, les patients étaient rapidement transférés en UHCD quand cela était possible, et des soins de confort étaient débutés (Tableau 4). Ces soins se résumaient généralement au nursing et les traitements médicaux aux antalgiques, hypnotiques et antisécrotoires.

Fig. 2 Délais entre l'admission et la décision de LATA. LATA : limitation et arrêt des thérapeutiques actives ; NC : non connu

Discussion

De nombreux patients arrivent aux urgences en situation de fin de vie et décèdent rapidement après le début de leur prise en charge. Dans notre étude, une limitation thérapeutique était décidée précocement par l'urgentiste dans la majorité des cas (80 %) et des soins de confort minimaux débutés dès que possible en UHCD.

L'effectif de patients décédés aux urgences du centre hospitalier d'Haguenau correspondait à 10 % des décès intra-hospitaliers et à 0,19 % des passages annuels au SAU : ces proportions sont comparables à ce que l'on retrouve dans la littérature [1,10,11]. Les caractéristiques de ces patients étaient tout à fait superposables aux autres études : il s'agissait de patients âgés [11] présentant de multiples comorbidités [12]. Les patients décédés aux urgences venaient généralement pour une symptomatologie respiratoire, neurologique, globale (altération de l'état général) ou une douleur. La demande explicite de « placement » (généralement intitulée « maintien à domicile impossible ») ou de « soins de fin de vie » n'était que très rarement formulée (6 % des cas) [10,11]. Il existait très peu de documents officiels attestant d'un souhait de limitation des soins par le patient (directives anticipées) [3] : ces documents sont peu connus de la population générale [13]. De plus, les proches ne connaissaient généralement pas les souhaits de fin de vie des patients [14]. Pourtant, presque deux tiers des patients décédés aux urgences présentaient des pathologies chroniques graves à un stade avancé habituellement considérées comme incurables et pour lesquelles les soins ne sont plus réalisés à but curatif [1] : la fin de vie des patients présentant de lourdes comorbidités est encore trop peu anticipée en France [3,10].

Dans notre étude, deux tiers de patients décédés aux urgences avaient été adressés par le Centre 15 (67 %), et dans plus de la moitié des cas un SMUR avait été envoyé sur place (37 %). L'étude LATASAMU avait déjà identifié cette situation en 2006 [15]. Il ne semble pas exister de protocole spécifique en régulation médicale au SAMU 67 pour la prise en charge des patients en soins palliatifs. Dans ces situations, les moyens médicaux ne sont pas déclenchés dans le but de réanimer le patient, mais pour apporter rapidement une expertise médicale et des traitements adaptés lorsque les symptômes pénibles ne sont plus contrôlés en ambulatoire [16]. En général, l'admission à l'hôpital n'est pas évitable, car ces symptômes sont difficilement gérables à domicile.

La grande majorité des décès survenait rapidement après l'admission aux urgences, comme l'ont déjà constaté Tardy en 2005 [2], Bailey en 2007 [6], Haegy en 2013 [17] et le rapport de l'IGAS de 2009 [18]. Quatre-vingts pour cent des décès sont survenus après une décision de limitation thérapeutique [10,12], et presque trois quarts d'entre eux se sont produits en UHCD [17]. Les critères pour décider d'une

LATA étaient liés à l'âge, aux antécédents médicaux (démence, dépendance) et à la gravité de la pathologie aiguë.

Moins de 20 % des décès qui ont eu lieu aux urgences n'étaient pas attendus : ce sont les patients pour lesquels une LATA n'a pas été décidée, car ils étaient considérés en niveau de soin maximal. Il s'agissait de patients plus jeunes, leurs antécédents étaient peu sévères ou mal connus au moment de la prise en charge, leurs symptômes étaient peu spécifiques (douleur), et le diagnostic définitif était souvent cardiaque. Ces patients sont décédés rapidement sur un brancard à l'accueil des urgences ou en salle de déchocage. Tous ces critères sont cohérents avec un certain degré d'urgence vitale et donc avec la stratégie médicale choisie : la réanimation [13]. Ces profils de patients correspondent aux trajectoires « spectaculaires » décrites par Bailey en 2011 [4]. Au contraire, les patients pour lesquels une décision de LATA a été prise étaient plus âgés, présentaient plus de comorbidités et venaient pour des motifs plus sévères et caractéristiques de pathologies graves (dyspnée et troubles de la conscience). La procédure de LATA permettait d'identifier la situation particulière de fin de vie et d'aménager une prise en charge spécifique [8] : installation dans une chambre individuelle en UHCD [17,19], limitation des soins au confort du malade, accompagnement des proches [17]. Ces patients ont reçu plus de traitements symptomatiques et moins de soins de réanimation invasifs [4,20]. Il est intéressant de noter que les facteurs associés à la réalisation d'une LATA aux urgences sont globalement les mêmes que les critères habituels de non-admission en réanimation [12,21]. En effet, dans notre étude, tous les patients pour lesquels une admission en réanimation a été refusée ont bénéficié dans la foulée d'une limitation thérapeutique au SAU.

La réalisation des LATA était critiquable aux urgences, car elle ne respectait pas les recommandations de bonne pratique dans deux tiers des cas : elle était décidée par un seul médecin dans plus de 50 % des situations et très précocement (en préhospitalier) dans 13 % des cas. De plus, il existait un défaut de traçabilité dans le dossier médical pour 26 patients du groupe LATA. Ce constat n'est pas isolé, Ferland l'avait déjà décrit dans l'étude LATASAMU de 2005 [15]. Pourtant, cette pratique est utilisée depuis longtemps dans les services de réanimation [13,22] et est encadrée par la loi depuis 2005 [23]. La réalisation des LATA aux urgences de l'hôpital d'Haguenau est guidée par un protocole écrit formalisé dans le logiciel Résurgence[®], mais notre étude montre des décisions de LATA moins rigoureuses que dans d'autres hôpitaux en France [12]. Cette procédure doit être améliorée afin de prendre en compte les conditions de l'urgence et inciter les urgentistes à respecter les recommandations de manière systématique [17]. Aux urgences, l'identification du pronostic vital d'un patient est rendue très difficile par plusieurs facteurs : le contexte de son arrivée (inopinée, généralement au décours d'une décompensation

aiguë), le manque d'informations (maladie causale, comorbidités, niveau d'autonomie), les difficultés de communication avec le patient et ses proches et le manque de temps nécessaire à ce type de prise en charge [12]. Au final, les contraintes de l'exercice de la médecine d'urgence rendent les conditions légales d'élaboration d'une LATA [23,24] difficiles, voire impossibles à remplir. Cette situation est parfaitement résumée dans la récente publication coécrite par le groupe d'experts issus de la Société française de médecine d'urgence et la Société de réanimation de langue française [3]. Ce texte insiste sur la communication avec le patient et ses proches, l'exigence de traçabilité de la décision et de l'argumentaire qui a permis d'arriver à celle-ci et précise les modalités de réalisation pratique de la réanimation d'attente et de la sédation profonde au SAU. En ce qui concerne la collégialité, les experts insistent sur l'importance d'impliquer le personnel paramédical dans la discussion et sur la possibilité d'une « collégialité restreinte » en dehors des heures ouvrables.

Les critères de triage pour l'entrée en réanimation ont fait l'objet de nombreuses recommandations [22]. Cependant, le tri ne s'établit pas qu'à la porte du service de réanimation et est réalisé en amont par beaucoup d'autres intervenants : au domicile, en régulation médicale, dans les services hospitaliers et en particulier au SAU [25]. Il existe de nombreuses situations au cours desquelles le médecin urgentiste ne propose pas son patient en réanimation malgré la présence de critères théoriques d'admissibilité : cette situation peut s'apparenter à une sorte d'autocensure. Dans notre étude, 83 % des LATA étaient décidées par l'urgentiste : lorsque le réanimateur était appelé pour un avis sur la poursuite des soins, il n'était sollicité pour une demande d'admission dans son service que dans 18 % des cas.

Les délais de réflexion avant les décisions de LATA étaient très courts : seules 5 % des LATA ont été réalisées après 24 heures d'hospitalisation. En réanimation, ces décisions sont prises en moyenne trois jours après l'admission du patient et généralement après deux réunions décisionnelles médicoparamédicales [13]. Ce délai est utile pour prendre le recul suffisant sur la pathologie, l'efficacité ou l'inefficacité des thérapeutiques et permettre la recherche des informations manquantes : ce sont des situations dites de réanimation d'attente [26]. Dans notre étude, les situations de réanimation d'attente étaient rares (11 dossiers) et de courte durée : une décision de LATA était prise très rapidement, généralement dès la récupération des antécédents du patient ou lors du constat d'un échec des thérapeutiques intensives. Il existe des différences significatives entre les patients de réanimation et ceux des urgences [27] qui peuvent expliquer la rapidité de ce type de décisions : la gravité des pathologies et des comorbidités des patients du SAU rend généralement les décisions de non-admission en réanimation et donc de LATA plus évidentes.

La communication avec le malade n'était envisageable que dans 1 % des situations, comme c'est souvent le cas en contexte d'urgence vitale, en particulier chez les patients âgés [12]. La proportion de familles informées de la situation médicale de leur proche rejoint les chiffres retrouvés par Le Conte en 2004 [12]. Un tiers des dossiers médicaux ne faisait mention d'aucun contact avec les proches avant le décès du patient, et dans 16 % des cas personne n'a été informé après sa survenue. Aux urgences, il existe de nombreux obstacles à la communication entre les soignants et les proches des malades : la charge de travail, le ratio entre l'effectif médical et paramédical et le nombre de patients à prendre en charge, la nécessaire hiérarchisation des urgences, l'environnement parfois chaotique [20] et les difficultés d'accès aux familles [21]. Pourtant, la communication entre le personnel et le patient ou son entourage est extrêmement importante : réalisée précocement et dans de bonnes conditions, elle permet d'établir et de renforcer le lien de confiance indispensable à la prise en charge globale, surtout en situation de fin de vie [3,28].

Une fois la situation palliative identifiée par une LATA, les patients étaient installés dans un lit en UHCD dès que cela était possible. Les soins de confort se résumaient alors à quelques traitements symptomatiques et des soins de nursing. Un rapprochement avec les professionnels des soins palliatifs et la rédaction de protocoles thérapeutiques pourrait faciliter la prise en charge de ces patients.

La durée de notre étude ne permettait pas de comparer l'évolution des pratiques d'une année sur l'autre ; elle a cependant rendu possible l'inclusion de nombreux dossiers dans l'analyse. La méthodologie utilisée (observationnelle et rétrospective) assurait l'absence de biais d'observation, puisque la prise en charge des patients n'était pas modifiée par le recueil de données ; mais elle introduisait obligatoirement un biais d'information, car seules les données retranscrites dans les dossiers médicaux étaient soumises à l'analyse. Nous avons choisi de réduire le risque alpha de première espèce à 1 %, afin de limiter le biais d'analyse lié aux comparaisons multiples ; en dépit de cela, nous avons trouvé de nombreuses associations statistiquement significatives. Les résultats de cette étude monocentrique ne sont pas généralisables à d'autres structures, dont le fonctionnement, la politique et les habitudes de travail ne sont pas comparables.

Conclusion

Dans cette étude deux tiers des décisions de LATA n'étaient pas conformes aux recommandations de bonne pratique aux urgences par manque de collégialité ou de traçabilité : une procédure plus complète et contraignante, qui prendrait en considération les difficultés liées à la pratique quotidienne de la médecine d'urgence, doit être mise en place et évaluée. En

ce qui concerne la prise en charge des patients en LATA, il serait judicieux d'établir un rapprochement avec les professionnels des soins palliatifs afin d'uniformiser les connaissances et d'élaborer des fiches d'aide décisionnelle et des protocoles thérapeutiques communs. Enfin, l'analyse du devenir de l'ensemble des patients pour lesquels une décision de LATA est prise aux urgences pourrait permettre d'identifier les limites de cette pratique et d'affiner les critères de réalisation précoce des LATA.

Lien d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt.

Références

- Roupie E (1999) La mort aux urgences : enquête prospective préliminaire. In: Actualités en Réanimation Urgence 1999, Société de Réanimation de langue Française, Ed. Elsevier, Paris, 281–9
- Tardy B, Viallon A (2005) Fin de vie aux urgences. *Réanimation* 14:680–5
- Feral-Pierssens AL, Boulain T, Carpentier F, et al (2018) Limitations et arrêt des traitements en urgence, un texte coécrit par la SRLF et la SFMU. <https://www.srlf.org/limitations-et-arret-des-traitements-en-urgence-un-texte-co-ecrit-par-la-srlf-et-la-sfm/> (Dernier accès le 11 mai 2018)
- Bailey C, Murphy R, Porock D (2011) Dying cases in emergency places: caring for the dying in emergency departments. *Soc Sci Med* 73:1371–7
- Bezzina A, Smith P, Cromwell D, et al (2005) Primary care patients in the emergency department: who are they? A review of the definition of the “primary care patient” in the emergency department. *Emerg Med Australas* 17:472–9
- Bailey C (2007) When end of life becomes an emergency: Dealing with death and dying in the emergency department. <http://www.inter-disciplinary.net/ptb/mso/dd/dd5/bailey%20paper.pdf> (Dernier accès le 11 novembre 2016)
- SUPPORT Principal Investigators (1995) A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. *JAMA* 274:1591–98
- Société de réanimation de langue française (2010) Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des recommandations de la Société de réanimation de langue française. *Réanimation* 19:679–98
- République française (2018) Article L1111-6 du Code de la santé publique modifié par Ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 - art. 2. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685772&dateTexte&categorieLien=cid> (Dernier accès le 11 mai 2018)
- Tardy B, Venet C, Zeni F, et al (2002) Death of terminally ill patients on a stretcher in the emergency department: a French speciality? *Intensive Care Med* 28:1625–28
- Rothmann C, Evrard D (2005) La mort aux urgences. *JEUR* 18:3–9
- Le Conte P, Baron D, Trewick D, et al (2004) Withholding and withdrawing life-support therapy in an Emergency Department: prospective survey. *Intensive Care Med* 20:2216–21
- Ferrand E, Robert R, Ingrand P, et al (2001) Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. *Lancet* 357:9–14
- Pennec S, Monnier A, Gaymu J, et al (2013) Le dernier mois de l'existence : les lieux de fin de vie et de décès en France. *Population* 68:585–615
- Ferrand E, Marty J; French LATASAMU Group (2006) Prehospital withholding and withdrawal of life-sustaining treatments. The French LATASAMU survey. *Intensive Care Med* 32:1498–1505
- McClain K, Perkins P (2002) Terminally ill patients in the emergency department: a practical overview of end-of-life issues. *J Emerg Nurs* 28:515–22
- Haegy JM, Andronikof M, Thiel MJ, et al (2013) Éthique et urgences. Réflexions et recommandations de la Société française de médecine d'urgence. Recommandations de la SFMU http://www.sfm.org/upload/consensus/rbpc_ethique.pdf (Dernier accès le 13 mars 2018)
- Lalande F, Veber O (2009) La mort à l'hôpital. Rapport, Tome 1 : IGAS, Rapport no RM2009-124P. <http://www.ladocumentation-francaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000037.pdf> (Dernier accès le 11 mai 2018)
- République française (1999) Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000212121> (Dernier accès le 13 mars 2018).
- Smith A, Fisher J, Schonberg M, et al (2009) Am I doing the right thing? Provider perspectives on improving palliative care in the emergency department. *Ann Emerg Med* 54:86–93
- Fassier T, Valour E, Colin C, et al (2016) Who am I to decide whether this person is to die today? Physician's life-or-death decisions for elderly critically ill patients at the emergency department - ICU interface: a qualitative study. *Ann Emerg Med* 68:28–39
- Task force of the American College of Critical Care Medicine; Society of Critical Care Medicine (1999) Guidelines for intensive care unit admission, discharge, and triage. *Crit Care Med* 27:633–38
- République française (2005) Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&categorieLien=id> (Dernier accès le 13 mars 2018)
- République française (2016) Articles L1111-12 et L1111-13 du Code de la santé publique modifiés par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 - art. 10. <http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/ta/ta0358.pdf> (Dernier accès le 11 mai 2018)
- Azoulay E, Pochard F, Chevret S, et al (2001) Compliance with triage to intensive care recommendations. *Crit Care Med* 29:2132–36
- Reignier J, Cottureau A, Vinatier I (2011) Limitation et arrêts des traitements ou réanimation d'attente ? Conférences : Session SFMU/SRLF : Limitation et arrêt des thérapeutiques actives 807–18 https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Limitation_et_arrets_des_traitements_ou_reanimation_d_attente.pdf (Dernier accès le 13 mars 2018)
- Le Conte P, Riochet D, Batard E, et al (2010) Death in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. *Intensive Care Med* 36:765–72
- Steinhauser K, Clipp E, McNeilly M, et al (2000) In search of a good death: observations of patients, families, and providers. *Ann Intern Med* 132:825–32