

UNIVERSITE DE STRASBOURG  
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Année : 2018

N°: 239

**THESE**  
**PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE**  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Diplôme d'Etat  
Mention D.E.S. De Médecine générale

**PAR**

**FACHINGER Mylène**

Née le 19 Juillet 1990 à Strasbourg

Limitation et arrêt des thérapeutiques en médecine d'urgence pré-hospitalière :

Une uniformité des pratiques ?

Président de thèse : Professeur BILBAULT Pascal

Directeur de thèse : Docteur FORATO Mickaël



1  
**FACULTÉ DE MÉDECINE**  
(U.F.R. des Sciences Médicales)

- Président de l'Université M. DENEKEN Michel
- Doyen de la Faculté M. SIBILIA Jean
- Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11) M. GOICHOT Bernard
- Doyens honoraires : (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUDES Bertrand
- Chargé de mission auprès du Doyen M. VICENTE Gilbert
- Responsable Administratif M. BITSCH Samuel

Edition OCTOBRE 2018  
Année universitaire 2018-2019

HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)

**Directeur général :**  
M. GAUTIER Christophe



**A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE**

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

**A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)**

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)  
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

**A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)**

PO191

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépatogastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameledine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Illkirch	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0103	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DERUELLE Philippe		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Mathieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0080	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0082	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0083	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0084	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GICQUEL Philippe P0065	NRPô CS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RPô CS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRPô CS	* Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRPô CS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRPô CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRPô CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RPô NCS	* Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRPô NCS	* Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRPô NCS	* Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		* Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 <b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAULHAC Benoît P0078	NRPô CS	* Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRPô CS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence		* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RPô CS	* Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RPô CS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRPô NCS	* Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRPô NCS	* Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRPô NCS	* Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRPô NCS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRPô CS	* Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRPô CS	* Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRPô NCS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRPô CS	* Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence		* Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
LANG Hervé P0090	NRPô NCS	* Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANGER Bruno P0091	RPô NCS	* Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRPô CS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRPô NCS	* Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 <b>Anatomie</b>
LIPSKER Dan P0093	NRPô NCS	* Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRPô CS	* Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF GABRIEL		* Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie: transfusion

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Haute-pierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 <u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <u>Hématologie</u> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Haute-pierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 <u>Gynécologie-Obstétrique</u> ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 <u>Cancérologie</u> ; <u>Radiothérapie</u> Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry		• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02 Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépto-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 <u>Cancérologie</u> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier		• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 <u>Cancérologie</u> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute-pierre	48.01 <u>Anesthésiologie-réanimation</u> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0128	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0198	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 <u>Pédopsychiatrie</u> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 NCS  CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil  
 \* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)  
 CU : Chef d'unité fonctionnelle  
 Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)  
 Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur  
 (1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018 (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017  
 (3) (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017  
 (5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017  
 (6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

#### A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépato-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRPô CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	55.02 Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

<b>MO112</b>	<b>B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)</b>		
--------------	---	--	--

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / NHC	48.03 Option: pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme BARTH Heidi M0005 (Dispo → 31.12.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie - Virologie (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04 Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01 Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0038		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0080		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
ROMAIN Benoît M0081		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SABOU Alina M0098		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme SORDET Christelle M0099		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Sammy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schilligheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	<b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Jeffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

### B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAH Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

### B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

### B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

---

**C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**  
**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)

---

**C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE**

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

---

**C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

---

**D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**  
**D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

---

**E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES**

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRPô CS	* Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRPô CS	* Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRPô CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRPô CS	* Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRPô CS	* Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	* Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô CS	* Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô CS	* Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRPô Resp	* Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRPô CS	* Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	* Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô CS	* Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRPô CS	* Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	* Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRPô CS	* Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

---

### F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*  
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)*  
BOUSQUET Pascal  
PINGET Michel
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*  
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)  
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)  
MULLER André (Thérapeutique)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*  
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)

---

### F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc                      CNU-31                      IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2018)

---

### F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS\* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(\* 4 années au maximum)

---

**G1 - PROFESSEURS HONORAIRES**

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétiq) / 01.09.16
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétiq) / 01.09.2009
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

**Légende des adresses :**

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :**

- NHC : *Nouvel Hôpital Civil* : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : *Hôpital Civil* : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : *Hôpital de Hautepierre* : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- *Hôpital de La Robertsau* : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- *Hôpital de l'Elsau* : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU  
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ  
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS  
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES  
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

**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 à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.*

*Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.*

*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 resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

« Au lieu de trouver les moyens de conserver la vie, j'en ai trouvé un autre, bien plus aisé et bien plus sûr, qui est de ne pas craindre la mort. » (Descartes, *Lettre à Chanut*, 1646).

## **Remerciements**

**A Mickaël Forato, Directeur de thèse**

Je te remercie infiniment d'avoir accepté de superviser ma thèse, sur un sujet qui me tient à coeur depuis mon premier semestre au SAMU à tes côtés. Merci pour ton professionnalisme, ta patience et ton humour. Merci aussi pour tous tes conseils au cours de mon internat, et surtout pour m'avoir donné confiance en ma capacité à réaliser ce travail et à devenir un bon médecin urgentiste.

**A Monsieur le Professeur Pascal Bilbault, Président de thèse**

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. Merci de m'avoir enseigné avec rigueur la passionnante discipline qu'est la médecine d'urgence.

**A Monsieur le Professeur Jean Christophe Weber,**

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Votre enseignement de l'éthique médicale m'a apporté une ouverture d'esprit et une rigueur méthodologique pour lesquelles je vous suis très reconnaissante.

**A Monsieur le Professeur Laurent Calvel et à Monsieur le Professeur Thomas Vogel,**

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

**A toute l'équipe médicale et paramédicale du SAMU 67,**

Vous m'avez accueillie à bras ouverts en premier semestre, permis de découvrir un nouveau mode d'exercice de mon métier, enseigné les bons réflexes, appris à relativiser en toute situation, et ce malgré mon statut de débutante (et mon extrême timidité). Merci pour votre patience et votre adaptabilité hors du commun. Ces six mois avec vous ont été un socle solide pour tout le reste de mon internat.

**A l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale du service des urgences de Mulhouse,**

Je vous remercie de m'avoir appris à évoluer en autonomie en m'accordant votre entière confiance, et d'avoir rendu ces six mois agréables malgré la difficulté et l'abondance du travail. Merci particulièrement à Niko pour nos discussions philosophiques, et nos fous rires.

**A tout le service de réanimation médicale de Mulhouse,**

Je vous remercie d'avoir terminé ma formation en beauté, toujours dans la bonne humeur. Vous êtes une équipe formidable. Merci particulièrement à Antoine, Anne-Florence et Lucas pour votre soutien, vos conseils précieux qu'ils soient professionnels ou personnels, et votre pédagogie exemplaire. Merci à Dr Guiot pour votre aide. Merci aussi à Céline, de très loin ma secrétaire médicale préférée.

**A Marcela Coliban**, ancienne assistante en néphrologie à l'hôpital de Mulhouse : ta rigueur et ton dévouement hors pair resteront toujours un exemple pour moi.

**A mes copains de DESC,**

Merci à tous, c'était vraiment un plaisir de venir en cours avec vous, mais aussi de faire le tour des bars et restos du Grand Est lors de nos séminaires !

**A tous mes cointernes**, pour ces trois années à vos côtés, merci. En particulier les personnes les plus fantastiques que j'ai rencontrées au fil de l'internat : Sarah, Gautier et Tim, vous me manquerez. Enormément. Et encore merci Gautier d'avoir revu ma biblio !

**A Mamie Thé,**

C'est toi qui m'a ouvert les yeux sur les questions autour de la fin de vie et la mort dès mon plus jeune âge. Pouvoir discuter avec toi de ton expérience en tant que bénévole aux soins

palliatifs a été une vraie chance, merci.

A **Mamie Jo**, pour ces chouettes weekends en famille tout au long de mes études, dont nos trajets entre filles jusqu'à Kienheim. C'est grâce à toi que j'ai pu garder la main en conduite automobile !

A **Papy René**, qui serait fier de sa princesse.

A **Guillaume**, merci pour toutes ces soirées ensemble. Je salue particulièrement les onglets de bœuf à l'improviste et tous les autres délicieux plats dont tu as fait profiter nos papilles, y compris dans les moments les plus difficiles.

A **Gégé** pour ta confiance en la vie et ta nonchalance. Nos discussions à refaire le monde me manquent. A **Léah** pour ta compréhension hors pair, et nos soirées déjantées ! A **Julien** pour ta générosité et surtout ta capacité à écouter et prendre du recul.

A **Amandine et Camo**, vous êtes magnifiques, vous avez rendu tout simplement magiques mes études de médecine. Avec vous, même la D4 était fun !!! Vous m'avez énormément aidée à rester debout dans cette dernière année très difficile, malgré le fait que nous étions dans 3 villes différentes pour l'internat. Merci <3

A **Bruno**. Notre rencontre a changé ma vie. En tellement mieux. Ton sage soutien m'est infiniment précieux.

A **mon frère**, sans qui jamais de la vie je n'aurais autant apprécié les périodes de révision en P1 (je me souviens avec émotion du Rubik's cube en fruits). Ni les séminaires à Dijon 10 ans plus tard. Thanks bro.

A **mes parents**, merci pour votre soutien inconditionnel, votre confiance en moi tout au long de ces études, et votre amour infini.

Et enfin à **mon Benoît**. Je t'aime. Merci de m'avoir portée durant toutes ces années, et d'accepter le challenge que sont les many more à venir.

**Liste des abréviations**

ARM: Auxiliaire de Régulation Médicale

CESU: Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

CRRRA: Centre de Réception et de Régulation des Appels

LATA : Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques actives

M : Médecin

Q : Question

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SFAP : Société Française d'Accompagnement et soins Palliatifs

SFMU: Société Francophone de Médecine d'Urgence

SMUR : Service Mobile d'Urgence et Réanimation

UMH: Unité Mobile Hospitalière

**Table des matières**

INTRODUCTION.....	23
I. PREMIERE PARTIE.....	24
I.A. .La LATA.....	24
I.A.1. Présentation.....	24
I.A.2. Les directives anticipées.....	25
I.A.2.a. Définition.....	25
I.A.2.b. Modèle de rédaction.....	26
I.A.3. La personne de confiance.....	28
I.B. La prise en charge de la fin de vie.....	29
I.B.1. Les soins palliatifs.....	29
I.B.2. Le principe de sédation profonde.....	29
I.B.3. La prise en charge médicamenteuse.....	31
I.C. La médecine d'urgence pré-hospitalière.....	33
I.D. De l'assistance vitale à l'accompagnement terminal.....	35
I.E. Justificatif de l'étude.....	37
II.MATERIEL ET METHODES.....	39
II.A. Schéma de l'étude.....	39
II.B. Sélection des participants.....	39
II.C. Collecte des données.....	39
II.D. Analyse primaire.....	40

III.RESULTATS.....	41
III.A. Caractéristiques de la population étudiée.....	41
III.B. Résultats principaux.....	41
PARTIE 1 : Situation.....	41
Q1. Circonstances d'intervention.....	41
Q2. Prise en charge.....	44
PARTIE 2 : Décision de LATA.....	50
Q3. Arguments.....	50
Q4. Autres avis.....	52
Q5. Loi Claeys-Léonetti.....	53
Q6. Difficultés.....	56
PARTIE 3 : Prise en charge du patient.....	60
Q7. Orientation.....	60
Q8. Niveau de soins.....	61
Q9. Soins de confort.....	63
Q10. Suggestions.....	64
IV.DISCUSSION.....	70
VI.CONCLUSION.....	76
VIII.BIBLIOGRAPHIE.....	77
VII.ANNEXES.....	79

### Liste des figures

Figure 1. Motifs d'appel en régulation médicale .....	41
Figure 2. Lieu d'intervention.....	42
Figure 3. Acteurs présents en intervention.....	42

## ANNEXES

<u>Annexe 1.</u> Extraits de la LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.....	79
<u>Annexe 2.</u> Extraits du Décret n° 2016-1066 du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale et relatif aux procédures collégiales et au recours à la sédation profonde et continue jusqu’au décès prévus par la loi no 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.....	81
<u>Annexe 3.</u> Entretiens.....	83
1. Entretien 1.....	83
2. Entretien 2.....	94
3. Entretien 3.....	105
4. Entretien 4.....	120
5. Entretien 5.....	127
6. Entretien 6.....	137
7. Entretien 7.....	143
8. Entretien 8.....	156
9. Entretien 9.....	163
10. Entretien 10.....	167
11. Entretien 11.....	175
12. Entretien 12.....	184
<u>Annexe 4.</u> Palliative Performance Scale.....	194
<u>Annexe 5.</u> Richmond Agitation Sedation Score.....	195
<u>Annexe 6.</u> Score de Rudkin.....	195
<u>Annexe 7.</u> Caractéristiques des médecins interrogés.....	196

## INTRODUCTION

La limitation ou l'arrêt des thérapeutiques actives (LATA) est un principe visant à éviter l'obstination déraisonnable, ou acharnement thérapeutique. Lorsque les actes diagnostiques et thérapeutiques paraissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire. La loi Léonetti, révisée en 2016, apporte une aide précieuse dans la prise en charge de ces situations où certains actes médicaux deviennent inappropriés.

Cependant, en situation d'urgence, la loi précise qu'il revient au médecin d'évaluer le contexte avant toute décision, même en présence de directives anticipées. De plus, les modalités de prise de décision et de mise en place d'une limitation thérapeutique en pré hospitalier ne sont pas définies. Une étude quantitative multicentrique nationale (LATA SAMU) parue en 2006 montrait une grande disparité dans les modalités de mise en place d'une LATA en médecine d'urgence pré hospitalière.

Les objectifs de ce travail sont d'identifier les difficultés rencontrées lors d'une situation clinique pouvant relever d'une LATA en médecine d'urgence pré hospitalière, quel qu'en soit le contexte; de recueillir les éléments de réflexion ayant amené à la mise en place de la limitation thérapeutique; et enfin d'évaluer les modalités de prise en soins des patients ayant bénéficié de la mise en place de la LATA en médecine d'urgence pré hospitalière.

# **I. PREMIERE PARTIE**

## **I.A. La Limitation/Arrêt des thérapeutiques actives**

### **I.A.1. Présentation**

La LATA, ou limitation/arrêt des thérapeutiques actives, est un principe décrit dans la loi française, la première version datant de 2005 et proposée par Léonetti, visant à éviter l'obstination déraisonnable chez les patients maintenus artificiellement en vie ou en phase avancée d'une affection grave et incurable (1). Une nouvelle version de cette loi, proposée par Claeys et Léonetti en 2016, en précise les modalités pratiques d'application (2). Elle redéfinit l'obstination déraisonnable (voir Annexe 1, article 1). Les actes pouvant être considérés comme déraisonnables ne sont pas uniquement thérapeutiques, mais aussi préventifs ou diagnostiques. Désormais la nutrition et l'hydratation artificielles sont clairement définis comme des traitements et peuvent par conséquent être arrêtés au même titre que les autres.

Chez un patient hors d'état d'exprimer sa volonté, la mise en place d'une LATA nécessite une procédure collégiale entre plusieurs médecins dont un extérieur au service prenant le patient en charge. La décision prend en compte la lecture des directives anticipées ainsi que les avis respectifs de la personne de confiance et de la famille (voir Annexe 1, article 8). Un décret de 2016 vient encore préciser la conduite à tenir dans les cas où le patient est hors d'état de s'exprimer, et propose un guide pratique concernant la décision de limitation ou d'arrêt de traitement, qui ne peut être prise par le médecin en charge du patient qu'à l'issue de la procédure collégiale : "Cette procédure collégiale prend la forme d'une concertation avec les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et de l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin

en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est recueilli par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile." (3). Toutes les informations conduisant à la décision doivent être consignées dans le dossier du patient. Ainsi, le chemin menant à la décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives est plus clairement défini, médicalement et légalement.

La loi, encore trop peu connue du grand public, vise à encadrer une décision difficile et lourde de conséquences (4). Lorsque l'avis est documenté et justifié, il s'agit d'un ultime acte de bienveillance envers le patient.

## **I.A.2. Les directives anticipées**

### *I.A.2.a. Définition*

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées précisant ses souhaits concernant sa propre fin de vie. Dans la loi Léonetti de 2005, elles ont la forme d'un document écrit, daté, signé par le patient ou par deux témoins (dont la personne de confiance) s'il ne peut écrire, accompagné éventuellement d'une attestation d'un médecin constatant que le malade est en état d'exprimer sa volonté et qu'il a reçu les informations appropriées. Les directives sont révocables et modifiables, valables trois ans, et renouvelables par simple confirmation signée. Elles doivent être conservées dans un endroit accessible au médecin appelé à prendre la décision d'arrêter ou de limiter le traitement : dans le dossier médical du médecin traitant ou de l'hôpital, au domicile, par la personne de confiance, un membre de la famille ou un proche. Le médecin doit en tenir compte pour toutes décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement, mais il reste libre d'apprécier les conditions dans lesquelles il faut les appliquer compte tenu de la situation (1).

Avec la nouvelle version de la loi en 2016, le médecin est à présent tenu de suivre les directives anticipées (2) : « Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement » (voir Annexe 1 Article 8). Dans les cas où le patient est hors d'état de s'exprimer, la décision de ne pas appliquer les directives anticipées est prise à l'issue d'une procédure collégiale. La décision collégiale est inscrite dans le dossier médical et la personne de confiance ou à défaut, la famille ou les proches en sont informés. Par ailleurs les directives anticipées sont à présent valables à vie mais sont révisables, et restent bien sûr révocables.

Cependant il existe une exception à l'application des directives anticipées, qui nous intéresse tout particulièrement: "En cas d'urgence vitale, l'application des directives anticipées ne s'impose pas pendant le temps nécessaire à l'évaluation complète de la situation médicale et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale."(3). En urgence, l'appréciation de la situation est donc primordiale et la décision ne dépend pas uniquement des directives anticipées, mais de leur confrontation à la situation par le médecin prenant en charge le patient.

### *I.A.2.b. Modèle de rédaction*

Le modèle selon lequel peuvent être rédigées les directives anticipées a été décrit dans l'Article 2 d'un décret paru en Août 2016. Il comporte :

- Les informations suivantes :

-Les éléments relatifs à l'auteur des directives : majeur, dûment identifié par l'indication de ses nom, prénom, date et lieu de naissance ; le tout écrit, daté et signé par lui.

-Les éléments d'identification de la personne de confiance

-Le cas échéant, les mentions relatives aux autorisations nécessaires en cas de mesures de tutelle

-Lorsque la personne est dans l'impossibilité physique d'écrire ses directives anticipées, les informations relatives aux deux témoins.

- La volonté de la personne sur les décisions médicales relatives à sa fin de vie concernant les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitements ou d'actes médicaux dans le cas où elle ne serait plus en capacité de s'exprimer. Le modèle permet à la personne d'exprimer sa volonté selon l'un ou l'autre des cas suivants :

- Dans le cas où elle est en fin de vie ou se sait atteinte d'une affection grave, la personne exprime sa volonté concernant notamment les soins entrepris dans le cadre de son affection

- Dans le cas où elle ne pense pas être atteinte d'une affection grave, elle exprime sa volonté dans l'hypothèse où elle serait victime d'un accident grave ou atteinte par une affection grave.

- Une rubrique permettant à la personne d'exprimer sa volonté sur la possibilité de bénéficier d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès lorsque, dans les hypothèses prévues, les traitements la maintenant en vie sont arrêtés

- Une rubrique relative à la révision ou la révocation des directives anticipées. (5)

Les conditions d'information des patients et les conditions de validité, de confidentialité et de conservation seront définies par un décret en Conseil d'État, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Elles sont notamment conservées sur un registre national et dans ce cas, un rappel de leur existence est régulièrement adressé à l'auteur. Le médecin traitant doit informer ses patients de la possibilité et des conditions de rédaction des directives anticipées.

Si une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille. Le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

Par ailleurs, ce décret impose à présent que "Tout établissement de santé ou établissement médico-social interroge chaque personne qu'il prend en charge sur l'existence de directives anticipées." (5).

### **I.A.3. La personne de confiance**

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui "peut être un parent, un proche ou le médecin traitant", et qui joue un rôle important dans la décision de mise en place d'une limitation thérapeutique (2). Dans le cas où le patient est hors d'état de s'exprimer, c'est elle qui va représenter sa volonté, en l'absence de directives anticipées, pour les corroborer, ou si elles apparaissent disproportionnées.

Par ailleurs, le décret d'Août 2016 ajoute que "Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenu et informé, sauf urgence ou impossibilité." (3).

## **I.B. La prise en charge de la fin de vie**

### **I.B.1. Les soins palliatifs**

La décision de LATA doit être associée à la dispensation de soins palliatifs et la mise en œuvre d'une continuité des soins. La définition des soins palliatifs selon la société française d'accompagnement et soins palliatifs (SFAP) est la suivante: il s'agit de soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance physique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage (6, 7). Ils sont accessibles à tous, pris en charge par l'assurance maladie et peuvent être mis en œuvre aussi bien à domicile par le biais de soignants libéraux ou un réseau de soins palliatifs, qu'à l'hôpital via les Unités de Soins Palliatifs (USP) et les Équipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP).

### **I.B.2. Le principe de sédation profonde**

La nouvelle loi relative aux personnes en fin de vie prévoit également ce qu'elle appelle une sédation profonde et continue, dans des circonstances bien définies : (voir Annexe 1 Article 2)

- Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme, présente une souffrance réfractaire aux traitements.
- Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.
- Lorsque le patient ne peut pas exprimer sa volonté et, au titre du refus de l'obstination déraisonnable, dans le cas où le médecin arrête un traitement de maintien en vie, celui-

ci applique une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie.

Toujours dans le cadre de la LATA et après procédure collégiale, le patient peut donc bénéficier d'une sédation profonde dans les cas sus-décrits, « afin d'éviter toute souffrance et de ne pas subir une obstination déraisonnable » (2). La loi clarifie et autorise le principe du double effet, c'est à dire celui d'analgésie/sédation couplé à celui d'accélérer la survenue du décès.

### *I.B.2.a. Pronostic vital engagé à court terme*

La SFAP définit le „pronostic vital engagé à court terme“ comme une espérance de vie de quelques heures à jours, estimée après évaluation lors d'une procédure collégiale. Il repose sur un faisceau d'arguments cliniques (8):

- la rapidité du déclin fonctionnel
- l'atteinte d'organes cibles (vitaux)
- la présence de symptômes tels que : anorexie-cachexie, dysphagie, œdèmes, dyspnée, oligoanurie voire anurie...
- l'altération des signes vitaux (baisse de tension artérielle, pouls faible, respiration irrégulière, désaturation, extrémités froides ou marbrées)
- la chute rapide du score Palliative Performance Scale initialement de 40 ou 30 % et passant à 20% en 3 jours (voir Annexe 4).

### *I.B.2.b. Souffrance réfractaire*

De plus, la SFAP précise que la souffrance est dite réfractaire si tous les moyens thérapeutiques et d'accompagnement disponibles et adaptés ont été proposés et/ou mis en œuvre sans obtenir le soulagement escompté par le patient, ou qu'ils entraînent des effets indésirables inacceptables ou que leurs effets thérapeutiques ne sont pas susceptibles d'agir dans un délai acceptable. Le patient est le seul à pouvoir apprécier le caractère insupportable de la souffrance, du délai ou des effets indésirables. Des aspects physiques, psychologiques, sociaux, familiaux, existentiels et spirituels, se mêlent et contribuent souvent à une souffrance globale. Son évaluation est pluri-professionnelle, et nécessite la mise en œuvre d'une procédure collégiale. Elle doit être réalisée dans un délai approprié et être si possible répétée. Le lien avec une équipe référente en soins palliatifs est nécessaire. Le recours à un psychologue ou psychiatre face à une souffrance existentielle ou psychologique est essentiel (8).

### **I.B.3. La prise en charge médicamenteuse**

En ce qui concerne la prise en charge médicamenteuse, aucun médicament ne dispose d'une AMM dans la sédation profonde et continue en fin de vie. Parmi les produits utilisés, le midazolam est le seul à disposer d'un cadre d'utilisation avec des recommandations de bonne pratique, s'appuyant sur une large littérature internationale. Il est le médicament de première intention pour la réalisation de sédation profonde et continue. Au cas où la sédation ne revêt pas de caractère d'urgence ou lorsque la titration n'est pas possible (par exemple par voie sous-cutanée) l'instauration du midazolam peut s'envisager en débutant avec un débit continu à adapter par paliers jusqu'à une sédation à un niveau profond, c'est-à-dire à un score de

Richmond (RASS) de -4 à -5 (voir Annexe 5) ou à un score de Rudkin à 5 (voir Annexe 6). Au commencement d'une sédation, le soignant doit rester présent jusqu'à ce que le patient soit stabilisé. La présence du médecin est également requise dès l'initiation de la sédation (hormis cas d'urgence) et jusqu'à stabilisation. Le médecin doit rester joignable durant le temps de la sédation.

Il est possible d'utiliser des benzodiazépines à demi-vie plus longue telles que le diazépam. D'autres produits sont utilisables selon la clinique, et en accord avec les recommandations de la SFAP de 2010 (8,9) : les neuroleptiques sédatifs (chlorpromazine, lévomépromazine) en association aux benzodiazépines. Les autres médicaments utilisables tels que le propofol, l'oxybate de sodium ou le phénobarbital, restent réservés aux équipes ayant acquis une expertise dans leur maniement.

Pour la mise en œuvre d'une sédation au domicile ou en EHPAD, l'équipe en charge du patient devra prendre contact avec une équipe experte en soins palliatifs, prévoir un lit de recours en cas d'échec ou d'impossibilité à poursuivre la sédation, et répondre aux conditions prévues dans les recommandations :

- personnel référent, compétent en soins palliatifs prévenu et joignable,
- disponibilité du médicament ou accessibilité d'une pharmacie hospitalière autorisée à la rétrocession de médicaments,
- disponibilité du médecin pour faire des visites régulières,
- possibilité d'un suivi infirmier régulier,
- possibilité de contacter un médecin ou un infirmier à tout moment,
- assentiment de l'entourage (famille, proches, auxiliaires de vie) et présence continue.

Les consignes doivent être laissées par écrit au domicile du patient pour pouvoir obtenir une

protocolisation de l'administration et de la surveillance du traitement, ainsi que de la conduite à tenir en cas d'urgence.

La surveillance comprend, outre la recherche d'effets indésirables, la vérification que la sédation se maintient à un niveau profond. La possibilité d'un réveil notamment lors des mobilisations pour nursing doit être anticipée, par exemple par une injection ponctuelle d'une dose complémentaire de midazolam, ou d'antalgique. La douleur est évaluée en hétéroévaluation (Algoplus, ECPA) et les traitements antalgiques sont ajustés (9).

### **I.C. La médecine d'urgence pré-hospitalière**

En France, il existe un numéro de téléphone unique, national et gratuit, permettant de joindre les SAMU-Centre 15 en cas d'urgence médicale, qu'elle soit réelle ou ressentie. Dans chaque département, un centre de régulation des appels (CRRA) regroupe des auxiliaires de régulation médicale (ARM) établissant le premier contact à la recherche d'informations notamment logistiques, et des médecins régulateurs réalisant un interrogatoire médical téléphonique. De ces quelques minutes d'échange dépendent les moyens de secours déployés. Ils sont variés : simple conseil téléphonique, ambulance privée, pompiers, médecin traitant, médecin correspondant du SAMU, médecin de la permanence des soins... et enfin unité mobile hospitalière (UMH) composée d'un médecin urgentiste, un infirmier réanimateur et un ambulancier. Par ailleurs, le SAMU participe à l'élaboration des plans de secours et à la prise en charge des situations sanitaires exceptionnelles, et contribue à la formation initiale et continue des acteurs en santé au sein des centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU) (10).

Dans le cas où une UMH est envoyée auprès de l'appelant, en arrivant sur place le médecin transmet le bilan du patient au médecin régulateur du SAMU. S'ensuit une discussion médicale sur la conduite à tenir. Lorsque cela est nécessaire, un médecin spécialiste hospitalier est consulté pour avis et éventuelle admission du patient dans son service. L'orientation du patient dépend donc d'une décision conjointe du médecin sur place, du médecin régulateur et du spécialiste le cas échéant. Selon son état de santé, le patient dispose d'un transport médicalisé ou non vers la structure retenue. Par contre, les patients décédés ne sont pas transportés par le SAMU mais par des véhicules spécialisés. Cette organisation particulière exige des médecins, à plusieurs étapes du processus, de décider et agir rapidement. De plus, les informations médico-sociales nécessaires à la prise en charge optimale du patient sont rarement disponibles d'emblée, et leur récolte exhaustive est chronophage.

Par ailleurs, le champ des pathologies prises en charge en urgence préhospitalière a beaucoup évolué ces dernières années. La nette diminution de la traumatologie routière ainsi que le vieillissement et la sédentarisation de la population entraînent un nouveau panel de pathologies : cardiovasculaires comme l'infarctus du myocarde, qui représente 30% des urgences prises en charge par le SAMU-service mobile d'urgence et réanimation (SMUR) ; mais aussi et surtout les complications aiguës de cancers et autres maladies chroniques (10). En effet, les progrès de prise en charge de pathologies autrefois rapidement mortelles, ainsi que le raccourcissement des durées d'hospitalisation par souci d'économie, amènent de plus en plus de patients en cours de traitement lourd à séjourner en dehors des structures hospitalières, où ils sont alors plus vulnérables et rapidement démunis en cas d'événement aigu. Devant l'organisation actuelle de la permanence de soins hospitalière ne permettant pas aux spécialistes de gérer directement les urgences correspondant à leur filière, les patients n'ont la plupart du temps pas d'autre choix que d'appeler le 15. Il en est de même pour les patients en

Hospitalisation à domicile ou simplement chez eux et qui ressentent le besoin d'aide médicale, même se résumant à un simple conseil : les médecins traitants n'étant pour la plupart plus joignables la nuit et surtout ayant peu de moyens de diagnostic ou de prise en charge des urgences à leur disposition au cabinet, l'appel du 15 devient souvent pour le patient la seule ressource médicale directement accessible.

Cette centralisation de l'urgence oblige le médecin urgentiste à prendre en charge un patient qu'il ne connaît pas ; dans le cas où ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, qu'il soit inconscient ou confus, les seules informations accessibles d'emblée en intervention proviendront des témoins, souvent la famille. De plus, dans notre société actuelle, un nombre grandissant de personnes se retrouvent isolées socialement à cause de leur pathologie, leur précarité ou leur âge, et n'ont dans ces situations personne à leurs côtés pour représenter leur volonté.

### **I.D. De l'assistance vitale à l'accompagnement terminal**

L'avancée considérable des techniques médicales notamment réanimatoires, a rendu de plus en plus courante la prolongation artificielle de la vie, même chez des patients qui ne l'auraient pas souhaité et/ou chez qui l'intérêt thérapeutique est moindre. En médecine d'urgence préhospitalière, les patients bénéficiant d'une prise en charge ou une surveillance d'ordre réanimatoire représentent environ 60% des interventions SMUR (11). D'autre part, plus de 50% des français décèdent à l'hôpital, dont 9% aux urgences (UHCD). De plus, 75% des patients viennent directement du domicile malgré le développement de l'HAD (12). En plus d'être repoussée dans le temps, la mort est repoussée dans l'espace, à l'hôpital, dans des services inadaptés où elle est souvent vécue comme un échec de la médecine. Pourtant, 81% des français

disent vouloir mourir chez eux (13), et il existe une loi que nous avons détaillée plus haut, décrivant la démarche à suivre afin d'éviter l'obstination déraisonnable. L'équipe du SMUR, de par son activité particulière, forme un lien spatio-temporel entre le domicile et l'hôpital, parfois le dernier.

Cependant la conduite à tenir pour la mise en place d'une LATA dans le cadre de la médecine d'urgence préhospitalière n'est pas clairement définie. En effet les documents ou avis nécessaires sont souvent absents ou non accessibles directement dans le contexte de l'urgence. De plus, l'organisation même des SAMU-Centre 15 ne permet pas la mise en place d'une procédure collégiale strictement telle qu'elle est décrite par la loi : en effet le médecin du SMUR a souvent comme seul interlocuteur le médecin régulateur, appartenant au même service. Il en résulte une plus grande part de responsabilité allouée au médecin présent sur les lieux quant à la prise en charge du patient nécessitant à première vue des soins d'ordre réanimatoire. Selon la Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU), en urgence pré-hospitalière, l'important est de respecter l'esprit, notamment collégial, de la loi. «Il y a des situations où l'on pourra décider d'une limitation des traitements et d'autres, pas. Chaque personne étant unique, l'important est de pouvoir donner sens à la décision pour soigner au plus juste et au plus sage.» (14).

## I.E. Justificatif de l'étude

Une étude multicentrique appelée LATA SAMU publiée en 2006, s'intéresse aux décisions de suppression ou de non-mise en place de traitements invasifs, via des questionnaires adressés à des médecins exerçant en médecine d'urgence pré-hospitalière en France, ainsi qu'un recueil de données des dossiers médicaux. Ses résultats montrent que le médecin du SMUR prend la décision de LATA de manière conjointe avec un autre médecin dans seulement 56% des cas. Le consentement éclairé d'un patient en état de le donner n'était recherché que dans 1/3 des cas, et l'avis de la famille dans 73%. De plus l'arrêt effectif des soins invasifs (ventilation, traitement vasopresseur, remplissage) a peu lieu en pré-hospitalier : 12% des cas seulement au domicile du patient, dans l'ambulance ou dans la rue. Le critère de décision médicale le plus retrouvé est un décès attendu à court terme (90,1%). La décision de LATA a été notée dans le dossier médical dans 65% des cas (15).

Nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective monocentrique préalable, qui retrouve les résultats suivants : sur la période du 01/11/2015 au 30/04/2016 inclus, 28 cas de patients «en phase avancée d'une affection grave et incurable» ou «maintenus artificiellement en vie» ont été recensés. Des documents justifiant une LATA étaient disponibles pour seuls 3 d'entre eux (10,7%) (2 directives anticipées, 1 lettre du médecin traitant) et une LATA a été mise en place en pré-hospitalier pour 2 d'entre eux (7,2%).

Nous constatons que la décision de LATA est peu prise en pré-hospitalier, et le cas échéant les conditions de sa mise en place hétérogènes. Cela semble constituer un obstacle en soi à sa mise en œuvre. Cependant pour réellement évaluer les fondements des pratiques médicales dans ce contexte, une analyse qualitative semble pertinente. En effet dans une

situation clinique où un médecin urgentiste met en place une LATA en pré hospitalier, quelle est sa démarche ?

Les objectifs de ce travail sont d'identifier les difficultés rencontrées lors d'une situation clinique pouvant relever d'une LATA en médecine d'urgence pré hospitalière, quel qu'en soit le contexte; de recueillir les éléments de réflexion ayant amené à la mise en place de la limitation thérapeutique; et enfin d'évaluer les modalités de prise en soins des patients ayant bénéficié de la mise en place de la LATA en médecine d'urgence pré hospitalière.

## **II. MATERIEL ET METHODES**

### **II.A. Schéma de l'étude**

Nous avons mené une étude prospective qualitative multicentrique entre Mars et Juin 2018. Les données ont été recueillies dans un hôpital universitaire et trois centres hospitaliers régionaux en France. Nous avons conduit des entretiens individuels semi-structurés auprès de médecins urgentistes exerçant la médecine d'urgence pré hospitalière.

### **II.B. Sélection des participants**

Tous les médecins travaillant dans les différents centres ont été identifiés. Le seul critère d'inclusion était d'avoir mis en place une limitation ou un arrêt des thérapeutiques actives lors d'une intervention SMUR, quelles qu'en soient les modalités et quelle que soit la pathologie du patient pris en charge. La sélection des participants s'est faite sur la base du volontariat.

### **II.C. Collecte des données**

Les entretiens ont été conduits selon un guide semi-structuré qui se divise en trois parties, la première décrivant la situation, la deuxième la mise en place de LATA, et la troisième la prise en charge du patient. Ce guide a été testé initialement sur un échantillon de deux médecins, le premier exerçant à l'hôpital universitaire, le second dans un centre hospitalier régional. Le questionnaire n'ayant pas nécessité de modification hormis une reformulation de la question 3

pour la rendre plus compréhensible, ces médecins ont par la suite été intégrés à l'étude.

Les objectifs de l'étude ont été présentés aux médecins, leur consentement recueilli, puis l'interview réalisée en possession du dernier dossier en date où le médecin interrogé avait pris une décision de LATA en contexte pré-hospitalier. Les entretiens ont été enregistrés, et ont été poursuivis jusqu'à saturation des données. Cette dernière a été obtenue lorsque la lecture et l'analyse du matériel n'apportait plus de nouveaux éléments, ni de nouveau sens à ce qui avait déjà été compris.

## **II.D. Analyse primaire**

L'intégralité des entretiens a été retranscrite par écrit, puis les enregistrements ont été détruits. Les verbatim ont fait l'objet d'un codage primaire, puis d'une analyse thématique. L'analyse a débuté dès le premier entretien et s'est poursuivie en parallèle de chaque nouveau recueil de données. L'objectif de l'analyse thématique était d'identifier des représentations communes utilisées par les médecins interrogés pour expliquer leur prise de décision.

### III. RESULTATS

#### III.A. Caractéristiques de la population étudiée

Douze médecins ont été interrogés pour atteindre la saturation des données. L'âge moyen des participants est de 36 ans avec des extrêmes allant de 30 à 50 ans. L'échantillon est constitué de 33% femmes et 66% d'hommes.

Le nombre d'années d'exercice de la médecine d'urgence pré hospitalière est en moyenne de 9 ans, avec des extrêmes allant de 1,5 à 25 ans.

(voir Annexe 7 pour le tableau détaillé)

#### III.B. Résultats principaux

##### PARTIE 1: Situation

##### Q1.Circonstances d'intervention

##### Motif d'appel

MOTIF D'APPEL	%
Défaillance respiratoire	66,6
- <i>Détresse respiratoire</i>	- 16,7
- <i>Dyspnée</i>	- 8,3
- <i>Désaturation profonde</i>	- 8,3
- <i>Encombré, du mal à respirer</i>	- 8,3
Défaillance hémodynamique	16,7
- <i>État de choc</i>	- 8,3
- <i>ACR</i>	- 8,3
Défaillance neurologique	8,3
« Pour l'ensemble des paramètres »	8,3

Figure 1. Motif d'appel en régulation médicale

### Lieu d'intervention

LIEU	%
EHPAD	41,6
Domicile	33,3
Service hospitalier	16,7
Maison d'accueil spécialisée	8,3

*Figure 2. Lieu d'intervention*

### Acteurs

ACTEURS	Présent dans ...% des cas
Personnel paramédical	58,3
Membre de la famille	33,3
Pompier	25
Deuxième médecin	16,7

*Figure 3. Acteurs présents en intervention*

### Caractéristiques du patient

Le patient est de sexe masculin dans 66% des cas, féminin dans 33%.

L'âge moyen est de 80.4 ans, avec des extrêmes allant de 57 à 97 ans.

Il existe des antécédents néoplasiques dans 25% des cas, et des antécédents neurodégénératifs dans 33%.

L'autonomie antérieure du patient est volontiers décrite; on rencontre des patients polypathologiques, dépendants, et dont l'espérance de vie semble réduite:

- *„Sur un terrain assez compliqué puisque ce monsieur était parkinsonien évolué avec des troubles euh... moteurs puisque les membres un peu rétractés, des difficultés à la marche ces derniers jours, et des troubles cognitifs. Voilà ça c'était un peu le terrain sur lequel on était intervenus.“ (M1)*
- *„Cette dame était en fin de vie connue, on savait que... elle était euh... qu'elle avait déjà un lit médicalisé, que euh... elle n'... elle avait un avenir qui était assez réduit, on savait qu'elle arrivait en fin de course.“ (M2)*
- *„Du coup on est arrivés, effectivement un patient grabataire, qui mangeait plus, qui se déplaçait plus depuis longtemps“ (M4).*

### Présentation clinique de la pathologie aiguë

La présentation clinique la plus fréquente est une détresse respiratoire, présente dans 58,3% des cas, et elle est volontiers mise au premier plan par le médecin en charge car semblant impressionnante:

- *„Donc nous on arrive c'est un monsieur qui a des sueurs, qui présente une détresse respiratoire avec tirage, balancement, euh une désaturation... à quatre vingt... (regarde le dossier)... trois pour cent, euh sous... oxygène aux lunettes, avec un encombrement bronchique très très important, et une toux inefficace.“ (M1)*
- *„Alors j'examine le patient qui est euh... bah clairement agonique hein, 69 de sat sous masque à haute concentration, des tensions normales, il est en détresse respiratoire, cyanosé, euh il est tout bleu quoi.“ (M11).*

Sur le plan hémodynamique, on note la présence d'un état de choc dans 41,6 % des cas, le cas échéant justifié par de francs arguments cliniques:

- *„Avec des signes de détresse circulatoire, une pâleur, une hypotension avec une systolique... à cinq, de mémoire, mais pareil faudra vérifier; et... des marbrures assez importantes, une diurèse qui s'était nettement effondrée euh... ces dernières heures.“ (M1)*

*„marbré des pieds à la tête“ (M3)*

Le patient est en ACR dans 25 % des cas.

Une détresse neurologique avec troubles de conscience est décrite dans 66,6% des cas, dont 25% de comas.

Le médecin met en cause une probable pneumopathie d'inhalation dans 25% des cas.

## **Q2.La prise en charge**

### Réaction initiale

La principale réaction médicale immédiate face à la situation, est un questionnement de type agir ou ne pas agir, et donc en pratique, entreprendre une prise en charge réanimatoire ou non:

- *„Et puis moi quand j'arrive dans la chambre, avec le le monsieur euh, qui présente toutes ces défaillances, jme dis que ça va être très compliqué.... euh... Soit on décide de le techniquer, dans ce cas là ça veut dire remplissage, amines, et intubation. Euh... Soit on... on essaie de voir ce que veut vraiment le patient, ce que veut la famille, et on pèse un peu le bénéfice risque.“ (M1)*
- *„jme suis retrouvé face à un choix: est-ce qu'il faut laisser partir ce monsieur, est-ce qu'on essaie quelque chose?“ (M3)*

- *„et donc pour laquelle se posait clairement la question d’une intubation.“(M4).*

On observe une décision de limitation d’emblée dans 1 cas *„j’leur ai demandé qu’ils arrêtent les manoeuvres invasives.“(M2).*

Un traitement considéré comme d’appoint/d’attente par le médecin est parfois réalisé, dans le but de récolter d’autres informations utiles à la prise de décision, par exemple évaluer la réponse au traitement instauré, ou rechercher les antécédents du patient:

- *„Moi j’ai pris du coup la décision de euh... un peu une décision mitoyenne jme suis dit... on s’laisse... on va poser une VNI – c’était un OAP hein, cliniquement, on pose la VNI, on regarde si on arrive à... contrôler la situation avec la VNI et à contrôler l’agitation et à voir ce que ça donne, si on... si on arrive à améliorer les paramètres, si on sent que la VNI ça sert à rien ou c’est encore pire, on arrête la VNI et on laisse le monsieur partir., (M3)*
- *„Donc euh, quand on regarde un peu plus en avant le dossier, donc le temps que on fasse mettre un nouvel aérosol, notre aérosol, pour déjà au moins calmer la situation, on se rend compte dans le dossier qu’ya marqué qu’elle a un cancer du poumon.“ (M5).*

La notion de temps est très présente dans le discours initial, les médecins ont le sentiment de devoir en quelque sorte le distordre et s’extraire momentanément du contexte urgent, pour pouvoir faire face à la situation de manière optimale:

- *„Donc on a... j’ai pris parti de prendre un peu de temps, pour voir quelles étaient les volontés de chacun.“ (M1)*
- *„Donc avant de me lancer dans une grosse réanimation j’ai pris un moment, j’ai pris l’avis de l’infirmière, quel est le patient, comment il est habituellement et quel est le devenir., (M4)*

## Réflexion médicale

Les médecins cherchent en premier lieu à établir un contexte en dehors de celui de l'intervention, et à intégrer l'épisode aigu dans une vision plus globale de la santé du patient:

- *„J'ai pu comparer l'état avant l'épisode aigu, et après.“(M1)*
- *„Quel que soit le résultat, yaurait très probablement pas de nouvelle thérapeutique.“ (M10).*

La notion d'acharnement est évoquée, et représente un problème éthique qui vient contre-indiquer une prise en charge invasive:

- *„et jme suis dit que... d'intuber ce monsieur c'était pas raisonnable.“ (M1)*
- *„Et euh du coup on a... j'ai proposé qu'on mette en... place des soins de confort, qu'on la trimballe pas aux urgences, parce que, ce srait aussi maltraitant de la trimballer jusque là-bas...“ (M2).*

## Informations disponibles sur place

Des informations absentes ou incomplètes quant au projet de soins du patient mettent les médecins en difficulté, voire les exaspèrent:

- *„J'ai pris l'infirmière et le fils à part et j'ai demandé « qu'est-ce qu'on fait ? » et le fils était vague en disant bah oui de toute façon moi jme rends bien compte que ça fait 3 ou 4 fois que le SAMU intervient et que bon, on va pas faire grand chose. Mais a priori euh, les mots de type LATA, limitation des soins et puis surtout jusqu'où on va, pour l'infirmière enfin pour la famille c'est surtout ça qui est important, ça avait pas été évoqué du tout.“ (M4)*

- *„Que ya déjà une discussion qui a été prise dans ce sens là mais par contre ya pas de décision définitive de aucune prise en charge, enfin ya pas de directives anticipées, ya rien qui soit mis, alors que le diagnostic ça faisait quand-même pas tout à fait, quasiment deux mois qu'il avait été fait donc depuis le temps il aurait déjà du être staffé.“ (M5)*

Lorsqu'elles sont plus précises, les médecins sont satisfaits, rassurés, et confiants dans la direction à prendre:

- *„On avait la chance d'avoir des directives anticipées assez franches et la fille qui était présente.“ (M7)*
- *„Mais yavait une lettre de Strauss qui datait de la veille qui avait été envoyée au médecin traitant où ils avaient décidé de plus mettre d'alimentation parentérale, et de choses comme ça. C'était déjà bien calé.“ (M12)*

Le dossier médical est très demandé dans les situations ayant lieu en EHPAD/MAS ou services hospitaliers, et les renseignements récoltés apportent une aide précieuse à la réflexion médicale:

- *„Et euh bon, en feuilletant le dossier que l'infirmière de maison de retraite avait préparé, euh le patient jcrois antécédent de TACFA, pacemaker pour BACFA, un MMS à 15 il y a 3 ans, et étiqueté GIR2. Moi dans ce contexte-là... Alors l'infirmière disait qu'il déambulait encore etc mais c'est vraisemblablement son état cognitif qui limitait aussi principalement l'autonomie. Je... Moi j'étais pas parti pour faire plus euh, plus que ça hein.“ (M8).*

## Mise en place de LATA

La décision semble prise par le seul médecin SMURiste dans deux cas, où la limitation de soins est alors d'emblée expliquée à la famille, et de manière très claire:

- *„Et euh j'ai... bien demandé l'accord à la famille si ils étaient d'accord qu'elle meure bien à la maison.“ (M2)*
- *„J'ai expliqué qu'on allait pas faire grand chose, que surtout on allait pas l'intuber et le mettre en réanimation“ (M4).*

Dans la plupart des autres situations le médecin recherche spontanément une collégialité dans la décision de limitation thérapeutique:

- *„Mais en tout cas la famille, le médecin senior, l'interne, l'équipe mé... paramédicale de médecine interne et de chez nous, a... d'un point de vue consensuel euh... validé le fait qu'il fallait plus transférer ce monsieur en réanimation.“(M1)*
- *„J'en ai parlé avec euh du coup les intervenants sur place, avec l'ISP déjà là un petit peu avant, et puis avec la... l'infirmière ou l'AS qui était sur place je sais plus, pour faire un ptit peu un tour du dossier et puis euh, et puis voir si voilà, yavait pas de grosse objection de l'équipe soignante.“ (M3).*

## Traitement symptomatique

Lorsque des prescriptions d'ordre thérapeutique ont lieu, elles sont initialement à visée respiratoire le plus souvent:

- *„on mettrait des aérosols de beta2mimétiques, bronchodilatateurs, aspirer, faire de la kiné motrice, peut-être, à voir, mettre de la scopolamine...“ (M1)*

- „Euh, donc on a posé cette VNI, on a mis aussi un petit peu de morphine, pour euh, pour essayer de bah déjà le calmer et puis diminuer sa fréquence respiratoire.“ (M3).

D'autres mesures à visée anxiolytiques sont mentionnées:

- „Les aides soignantes ont insisté, elles lui ont mis son DVD de Michèle Torr.“ (M5)
- „On prescrit du Tranxene si besoin.“ (M11)

On observe parfois une abstention „on n'a eu le temps de rien faire de thérapeutique“ (M6) ou un arrêt de thérapeutiques déjà mises en place „on a enlevé les traitements sédatifs“ (M7).

### Buts recherchés

Le but commun de ces prescriptions est le confort du patient, spontanément recherché.

- „Pour que le monsieur en tout cas il soit confortable, qu'y'ait pas d'anxiété ou de douleur qui soit visible sur son visage.“ (M1)
- „L'idée c'était d'atténuer les symptômes agoniques.“ (M11).

### Dénouement

Le patient est laissé sur place dans 50% des cas, à chaque fois en association avec une organisation de la suite de soins:

- „Ce que moi j'ai fait ce soir-là c'est de mettre une prescription aux aides soignantes en disant bah, en cas de crise en cas de dyspnée en cas de fréquence respi untel, vous pouvez mettre un aérosol c'est pas la peine de rappeler le 15 si on est pas au delà de ces critères-là. Donc elle est restée sur place.“ (M5)

- „On a fait repasser un peu plus tard un médecin de SOS médecins“ (M7)
- „Je partirai pas avant que les symptômes soient contrôlés. (...) On finit par quitter les lieux, avec un patient qui est sédaté à Glasgow 6, qui est tout rose, qui présente plus aucun signe de détresse respiratoire. On part il est tout joli. Il est décédé en fin d'après-midi avec sa famille, paisiblement.“ (M11).

Le patient décède pendant l'intervention dans 16,6% des cas.

Le patient est évacué dans 16,6% des cas.

Dans deux cas, (16,6%) les médecins ne décrivent pas d'emblée le dénouement de la situation; les réponses apparaîtront cependant dans la suite de l'entretien.

## **PARTIE 2: Décision de LATA**

### **Q3: Raisons**

#### Arguments médicaux

Le terrain est l'argument le plus utilisé, par 83,3% des médecins, et en premier par 50%. Y est incluse la notion d'autonomie réduite:

- „Pourquoi, parce que... un terrain très fragile.“ (M1)
- „Bah forcément moi j'avais déjà, enfin déjà l'autonomie hein euh, au préalable chez ce patient donc comme dit GIR 2 qui déambulait mais avec un état cognitif vraisemblablement très limité quoi, parce que MMS à 15 trois ans auparavant.“ (M8)
- „Les arguments, c'était un patient qui avait une démence extrêmement sévère, avec des troubles de la déglutition, il faisait des fausses routes quasiment systématiquement, pour lequel personne n'avait jamais envisagé de mettre une gastrostomie d'alimentation, ce qui semblait raisonnable.“ (M11).

L'âge est mentionné par 50% des médecins, dans 16,6% des cas en premier.

L'absence de possibilités thérapeutiques pèse également dans la décision médicale, dans 58,3% des cas, et en premier argument pour 1 médecin (0,08%). La prise de conscience de ne plus pouvoir améliorer l'état du patient à ce stade, pousse les médecins à s'abstenir:

- *„Une... balance bénéfice risque clairement en faveur euhm d'un maintien dans le lit en médecine interne parce que... propositions thérapeutiques quasiment nulles, moi ce monsieur je pense qu'il avait aucune chance de sortir de réanimation.“ (M1)*
- *„et... le bénéfice attendu a priori nul.“ (M4)*
- *„surtout que bah, on pouvait rien faire. Vraiment objectivement, pas de possibilités quoi.“ (M6).*

Des consignes claires de non-réanimation étaient disponibles et utilisées comme argument dans 16,6% des situations.

### Ressenti personnel

Les médecins semblent très sensibles à la notion d'acharnement thérapeutique et souhaitent l'éviter dans leur prise en charge:

- *„S'acharner c'est pas leur rendre service, ni à la famille d'ailleurs.“ (M1)*
- *„Il faut savoir dire aux gens qu'on n'a pas la possibilité de proposer plus.,, (M2)*
- *„ça m'a fait un peu mal au coeur je dois dire. J'ai toujours un peu de mal parce que jme dis ce pauvre monsieur euh... il aurait été mieux à la maison. Voilà.“ (M12)*

Ils décrivent aussi l'absence de bénéfice a priori d'une prise en charge invasive, en faisant preuve d'un certain fatalisme:

- *„C'était pas ce jour-là que j'allais la sauver.“ (M2)*

- „On sait comment ces patients ils évoluent en général“ (M3)
- „Le boulot ça a juste été de faire comprendre à la famille que y'avait des consignes écrites, c'était pas le moment de changer d'avis.“ (M6)

#### **Q4: Autres avis**

##### Acteurs

Un deuxième avis médical est demandé dans 83,3% des cas.

Le médecin est physiquement présent dans 16,6% des cas (dans les 2 cas il s'agit de médecins spécialistes exerçant dans le service hospitalier où a lieu l'intervention).

Les autres avis médicaux sont tous téléphoniques. Le médecin régulateur est joint à la réflexion dans 41,7% des cas, dans 33,3% des cas seul, et 8,33% en association avec un médecin sur place. Le médecin traitant participe à la discussion dans 25% des cas. Un médecin réanimateur est contacté dans 8,33% des cas.

La famille est concertée dans 58,3% des cas, avec 41,6% où au moins un membre est présent sur place.

Au moins un membre du personnel paramédical (IDE/aide-soignant(e)/accompagnant(e)) de l'établissement est concerté dans 58,3% des cas, soit dans 100% des interventions ayant lieu en EHPAD/MAS/service hospitalier.

A domicile, si un soignant est présent, son avis est également pris en compte.

## Éléments apportés

La collégialité est le premier élément apporté par ces avis, ce qui semble soulager les médecins et les conforter dans leur prise de décision:

- „*Tout le monde était dans le même état d'esprit.*“ (M2)
- „*C'est clair pour tout le monde que yaura pas de réanimation.*“ (M4)
- „*On a pu en discuter pour vraiment dire on pousse pas plus loin.*“ (M5)
- „*On a eu une discussion collégiale pour être sur la même longueur d'ondes*“ (M7)

Sont précieuses également les informations concernant le projet de vie du patient:

- „*On a trouvé que c'était une démarche de soins en accord avec les souhaits qu'avait déjà exprimés la maman*“ (M2)

## **Q5: Loi Léonetti**

### Connaissances globales

Les médecins énoncent majoritairement en premier lieu le respect de la volonté du patient concernant sa fin de vie. Ils décrivent spontanément et de manière tout à fait juste, le principe de directives anticipées:

- „*liberté pour les patients de décider jusqu'où est-ce qu'ils veulent qu'on aille (...) rédaction de directives anticipées possible, valables trois ans*“ (M1)
- „*On prend en compte l'avis du patient.*“ (M5)
- „*Mais ouais peut-être essayer de... d'inciter les gens à soit prendre des... soit avoir leur avis hein, clairement sur la prise en charge qu'ils veulent. Et continuer à faire de la pub pour les directives anticipées. C'est une certitude.*“ (M8).

Beaucoup soulignent le fait que leur décision de limitation doit être cadrée, collégiale:

- *„[La loi] insiste sur la collégialité de la décision, mais aussi sur sa pluridisciplinarité.“ (M9)*

Le principe de sédation profonde est évoqué par trois médecins (25%) :

- *„On ne doit plus hésiter à mettre des doses importantes de drogues, à favoriser l'endormissement, à éviter la souffrance des gens, mais... dans le bon sens.“ (M2)*
- *„Elle autorise l'administration de traitements pouvant soulager la douleur, un certain nombre de symptômes, même si ça a pour effet d'accélérer la mort.“ (M4)*
- *„Elle a permis (...) d'autoriser, de légiférer la mise en place d'une sédation profonde notamment.“ (M10).*

Certains rappellent que l'euthanasie reste interdite, tout en la comparant implicitement avec la sédation profonde, qui, elle, consiste au contraire en un accompagnement, avec une position plus passive:

- *„L'euthanasie active, toujours pas possible.“ (M1)*
- *„On peut injecter un traitement dans un objectif précis même en prenant le risque d'accélérer la mort, par contre il est hors de question d'injecter un produit dans le but d'accélérer la mort.“ (M5).*

### Avis personnel

Les médecins évoquent spontanément pour la plupart, une importante difficulté à appliquer la loi Léonetti en pré hospitalier, essentiellement en raison du manque de collégialité dans ces situations particulières:

- *„En pré hospitalier c'est compliqué, on a rarement un autre référent. Le médecin*

*régulateur est pas sur place, pour lui c'est compliqué de décider. Les réanimateurs... moi j'avoue que je les sollicite pas beaucoup parce qu'ils viennent vraiment pas de bon coeur. On n'est jamais, quasiment jamais, dans les clous“ (M3)*

- *„Elle est difficilement applicable en pré hospitalier, la pluridisciplinarité n'est pas respectée.“ (M9)*
- *„En pré hospitalier parfois difficile à appliquer stricto sensu: pour avoir une discussion collégiale de qualité on est en difficulté dans le sens où on est isolé.(...) Surtout un patient vigile pour lequel on a été appelés et bah on peut l'amener à l'hôpital et prendre le temps de prendre cette décision-là. Voilà le patient inconscient on a tout, à plusieurs niveaux, qui peut être engagé.“ (M11)*
- *„En pré hospitalier dans le contexte de l'urgence, c'est quand-même super compliqué à respecter.“ (M12)*

Pourtant, ils en ont une vision très positive, et pensent qu'elle représente une aide considérable dans leur pratique quotidienne:

- *„C'est vraiment super aidant parce que ça te donne un cadre.“ (M7)*
- *„La loi n'a fait que nous conforter dans des pratiques médicales que l'on faisait depuis des années. C'est une loi qui est assez équilibrée, très adaptée aux réalités.“ (M10)*

Un médecin résume parfaitement le sentiment général exprimé quant à l'application de la loi Léonetti dans le contexte de la médecine d'urgence pré hospitalière: *„Elle est pas adaptée au domaine pré hospitalier mais elle est quand-même adaptable.“ (M8).*

Plusieurs confrontent le texte au contexte urgent. Un médecin reconnaît bien dans la loi la liberté donnée à sa prise de décision dans une telle situation, et sa portée: *„La loi permet que quelque soit ce qu'il y a marqué dans le dossier, finalement c'est le médecin le jour J qui prend la décision notamment dans le cadre de l'urgence.“ (M4).*

Un autre note la difficulté à protocoliser la fin de vie, même avec l'aide de directives anticipées: *„Sur les directives anticipées, qu'est-ce qu'il faut marquer? Tu vois parce que tu sais pas qu'est-ce qui va t'arriver, comment tu vas mourir ! Globalement jtrouve ça plutôt bien qu'on respecte l'avis des gens, mais dans l'urgence euh... ça correspond en fait rarement à la situation qui se déroule quoi.“* (M12).

Enfin, un médecin mentionne le principe de réanimation d'attente, selon lui justifié dans les cas où un doute persiste et que la décision ne peut être prise en pré hospitalier : *„En SMUR je crois que c'est très vrai, il faut pas, si on a un doute il faut intuber, il faut... Et on réfléchit après quoi.“* (M10).

## **Q6: Difficultés à la décision de LATA**

### Attitude générale

La première difficulté évoquée, presque par réflexe, est le manque de temps:

- *„Le temps, chose qu'on n'a pas aux urgences.“* (M2)
- *„L'urgence de la situation.“* (M5)

Un médecin précise davantage ce qui entrave sa prise de décision, pour lui le contexte de l'urgence n'est pas propice à une telle réflexion, qui devrait être anticipée:

- *„La principale difficulté c'est de devoir faire en accéléré une réflexion qui aurait du être faite depuis longtemps.“* (M6)

Certains déplorent plutôt leur solitude en premier lieu, dans le sens où elle les prive d'une collégialité optimale:

- *„Principal écueil, c'est d'être isolé.“* (M6)
- *„Déjà le fait d'être tout seul. T'es carrément hors la loi hein. Si tu prends la décision*

*tout seul.*“ (M8)

- *„Premièrement la solitude. Puis le problème de pluridisciplinarité.*“ (M9)

Trois médecins (25%) semblent au contraire tout à fait à l'aise avec le fait de prendre seul une telle décision:

- *„Moi j'en ai jamais [de difficulté]. Personnellement. J'argumente, je propose, j'explique. (...) Les gens adhèrent à ta proposition thérapeutique si elle est bien amenée.*“ (M2)
- *„En pratique j'ai pas beaucoup de difficultés. J'ai l'impression de connaître très bien le cadre légal. (...) Jsuis très pragmatique.*“ (M4)
- *„Finalement ça m'est assez facile, notamment dans les arrêts cardiaques.*“ (M7).

D'autres mettent en avant le net contraste entre leur attitude „habituelle“ en SMUR, et la situation décrite :

- *„Jusqu'à preuve du contraire j'essaie d'aller dans un... maximum de tout pour tout le monde. Sauf si les antécédents prouvent que c'est déraisonnable d'aller jusque-là.*“ (M1)
- *„On est formés pour sauver. Quand on arrive avec nos gros sabots, qu'est-ce qu'on fait, on se rue sur le scope. Enfin du coup on est déjà induits là-dedans alors que c'est pas la peine quoi.*“ (M12).

### Difficultés pratiques

Dans le discours des médecins, on retrouve comme principale difficulté pratique le manque d'informations à propos du patient, et surtout du niveau requis de prise en charge:

- *„De pas avoir les directives anticipées, ou l'avis du patient avant. Nous on connaît pas*

*le terrain, on connaît pas les antécédents, les comorbidités, et surtout le niveau de dépendance antérieur (...) à domicile c'est très compliqué, les gens ils... ils connaissent jamais vraiment le nom de leurs maladies.“ (M1)*

- *„Nulle part c'est marqué réanimer pas réanimer, ou qu'est-ce que souhaite la patiente.“ (M2)*
- *„Bon c'est surtout ça le problème, les patients qui sont pas... nets. Les gens qui ont des pathologies qui viennent d'être démasquées, et là qui décompensent tout d'un coup, mais avant ça allait bien mais bon euh, avant c'était avant.“ (M3)*
- *„La difficulté c'est d'avoir accès aux informations, on n'arrive pas nous en régulation ou en SMUR à avoir accès au dossier. Y'a des moyens techniques qui existeraient, et je vois pas beaucoup d'évolution.“ (M10).*

Certains déplorent également l'extrême difficulté à joindre un référent lorsque cela est nécessaire, qu'il soit médical ou familial:

- *„Souvent on n'a pas le ressenti du patient, la famille est pas joignable“ (M1)*
- *„La difficulté de joindre le médecin coordonnateur de l'EHPAD ou le médecin traitant, les numéros qui sont faux dans les dossiers.“ (M8).*

### Ressenti personnel

Les médecins avouent en majorité se sentir en difficulté majeure dans les situations où la question de limitation se pose en pré hospitalier :

- *„C'est toujours difficile de décider d'un coup on ne fait rien. En tant qu'urgentiste on a toujours le réflexe de vouloir sauver. Mais dans certains cas, tout le monde n'a pas à être sauvé, parfois notre travail c'est aussi simplement d'accompagner les gens.“ (M5)*

La décision est le plus souvent entravée par l'absence de réflexion faite en amont, avant que cette situation de fin de vie n'ait lieu:

- *„C'est toujours excessivement frustrant et effrayant de devoir tout d'un coup trancher dans une problématique dont on savait qu'elle arriverait.“ (M6).*

Beaucoup déplorent leur position complexe dans ces situations en tant que médecin urgentiste, en particulier la difficulté en contexte urgent d'annoncer une limitation à des patients et/ou à leurs proches, puis de les accompagner de manière adaptée, le tout en un temps restreint:

- *„Sur place, y'a souvent la famille, qui a pas toujours été informée (...) Ca crée des prises en charge qui sont compliquées avec des familles à qui on annonce des mauvaises nouvelles.“ (M11)*
- *„En SMUR on arrive comme ça (...) même si on prend le temps, mais c'est très... cheveu sur la soupe quoi. Et on part. Et on disparaît et on les laisse... Alors on le fait avec nos tripes et nos... comme on pense que c'est bien. Mais t'as quand-même le p'tit doute de se dire est-ce que c'est vraiment bien. Qu'est-ce que... des professionnels des soins palliatifs, qu'est-ce qu'ils auraient fait quoi.“ (M12).*

Deux médecins semblent bien plus à l'aise avec le concept de limitation, même en pré hospitalier:

- *„Pour moi c'est pas un échec que la personne meure, surtout si on l'a bien accompagnée, que la famille est heureuse. Il faut prendre le temps de le faire et surtout je le disais tout à l'heure, dé-cul-pa-bi-li-ser.“ (M2)*
- *„J'ai pas beaucoup d'états d'âme sur les limitations de soins. Pendant mon expérience militaire j'ai déjà eu à prendre de vraies décisions. Sur des gamins qu'on doit laisser etc. Pour quelqu'un de 80 ans (souponne) Voilà, ça... On relativise beaucoup.“ (M4).*

## **PARTIE 3: Prise en charge**

### **Q7: Orientation du patient**

Le patient a été laissé sur place dans 66,7% cas, avec 16,7% de décès.

33,3% des patients ont bénéficié d'un transport vers l'hôpital, 25% médicalisés.

75% des médecins ayant laissé le patient sur place, disent que si leur décision avait été d'hospitaliser le patient, ils auraient médicalisé le transport.

Les médecins pensent en majorité que la médicalisation d'un tel transport est requise pour pouvoir assurer le confort du patient:

- *„Si pendant une demi-heure quelqu'un qui est déjà en fin de vie doit souffrir, doit avoir mal, euh jtrouve que c'est pas éthique. L'objectif, c'est d'accompagner les gens. M'assurer qu'il n'y ait pas de douleur pendant le trajet.“ (M5).*

Ils sont solidaires de leurs collègues ambulanciers ou pompiers qui eux ne peuvent administrer des drogues, ou dévier de leur protocole. Leur présence est donc indispensable:

- *„Si ya besoin qu'il soit sédaté pendant le transport, c'est pas aux ambulanciers de gérer cette difficulté.“ (M1)*
- *„On peut pas laisser à des secouristes la décision de pas faire quelque chose ou de faire, je trouve que c'est pas leur fonction, et c'est faire peser sur leurs épaules des choses qui relèvent pas d'eux normalement.“ (M7)*
- *„On n'a pas de protocole clairement établi au SAMU. Moi sur la feuille d'intervention noir sur blanc ya écrit ne pas réanimer, si jamais le monsieur fait une problématique pendant le transport bah les pompiers malheureusement ils entament leur protocole à eux et ils entament une réanimation.“ (M8)*
- *„Je veux pas mettre les ambulanciers en portafaux, ça reste une décision médicale, faut assumer.“ (M10)*

Certains soulignent la plus value de transmissions médicales à l'issue d'un transport médicalisé:

- *„Et aussi pour expliquer à mes collègues la démarche, ce qu'on fait, qu'il y ait des transmissions qui soient correctes.“ (M10)*
- *„C'est quand-même plus simple que ce soit moi qui fasse les trans aux infirmières et aux médecins.“ (M12).*

### **Q8: Niveau de soins**

Une fois la décision de limitation prise, pour le médecin, le niveau de soins est le plus souvent très clair :

- *„limitation niveau 3, c'est un protocole qui est clairement rédigé, établi, qui a été imprimé en Médicale B.“ (M1)*
- *„Les consignes étaient claires, la personne avait exprimé la volonté de ne plus être hospitalisée.“ (M7).*

Voire même très simplifié, orientant la prise en charge vers des soins palliatifs:

- *„Le niveau de soins c'était de soulager.“ (M5)*
- *„On avait déterminé un niveau de soins, il était extrêmement bas.“ (M11).*

Il est aussi parfois situation-dépendant, conditionné à l'évolution du patient: *„On se dit on va pas plus loin que la VNI, mais on tente la VNI sur les OAP. On lui laisse sa chance mais on va pas non plus à l'obstination déraisonnable ou des soins vraiment importants.“ (M3).*

Dans la prise en charge résultant de ce niveau de soins, les limitations concernent le plus souvent la réanimation invasive:

- *“Pas de réanimation, pas de massage cardiaque, pas d’IOT; amines potentiellement si besoin.” (M1)*
- *„Pas d’intubation, pas d’amines, pas de réanimation invasive.“ (M3)*
- *„Pas de massage si arrêt cardiaque, et pas d’intubation. Après a fortiori, noradrénaline ou adrénaline pareil.“ (M8).*

En ce qui concerne les traitements considérés par certains comme moins invasifs, quelques médecins les limitent également:

- *„Pas de traitement de nouvelle complication si y’en avait.“ (M1)*
- *„C’était aérosols, pas de VNI, ça c’était non.“ (M5)*

L’antibiothérapie en cas d’infection potentielle semble plus difficile à écarter et reste, elle, indiquée pour plusieurs médecins:

- *„Pour le reste ça me semblait licite un remplissage si jamais il était hypotendu, et une antibiothérapie.“ (M8)*
- *„Si elle faisait de la fièvre, fallait mettre des antibio, si elle avait mal fallait mettre des médicaments.“ (M10).*

Certains résument leur niveau de soins en mettant l’accent sur les soins de confort:

- *„C’était la fin donc là ça a été des soins de confort.“ (M2)*
- *„Niveau 1, on ne fait rien hormis des soins de confort“ (M9)*

Seul un médecin mentionne les modalités de surveillance ultérieure, à limiter selon lui, toujours dans le but d’obtenir le confort du patient:

- *„arrêter de prendre des constantes (...) je voulais pas les forcer à regarder des chiffres de saturation qui les auraient peut-être paniqués. La tension, pourquoi prendre une tension quand on n’agit pas dessus... Ca fait un truc autour du bras et ça fait potentiellement mal.“ (M11).*

## Q9: Soins de confort

Ils ont été prescrits en tant que tels par le médecin urgentiste dans 41,7% des cas. Il s'agissait d'une sédation profonde dans 25% des cas.

Au final, la morphine a été utilisée dans la moitié des cas, dans 25% des cas associée à une benzodiazépine (midazolam (Hypnovel) dans 16,7% des cas, clorazépate (Tanxene) dans 8,33% des cas).

Lorsqu'elle est utilisée seule, la morphine l'est à petites doses:

- *„1mg de morphine, c'était pas grand chose hein.“ (M5)*
- *„Après l'avoir extubé on a injecté un peu de morphine“ (M9)*

L'association à une benzodiazépine est observée dans deux cas (16,7%), à chaque fois dans le but de réaliser une sédation profonde terminale. Les médecins décrivent précisément leur prescription et l'assument pleinement:

- *„Et euh, du coup j'ai demandé à mon infirmière de mettre une perfusion, dans la perfusion on a mis un 500 de phy avec 50 mg d'Hypnovel, et on lui a préparé une seringue de morphine avec euh 1milligramme par millilitre.“(M2)*
- *„Et le début de la prise en charge, ça a été de lui injecter de la morphine, on a fait une titration, j'ai mis 3 mg par 1 mg, et 2 mg d'Hypnovel.“(M11)*

respectivement *„pour l'aider à partir“ (M2)* et pour soulager le patient en phase terminale: *„L'idée c'était d'atténuer les symptômes agoniques.“ (M11).*

Le midazolam est utilisé à visée myorelaxatrice seule par un médecin (8,33%): *„[mon infirmière] c'est elle qui m'a proposé l'hypnovel comme il était contracté, j'ai dit oui il faut le détendre.“ (M12).*

L'objectif commun des soins prescrits est le confort du patient:

- *„Je n'hésite pas à grimper après les doses, l'adapter en fonction de l'état de dyspnée,*

*en fonction de l'état de conscience de la patiente. Surtout qu'elle apparaisse pour son entourage apaisée, sereine... je vais pas dire heureuse mais ouais, apaisée.*" (M2)

- *„pour le calmer, pour le soulager. La morphine, pour diminuer la fréquence respiratoire et un peu l'angoisse.“* (M3)
- *„pour qu'il soit confortable.“* (M9).

### **Q10: Suggestions**

Cette dernière question étant à nouveau très ouverte, nous avons après une première analyse, pu dégager des thèmes communs. Nous avons ensuite classé les informations selon ces thèmes.

Les suggestions des médecins concernaient:

- l'attitude médicale à avoir en pré hospitalier
- le dossier du patient
- l'organisation du SAMU
- l'organisation des soins ambulatoires
- l'éducation de la population.

#### Attitude médicale

Plusieurs médecins pensent que la décision de limiter les soins n'a pas sa place en pré hospitalier. Au contraire, elle devrait plutôt être réfléchie en amont:

- *„Pour moi ça n'a rien à faire en pré hospitalier. Sauf si la décision a été prise avant dans le dossier etc.“* (M4)

- *„Si les choses n'ont pas été suffisamment faites en amont, c'est compliqué. En situation d'urgence on ne peut pas prendre de bonne décision dans cette situation-là.“ (M6)*

Un médecin remet en cause son rôle en tant qu'urgentiste dans une situation terminale:

- *„On a l'impression qu'on n'est pas censés être appelés pour des soins palliatifs.“ (M7).*

D'autres prennent à coeur leur mission de limiter les soins lorsque cela est justifié, et n'hésitent pas à recommander cette attitude en pré hospitalier:

- *„Jpense qu'il faut dé-cul-pa-bi-li-ser. Il faut arrêter de surhospitaliser tout le monde. Le problème c'est qu'il faut avoir un répondant sur place qui est un frein limitant énorme.“ (M2)*
- *„Gratifiant c'est pas le bon mot mais, des fois t'as l'impression de remettre aussi les choses à leur place. C'est plus intéressant que de faire tout, dire je fais je fais je fais, bah des fois c'est un peu plus lourd quoi, faut prendre des décisions.“ (M3)*
- *„Qu'on le veuille ou non les SMUR de plus en plus vont avoir un rôle dans la prise en charge de la fin de vie (...) avec une détresse au centre, alors que réflexion faite on se rend compte après que c'étaient des signes agoniques. En surmédicalisant la fin de vie, on trouve quelque chose, des comas qui sont pas forcément à prendre en charge.... ces signes-là sont méconnus, la clinique de la fin de vie et de l'agonie tout particulièrement sont relativement mal connus.“ (M11).*

### Dossier patient

Les suggestions à ce propos sont pratiques, pour pallier au manque d'information sur place en intervention à domicile:

- *“Si déjà les gens ils avaient leur dossier médical à domicile juse imprimé, ou avoir une*

*liste des médicaments qu'ils prennent.*" (M1)

- *„des dossiers médicaux partagés, qui resteraient chez le patient. Un mot du médecin traitant sur place, un mot du spécialiste; une feuille claire et nette qui dit vous êtes chez tel patient qui est en fin de vie, vous pouvez l'accompagner.*" (M3)

Cette recherche à tout prix d'un dossier patient sert à répondre à un questionnement plus philosophique, éthique:

- *„Qu'on puisse avoir des avis médicaux de collègues qui connaissent le patient, qui ont du recul.*" (M3)
- *„L'anticipation par les autres équipes, que pour chaque personne y ait une réflexion qui soit faite.*" (M4).

### Organisation du SAMU

Beaucoup de médecins sont en demande d'un cadre plus précis autour de leur pratique, via une certaine forme de protocole de service:

- *„Faudrait que les LATA soient plus claires. C'est vrai que nous les LATA on remplit pas de feuille. Et ça c'est pas bien.*" (M3)
- *„Qu'on ait véritablement un protocole sur la limitation thérapeutique (...) enfin c'est un peu égoïste ce que je vais dire, mais pour nous protéger, et d'autre part pour essayer de cadrer les choses.,, (M8)*
- *„Pour formaliser les choses un document comme on a aux urgences (...) sur quels éléments en fait on s'est basé pour pas réanimer (...) Plus systématique. Jpense c'est ça qui manque.*" (M10).

D'autres déplorent un manque de sensibilisation et de formation aux soins palliatifs:

- *„Il faut qu'on soit, pour être purement médecine d'urgence, bien évidemment sensibilisés aux procédures, notamment en interaction avec les équipes de soins palliatifs.“* (M6)
- *„On a beaucoup appris les soins agressifs, et on a beaucoup moins appris à reconnaître à quoi ressemble vraiment la fin.“* (M11).

Quelques solutions purement organisationnelles sont proposées, comme celle de transmettre un niveau de soins connu à la régulation téléphonique:

- *„que les niveaux de soins soient définis avec les patients et qu'ils soient transmis à la régulation. Et aux SMUR périphériques. On a quelques cas où ça arrive et c'est très bien.“* (M5);
- *„Une alerte ‚ne pas réanimer‘ qui s'affiche en régulation si le patient a émis des directives anticipées ou qu'une décision médicale a été prise en amont.“* (M9)

Ou une liste de numéros de spécialistes joignables dans le but de respecter la pluridisciplinarité:

- *„Par exemple, une liste de praticiens spécialistes dans d'autres disciplines, joignables à tout moment, pour pouvoir discuter ensemble des dossiers. Et décider ensemble d'une non-réanimation.“* (M9).

Un médecin rappelle la mission initiale du SMUR, et la confronte aux situations de fin de vie:

- *„Il ne faut pas que ces gestes de soins palliatifs, qui peuvent tout à fait se faire par un médecin SMUR, se fassent au détriment d'autres urgences vitales. Malheureusement, ce n'est pas pour moi une priorité vitale par rapport à une urgence vitale vraie. (...) Ne pas mettre les soins palliatifs en place au détriment d'autres patients qui pourraient eux bénéficier d'une thérapeutique active et une réanimation.“* (M2).

## Organisation des soins ambulatoires

De nombreux médecins relèvent l'importance de l'organisation des soins ambulatoires, notamment la communication inter-acteurs, pour pouvoir régler le problème en amont:

- *„Il faut régulièrement faire le point avec le patients. C'est aux médecins traitants de jouer ce rôle.“ (M1)*
- *„De sensibiliser au maximum possible les médecins traitants, de discuter avec les patients.“ (M5)*
- *„C'est toute la partie qui ne relève pas de la médecine d'urgence qui est à améliorer. Une définition du niveau de soins, un accompagnement de la famille et du patient, en améliorant la communication entre les différents acteurs. En amont. Avant d'être dans la situation d'urgence.“ (M6)*

Tout en déplorant la difficulté de cette entreprise:

- *„La problématique c'est qu'on a un réseau de soins qui est quand-même très, très limité. Déjà essayer de tisser un réseau pour qu'il y ait tous les professionnels en communication.“ (M8).*

Un médecin propose une procédure pouvant représenter une solution alternative au SAMU en cas d'“urgence palliative“:

- *„Il faudrait un moyen pour répondre aux situations où les patients sont en fin de vie connue. Par exemple avoir des procédures d'urgence en HAD, pour pouvoir gérer la fin de vie à domicile. (...) Un moyen fiable pour les familles en cas de détresse, en cas de problème aigu, qui paniquent alors même qu'ils savent que leur proche va mourir. Il faudrait même un numéro différent du SAMU.“ (M9).*

## Education de la population

Plusieurs médecins mentionnent l'importance d'éduquer les patients et leur famille à la fin de vie, que ce soit à l'échelle individuelle :

- *„Devoir d'information aux patients, qui doivent être au fait de l'évolution de leur maladie chronique; d'information aussi aux familles, savoir que la décision ultime ne repose pas sur leurs épaules.“ (M1)*
- *„En pratique, c'est toujours insupportable d'avoir quelqu'un qui de façon évidente est en fin de vie, et où la famille n'en est pas du tout consciente. Il faut que la famille en ait discuté avec le patient avant, au moins qu'il y ait un semblant d'ébauche de quelque chose sur le sujet quoi.“ (M6)*

ou du grand public, afin de favoriser encore le dialogue à propos des directives anticipées:

- *„Juste d'en parler, faire des campagnes d'information au grand public. Enlever un peu ce caractère sacré de la vie et de la mort, pour que les gens ils soient un peu plus au fait des décisions potentielles de leur entourage, que ce ne soit plus un sujet tabou.“ (M1)*
- *„Tout ce qui est directives anticipées, que ça soit vraiment la norme en fait. Que les gens essaient d'en discuter avec leur famille. C'est difficile à aborder mais à mon sens c'est pas un sujet tabou hein.“ (M8).*

## IV. DISCUSSION

Notre étude a permis d'identifier les principales difficultés à la mise en place d'une LATA en médecine d'urgence pré hospitalière : l'urgence de la situation de détresse vitale, opposée au manque d'anticipation de cette évolution fatale chez des patients pourtant polypathologiques, dépendants, et âgés. Les éléments de réflexion médicale ayant mené à la décision sont homogènes: les arguments principaux sont le terrain du patient, l'absence de bénéfice escompté d'une prise en charge invasive, et l'âge avancé. La recherche de collégialité, ou au minimum de la compréhension et l'adhésion des proches, est systématique. Les modalités de prise en charge des patients sont elles aussi plutôt semblables, la moitié étant laissés sur place avec une organisation de la suite des soins. La sédation profonde terminale, lorsqu'elle est réalisée, semble adaptée. Les patients évacués sont pour la plupart accompagnés par le médecin dans un souci de confort, et de qualité des transmissions médicales. Les médecins partagent également les mêmes souhaits : l'amélioration de la communication entre les différents acteurs du système de soins, à commencer par un support de travail autour de la fin de vie en médecine d'urgence pré hospitalière. L'idée n'est pas de tout protocoliser, mais d'encadrer la prise de décision en consignnant les informations et discussions la justifiant, et apporter une aide dans la mise en place d'une prise en charge palliative.

Cette uniformité de pratiques semble contraster avec les résultats de la précédente publication à ce sujet, LATA SAMU, mais qui, elle, était quantitative, avec un recueil de données réalisé à l'aide d'un questionnaire écrit. Si ses résultats retrouvent également une majorité de situations de détresse respiratoire, chez des patients âgés et polypathologiques, ils diffèrent quant à la mise en place d'une LATA par une hétérogénéité des pratiques - en apparence. Pour exemple, contrairement à ce que montre notre étude, à savoir une recherche systématique de collégialité ou au moins d'adhésion, la famille y est informée dans 61 % des

cas et l'avis d'un deuxième médecin demandé dans 56,5 %. Mais dans les cas où ils n'ont pas été associés à la décision, que s'est-il passé ? Était-ce par volonté du médecin urgentiste, par impossibilité de joindre les référents ? Par ailleurs le critère de décision le plus fréquemment retrouvé dans LATA SAMU est la mortalité attendue à court terme (90%), associé à un décès qui a lieu en pré hospitalier dans 80% des cas. Ce résultat manque de pertinence car rétrospectif, et quelque peu réducteur: une analyse de tous les arguments, mais aussi du chemin, menant à la décision paraît indispensable.

La formation aux soins palliatifs est une demande réelle des médecins, retrouvée dans nos deux travaux. L'étude LATA SAMU ne les interroge cependant pas quant aux difficultés rencontrées, qu'elles soient pratiques ou morales, et mentionne dans sa discussion l'intérêt d'analyser et comprendre en quoi une prise en charge palliative est complexe en pré hospitalier. En interrogeant directement les médecins via des entretiens semi-dirigés sur leur vécu d'une situation réelle et les fondements de leur réflexion, nous approchons ici de manière plus ciblée le raisonnement clinique menant à la décision de LATA ainsi que son application en pratique.

Malgré le contexte unique de chaque intervention SMUR, et d'autant plus difficile dans une situation de fin de vie, les médecins semblent partager une orientation commune vers un même but, via des pratiques similaires. F. Dolveck résumait déjà très bien les pré requis à une mise en place de LATA en SMUR en 2005 dans *Enjeux éthiques et réanimation* : „Il faut tout d'abord confirmer la situation médicale. La première démarche sera donc de reconstituer le dossier médical du patient. Les éléments anamnestiques, cliniques et paracliniques doivent bien évidemment être connus, ce qui permettra de poser correctement le problème actuel. Mais qui détient l'information donnée au médecin ? Cette information est-elle écrite ou orale ? Digne de confiance ou travestie ? Par ailleurs, y a-t-il conflits d'intérêt ? L'analyse de l'information devra tenir compte de ces éléments. Le contexte de vie du patient et son entourage sont aussi des

éléments déterminants : quelles sont ses ressources ? Y a-t-il une famille qui l'accompagne ? Une personne de confiance, un médecin traitant, une infirmière ? Compte tenu de toutes ces données, le soin à domicile est-il possible ? (...) Après avoir évalué la situation médicale, il s'agit de reconnaître et d'identifier le problème moral qui se joue pour l'entourage placé dans une perspective de soins, alors que l'équipe, elle, interprète la situation comme une fin de vie. Se renseigner au préalable sur le contexte social, la culture, ainsi que la profession des proches est préférable pour pouvoir entamer la discussion. " (12). Il concluait son texte en disant que la LATA en pré hospitalier était difficile voire impossible, en raison de la méconnaissance du dossier par le médecin SMUR, son isolement, et son manque de formation.

Avec les évolutions de la loi Léonetti et sa diffusion au grand public, ainsi que les recommandations récentes des sociétés savantes concernées (SRLF, SFMU, SFAP, HAS), mais aussi tout simplement par la confrontation de plus en plus fréquente à des patients dits „chroniques“ au quotidien, notre étude laisse penser qu'en 2018 les médecins se sentent plus à l'aise pour prendre une décision de LATA en pré hospitalier, à condition que les informations y menant soient disponibles sur place.

L'esprit de la loi Claeys Léonetti est respecté dans les cas décrits ; en, effet les médecins s'efforcent d'éviter l'acharnement thérapeutique malgré leur position complexe d'urgentiste, formé „à sauver“. Si le manque de collégialité stricte semble gêner, il est pallié par des solutions spécifiques au contexte pré hospitalier : recherche de directives anticipées et d'avis écrits de confrères, appel du médecin régulateur, discussion avec les soignants et membres de la famille sur place. La loi n'est donc pas strictement applicable en SMUR; elle semble cependant tout à fait adaptable et sert de socle à la décision de LATA.

Rappelons une citation de l'un des entretiens de notre étude: „La loi n'a fait que nous conforter dans des pratiques médicales que l'on faisait depuis des années. C'est une loi qui est assez

équilibrée, très adaptée aux réalités.“ (M10).

Les recommandations récentes de la SRLF et de la SFMU vont dans ce sens. Le principe de collégialité doit être respecté, y compris en pré hospitalier. Le médecin régulateur peut prendre part à la décision. Le patient ne doit pas être évacué si une organisation des soins est possible à domicile. Par ailleurs, l'importance de reporter les informations et avis recueillis dans le dossier du patient est rappelée.

Le texte définit également le principe de réanimation d'attente, qui est est „la mise en œuvre de traitements de suppléance dans un contexte d'incertitude rendant nécessaire une période d'évaluation sans faire perdre de chance au patient“. Il est possible à tout moment de convertir une „urgence vitale“ en „soins palliatifs“ dès évaluation complète de la situation: „Elle peut durer quelques heures et conduire à une réévaluation (permettant de préciser le diagnostic, l'état antérieur, une réponse aux traitements ou d'attendre l'arrivée de la famille en vue d'une annonce difficile)“ (17). Il reste primordial pour le médecin urgentiste de réfléchir au cas par cas afin de prendre la décision la plus juste possible pour son patient.

Il convient d'insister sur un point important: la réflexion médicale à l'origine d'une décision de LATA nécessite de s'inscrire dans un temps différent de celui de l'urgence. Les médecins disent eux-mêmes vouloir s'extraire du contexte urgent, mais aussi de leur rôle initial presque réflexe qui est celui de „sauver“. Cette distance nécessaire à la réflexion est d'autant plus difficile devant un tableau fréquent de détresse respiratoire aiguë, en dehors de l'hôpital, souvent devant les proches du patient à l'origine de l'appel.

D'un point de vue éthique, une prise de décision argumentée et éclairée est primordiale ; en effet on oscille ici dangereusement entre le défaut de soins et l'acharnement thérapeutique. Le contexte urgent n'affranchit pas d'une réflexion bien menée. Pierre Valette, docteur en philosophie, écrit en 2013 : „L'équation *pouvoir = devoir* soulève une autre question dont la

réponse fera toute la différence entre un acte d'urgence et un geste technique. Avoir la possibilité technique de réanimer n'est pas et ne doit pas être nécessairement associé au devoir de le faire. Le *devoir* change d'échelle pour entrer de plain-pied dans la sphère éthique, une sphère éthique qui précède et recouvre celle de la technique. La responsabilité du médecin prend toute sa dimension étymologique : répondre *à*, répondre *de* et répondre *pour*.“ (18). Réfléchir aux conséquences de chacun de nos actes avant de les entreprendre, et évaluer la balance entre leurs bénéfiques et risques pour le patient, même dans l'urgence, permet d'adapter notre niveau de prise en charge.

Pour ce faire, rappelons la nature de la relation médecin-patient, pouvant être parfois déformée dans ces situations de fin de vie. Dans sa préface au code de déontologie médicale, Paul Ricoeur parle de „pacte de soins basé sur la confiance“ (19). La volonté du patient mérite par conséquent d'être priorisée, devant celle de sa famille ou ses accompagnants. Pour replacer le concept d'alliance thérapeutique dans notre contexte actuel, très loin du paternalisme, nous pouvons citer Jacques Ricot : „C'est sur la nature même de l'alliance thérapeutique que doivent porter nos efforts, et non sur une simple vérification obsessionnelle de la volonté du patient. Il est conforme à l'éthique (et à la loi) de s'enquérir de cette volonté dans le partenariat entre médecins et malades, et c'est même un impératif. Mais si la décision médicale est prise avec le patient, cela signifie que c'est aussi la décision du médecin. Sinon, il y aurait abus de langage à parler de décision « médicale » et il faudrait plutôt parler d'injonction de la part du patient. Ce n'est pas l'idée que je me fais de l'alliance thérapeutique.“ (20).

Un dialogue constant entre le patient et le médecin le prenant en charge, que ce soit habituellement ou ponctuellement, est un bon moyen pour arriver à une décision partagée sur la conduite à tenir. Lorsque la décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques est anticipée et documentée, le médecin urgentiste peut en devenir l'ultime acteur dans ces situations d'„urgence palliative“.

Malgré l'avantage de son approche qualitative adaptée à un tel sujet, notre étude comporte des biais dont le plus important est celui mémorisation des cas par les médecins interrogés. En effet beaucoup avouaient eux-mêmes ne pas se souvenir de tous les détails. Par ailleurs, plusieurs des participants confiaient également être plus sensibles au sujet en raison de leur formation ou leur exercice particuliers (soins palliatifs, éthique médicale ou médecine légale) ce qui pouvait orienter leur discours.

Notre étude a sélectionné sur la base du volontariat, un nombre restreint de médecins urgentistes au sein de l'Alsace. Il serait intéressant d'étendre ce travail à l'échelle régionale voire nationale, afin d'évaluer les pratiques médicales pré hospitalières lors de la mise en place d'une limitation des thérapeutiques actives.

Ainsi, nous serions en mesure d'optimiser l'organisation de prises en charge palliative en SMUR. Un document de type „fiche LATA SMUR“ formalisant la décision en consignnant les arguments et entretiens y ayant mené, serait un outil pratique à cet effet.

## VI. CONCLUSION

La décision de LATA semble difficile à prendre en médecine d'urgence pré hospitalière. En effet, les médecins SMUR déplorent son manque de collégialité, mais aussi d'anticipation par les praticiens habituellement en charge de patients au stade évolué d'une maladie chronique incurable. Il s'agit pourtant de patients volontiers polyopathologiques, dépendants, chez qui peu de bénéfices sont à attendre d'une prise en charge invasive.

Notre étude montre que malgré cette difficulté, la mise en place d'une LATA est tout à fait possible en pré hospitalier, en s'adaptant aux spécificités de chaque intervention. L'urgence de la situation, ainsi que le contexte extra hospitalier, compliquent la réflexion. Par conséquent, les médecins sont en demande d'une certaine forme de protocolisation. Si des recommandations dans ce sens ont récemment vu le jour, elles restent indicatives. Chaque patient étant unique, il convient de réfléchir au cas par cas afin de soigner au plus juste et au plus sage.

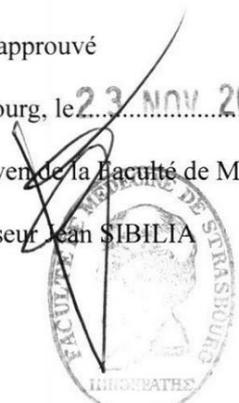
Un support de travail encadrant la décision, par exemple sous forme d'une „fiche LATA SMUR“, serait souhaitable en pré hospitalier, afin de consigner les arguments y menant, mais aussi pour assurer une prise en charge palliative de qualité.

VU  
 Strasbourg, le 20/11/2018  
 Le président du Jury de Thèse  
 Professeur Pascal BILBAULT



Professeur P. BILBAULT  
 Responsable de Service  
 Service des Urgences Médico-chirurgicales Adultes  
 Pôle Urgences, Réanimations Médicales et Centre Antipoison  
 Service des Urgences Médico-chirurgicales Adultes  
 Hôpital de Hautepierre  
 1 Avenue Molière - 67098 STRASBOURG Cedex  
 Tél. 03 88 12 81 79 - Fax 03 88 12 81 00

VU et approuvé  
 Strasbourg, le 23 NOV 2018  
 Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg  
 Professeur Jean SIBILIA



## VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. République française. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Journal officiel, n°95 du 23 avril 2005, texte 1.
2. République française. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Journal officiel, n°0028 du 3 février 2016, texte 1.
3. République française. Décret n° 2016-1066 du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale et relatif aux procédures collégiales et au recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès prévus par la loi no 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Journal officiel, n°0181 du 5 août 2016, texte 40.
4. Sicard D. et al. Penser solidairement la fin de vie : Rapport de la commission de réflexion sur la fin de vie à François Hollande, Paris : La Documentation française ; 2012, 277p
5. République française. Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi no 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Journal officiel, n°0181 du 5 août 2016, texte 41.
6. Société française d'accompagnement et de soins palliatifs [En ligne]. Les soins palliatifs en France. Disponible sur : <http://www.sfap.org/rubrique/les-soins-palliatifs-en-france/>. Consulté le 13 Novembre 2017.
7. Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. Recours, à la demande du patient, à une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCMJD) Evaluation du Pronostic vital engagé à court terme Fiche repère SFAP Mai 2017. [En ligne] <http://www.sfap.org/rubrique/les-recommandations-sur-la-sedation>. Consulté le 22 Janvier 2018.
8. Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. Recours, à la demande du patient, à une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCMJD) Evaluation du caractère réfractaire de la souffrance Fiche repère SFAP Mai 2017. [En ligne] <http://www.sfap.org/rubrique/les-recommandations-sur-la-sedation>. Consulté le 22 Janvier 2018.
9. Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie. [En ligne] <http://www.sfap.org/rubrique/les-recommandations-sur-la-sedation>. Consulté le 22 Janvier 2018.
10. Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès. Mise en œuvre médicamenteuse. Fiche repère SFAP. Mai 2017. [En ligne] <http://www.sfap.org/rubrique/les-recommandations-sur-la-sedation>. Consulté le 22 Janvier 2018.

11. Braun F, Berthier F, Boudénia K, Carli P, Chollet-Xémard C, Cibien JF et al. Livre Blanc: Organisation de la médecine d'urgences en France: un défi pour l'avenir. Les propositions de Samu-Urgences des France. 2015.
12. Dolveck F. Questions éthiques liées à la pratique de la médecine d'urgence pré-hospitalière au SAMU et au SMUR. In : Puybasset, L. Enjeux éthiques et réanimation. Paris : Springer Science & Business Media ; 2010, p. 447-453
13. Lalande F., Veber O. Rapport Tome 1. In : La mort à l'hôpital. Inspection générale des affaires sociales, 2009 ; 164p.
14. Observatoire national de la fin de vie. Fin de vie à domicile. Vivre la fin de vie chez soi. Paris : La Documentation française ; 2013, 143p.
15. Burnod A., Devalois B. Problématique préhospitalière face à une décision de limitation ou arrêt de traitement (LAT), Urgences 2011 (cofondation SFMU et SAMU-Urgences de France), 2011; 70:787-799
16. Ferrand E., Marty J. Prehospital withholding and withdrawal of life-sustaining treatments. The French LATASAMU Survey. Intensive Care Med. 2006; 32:1498-1505
17. Feral-Piersenss A.-L., Boulain T., Carpentier F., Leborgne P., Del Nista D., Potel, G. et al. Limitation et arrêt des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte d'urgence. Ann. Fra. Med. Urgence. 2018; 8:246-241.
18. Valette P. Chapitre 6. La mort en urgence. In : Éthique de l'urgence, urgence de l'éthique. 2013, 123-136
19. Ricœur P. Préface au code de déontologie médicale. Paris : Seuil ; 1996, p.11
20. Ricot J. Éthique de la décision médicale. Réflexion philosophique. In LAENNEC N°4. 2014, 62: p. 40-60

## VII. ANNEXES

**ANNEXE 1. République française. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Journal officiel, n°0028 du 3 février 2016, texte 1.**

*Article 1*

"Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Ces actes ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire. La nutrition et l'hydratation artificielles constituent des traitements qui peuvent être arrêtés. Lorsque les actes mentionnés aux deux premiers alinéas du présent article sont suspendus ou ne sont pas entrepris, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant des soins palliatifs "

*Article 8*

"Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de

l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux. A tout moment et par tout moyen, elles sont révisables et révocables. Elles peuvent être rédigées conformément à un modèle dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle les rédige. Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale."

#### *Article 9*

"Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle rend compte de la volonté de la personne. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Cette désignation est faite par écrit et cosignée par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment. Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Lors de toute hospitalisation dans un établissement de santé, il est proposé au patient de désigner une personne de confiance dans les conditions prévues au présent article. Cette désignation est valable pour la durée de l'hospitalisation, à moins que le patient n'en dispose autrement. Dans le cadre du suivi de son patient, le médecin traitant s'assure que celui-ci est informé de la possibilité de désigner une personne de confiance et, le cas échéant, l'invite à procéder à une telle désignation. Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de tutelle, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la

mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer."

*Article 10*

"Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin a l'obligation de s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient. En l'absence de directives anticipées (...) il recueille le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches."

**ANNEXE 2. République française. Décret n° 2016-1066 du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale et relatif aux procédures collégiales et au recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès prévus par la loi no 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Journal officiel, n°0181 du 5 août 2016, texte 40.**

*Article 3*

"La décision de limitation ou d'arrêt de traitement respecte la volonté du patient antérieurement exprimée dans des directives anticipées. Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et en l'absence de directives anticipées, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés, au titre du refus d'une obstination déraisonnable, ne peut être prise qu'à l'issue de la procédure collégiale et après qu'a été recueilli auprès de la personne de confiance ou, à défaut, auprès de la famille ou de l'un des proches le témoignage de la volonté exprimée par le patient.

Le médecin en charge du patient peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire à la demande de la personne de confiance, ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches. La personne de confiance ou, à défaut, la famille ou l'un des proches est informé, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale.

La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient à l'issue de la procédure collégiale. Cette procédure collégiale prend la forme d'une concertation avec les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et de l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est recueilli par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile.

Lorsque la décision de limitation ou d'arrêt de traitement concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, selon les cas, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation.

La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est motivée. La personne de confiance, ou, à défaut, la famille, ou l'un des proches du patient est informé de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement. La volonté de limitation ou d'arrêt de traitement exprimée dans les directives anticipées ou, à défaut, le témoignage de la personne de confiance, ou de la famille ou de l'un des proches de la volonté exprimée par le patient, les avis recueillis et les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient."

## **ANNEXE 3. ENTRETIENS**

### **Entretien 1**

#### **Description de la population**

Quel âge avez-vous ?

Facile. (sourit) J'ai 31 ans.

Quel est votre statut au sein de l'hôpital (Assistant (spécialiste), Praticien hospitalier contractuel, Praticien Hospitalier, Professeur)?

PHC au sein du SAMU de Strasbourg.

Quel est votre quotité de travail au SAMU ?

Je fais 80% de SAMU et 20% d'urgences à Hautepierre.

Depuis combien d'années exercez-vous la médecine d'urgence pré hospitalière ?

Alors je suis thésée depuis Décembre 2014... J'ai fait deux ans d'assistantat au CHU en faisant un mi-temps SAU-SAMU, et maintenant je suis donc à 80% au SAMU donc ça va faire trois ans. Trois ans.

#### **1.Situation**

Q1. Quel était le contexte de cette intervention? (circonstances)

Alors nous intervenons euh mi février pour un patient en Médicale B donc qui est hospitalisé depuis plusieurs jours en Médicale B pour une bronchopneumopathie, et nous sommes déclenchés par le CRRA pour un monsieur qui serait en état de choc. Voilà. Donc nous intervenons avec l'équipage du SMUR, en AR, puisqu'il pourrait s'agir d'un transfert secondaire vers une réanimation potentielle.

(Sonnerie de son DECT. Prend congé pour partir en intervention SMUR. A son retour:)

Donc nous intervenons euh mi février, avec un équipage du SMUR... avec une doublure par un interne euh en fin de cursus, en Médicale B donc une annexe de l'hôpital, euh, du Nouvel Hôpital civil, dans... le service de médecine interne gériatrique pour un patient de 81 ans. En

tout cas né en 47, faudra vérifier l'âge. Euh, qui présente une détresse respiratoire, dans un contexte de bronchopneumopathie, en état de choc... et... avec un... doute sur un transfert en réanimation ou pas. Voilà.

Q2. Comment avez-vous pris en charge cette situation? (votre réaction)

Oui, alors euh, on a eu la chance que ce soit euh... un moment où y'avait et le médecin senior du service, l'interne, qui connaissaient bien le dossier du patient, qui connaissaient bien le patient, qui avaient aussi déjà eu des entretiens avec la famille. Donc j'ai pu un peu comparer l'état avant... l'épisode aigu, et après.

Donc nous on arrive c'est un monsieur qui a des sueurs, qui présente une détresse respiratoire avec tirage, balancement, euh une désaturation... à quatre vingt... (regarde le dossier)... trois pour cent, euh sous... oxygène aux lunettes, avec un encombrement bronchique très très important, et une toux inefficace. Avec des signes de détresse circulatoire, une pâleur, une hypotension avec une systolique... à cinq, de mémoire, mais pareil faudra vérifier, et... des marbrures assez importantes, une diurèse qui s'était nettement effondrée euh... ces dernières heures. Avec une température euh... qui était à 38, donc... probablement un sepsis qui évoluait pas favorablement alors qu'il avait été traité déjà par antibiothérapie. Sur un terrain assez compliqué puisque ce monsieur était parkinsonien évolué avec euh... des troubles euhm... moteurs puisque les membres un peu rétractés, des difficultés à la marche ces derniers jours, et des troubles cognitifs. Voilà ça c'était un peu euh... le terrain sur lequel on était intervenus, et... La famille et le service avaient demandé un transfert en réanimation au vu de toutes euh... ces détresses, circulatoire, neurologique, et respiratoire.

Et puis moi quand j'arrive dans la chambre, avec le le monsieur euh, qui présente toutes ces défaillances, jme dis que ça va être très compliqué.... euh... Soit on décide de le techniquer, dans ce cas là ça veut dire remplissage, amines, et intubation. Euh... Soit on... on essaie de voir

ce que veut vraiment le patient, ce que veut la famille, et on pèse un peu le bénéfice risque. Donc on a... j'ai pris parti de prendre un peu de temps, pour voir quelles étaient les volontés de chacun (prend une grande inspiration), et jme suis dit que... d'intuber ce monsieur c'était pas raisonnable. Donc euh, y'avait pas vraiment de directives anticipées dans le dossier médical du patient... et la famille avait dit, oui on est d'accord qu'il soit hospitalisé et traité en réanimation pour traiter l'épisode aigu si besoin.

Alors j'ai revu avec le médecin senior. J'ai... dit qu'elle rappelle la famille, et qu'elle lui explique concrètement ce que ça voulait dire, ça voulait dire mettre un tuyau dans... la... trachée de ce monsieur pour l'aider à respirer, le mettre dans le coma... euh mettre de grands médi... des médicaments assez puissants pour que le cœur et les artères euh... jouent de nouveau leur rôle. Et euh... que potentiellement, la probabilité que ça s'améliore euh... était, quasiment nulle. Que ça allait durer des jours et des jours et que je pense que c'était pas lui rendre service (pause) de... de ...s... techniquer comme ça ce monsieur. Donc elle l'a rappelé, la f., donc l'épouse, qui comprenait bien la situation, qui a dit ok elle veut pas de tuyau dans la bouche. (pause) Bon ça on a décidé, pas d'intubation, ça c'était évident.

Et puis se posait la question de cette hypotension, de cette détresse circulatoire euh, sur plutôt quelque chose de septique. Le remplissage on avait commencé à le faire, il répondait partiellement mais la systolique était encore très basse, donc question est-ce qu'on met des amines ou pas ? Mettre des amines ça veut dire potentiellement aller en réanimation, parce que euh, mettre de la noradré sur une VVP ça va une heure mais euh... c'est pas gérable pour un service de médecine interne. Donc euh j'ai revu encore une fois avec le médecin senior et puis on a... rappelé de nouveau ensemble l'épouse, pour dire que... euhm... oui on pouvait mettre des médicaments qui remontent un peu la tension mais que ça pouvait... être temporaire juste pour passer un cap, mais que si ça ça passait pas ben... l'issue serait euh... fatale, et... Voilà.

Donc la famille a bien compris, je leur ai aussi parlé de la VNI parce que potentiellement

sur sa détresse respi le monsieur était potentiellement hypercapnique puisqu'il est aussi traité en parallèle pour un SAOS... on a évoqué la pose d'une VNI, mais VNI veut aussi dire transfert en réanimation ou au déchocage, ce qui était pas non plus envisageable sur un monsieur qui était peu coopérant, et donc on a décidé de faire euh, une limitation thérapeutique, en accord avec l'équipe soignante, qui connaissait le patient, avec euh... un patient qu'on a demandé hein on lui a demandé clairement, monsieur est-ce que vous voulez euh... être intubé, vous voulez aller en réanimation, est-ce que vous voulez rester dans cette chambre ou est-ce que vous voulez aller dans un service où on va s'occuper de vous euh... de façon plus invasive... Il comprenait pas. Donc euh, le consentement du patient était très difficile à recueillir et il comprenait pas les ordres simples. Voilà.

Mais en tout cas la famille, le médecin senior, l'interne, l'équipe mé... paramédicale de médecine interne et de chez nous, a... d'un point de vue consensuel euh... validé le fait qu'il fallait plus transférer ce monsieur en réanimation. Donc moi j'ai mis quand-même un mot dans le dossier médical du patient pour que ce soit quelque chose de collégial, pour que le médecin senior de médecine interne ne soit pas seul à prendre cette décision qui était quand-même lourde de conséquences puisque j pense que l'issue pour ce patient a été fatale. Mais faudrait regarder... le devenir.

Et puis euh (grande inspiration) j'ai aussi appelé le réanimateur de garde de Hautepierre pour lui dire sur quel terrain on était vraiment et lui aussi a dit que d'accord euh, au vu des comorbidités euh, le pronostic était quand-même euh... vraiment engagé. Voilà. Donc on a convenu que on ferait juste du remplissage... on mettrait des aérosols de beta2mimétiques, bronchodilatateurs, aspirer, faire de la kiné motrice, peut-être, à voir, mettre de la scopolamine... euh avec le risque que ça crée quand-même des bouchons muqueux hein, donc c'est à double tranchant. Privilégier les soins de confort, et puis si besoin euh... le médecin senior m'a dit que ils avaient aussi un protocole euhm... d'Hypnovel morphine pour euh la

sédation, pour que le monsieur en tout cas il soit confortable, qu'y'ait pas d'anxiété ou de douleur qui soit visible sur son visage. Voilà. Et donc la famille a été recontactée une dernière fois on leur a tout expliqué, et tout le monde a été plutôt d'accord.

Voilà donc on a mis une limitation, je crois stade 3, dans le sens ou on mettrait pas de réanimation, pas de massage cardiaque, pas d'IOT, euh amines potentiellement si besoin, pas de traitement de nouvelle euhm... complication si yen avait.

Je crois que c'est comme ça que ça s'est terminé, en tout cas on a pris vraiment du temps dans ce dossier pour euh discuter avec tous les intervenants et euh... techniquement on a rien fait hein. On a juste posé une voie veineuse en plus pour que ce soit plus confortable pour le remplissage, et on a beaucoup réfléchi, discuté avec les gens pour que euhm... la décision soit unanime. Voilà.

## **2.Décision de LATA**

### Q3.Pour quelles raisons avez-vous pris la décision de LATA dans ce cas précis?

Pourquoi, parce que... un terrain très fragile. Une... un balance bénéfice risque clairement en faveur euhm d'un maintien dans le lit en médecine interne parce que... propositions thérapeutiques quasiment nulles, moi ce monsieur je pense qu'il avait aucune chance de sortir de réanimation... dans de meilleurs conditions que là où il était là... et que c'était juste l'embêter, le déplacer, le mettre sur un brancard, être techniqué pour quelque chose euh qui ne lui rendrait pas service. (pause) Et... moi j'ai été tout à fait à l'aise avec cette décision hein j'ai pas... j'ai pas eu de doute, j'ai pas mauvaise conscience, euh, j'ai assumé pleinement la décision... Parce que...à un moment on sait que ces personnes âgées euhm... elles évoluent plus favorablement et que s'acharner ben... C'est pas leur rendre service. Ni à la famille d'ailleurs.

Q4. Avez-vous sollicité un autre avis (patient (lui-même ou via directives anticipées), médecin régulateur, personne de confiance, famille, médecin traitant...)? Quels éléments ont contribué à la décision de LATA?

Alors j'ai pas parlé au médecin traitant. Euh j'ai pas parlé au médecin régulateur, mais dans le sens où on était déjà deux seniors euh sur euhm... dans la chambre du patient à l'avoir sous les yeux. Donc ça ça m'a... largement suffi, après l'autre médecin aurait été contre ma décision j'aurai peut-être pris un autre euh avis auprès du régulateur, mais là j'avais en plus déjà appelé le réanimateur, donc c'était vraiment euh, c'était pas unilatéral comme décision hein c'était vraiment euh... collégial et puis euh, on a vu que ce monsieur s'était dégradé quand-même très rapidement en quelques jours, que le terrain était fragile... et que voilà.

Q5. Que savez-vous de la loi au sujet de la LATA?

Euhm... Alors j'ai assisté au rendez-vous de l'urgence là c'était... je sais plus quand c'était, c'était... l'année dernière... Oui bon euhm... qui avait été fait euhm... Ce que je sais : liberté pour les patients de décider euhm... de ce... jusqu'à où est-ce qu'ils veulent qu'on aille, rédaction de directives anticipées possibles, valables trois ans. Désignation d'une personne de confiance. Possibilité à tout moment de changer d'avis si euh, la situation... euh, était différente. Un patient qui signe des directives anticipées pour pas de réanimation et qui sur un moment lambda fait une détresse respiratoire et demande quand-même à être intubé, oui bien sûr qu'on le fera. Euhm... L'euthanasie active toujours pas possible, même si c'est en train d'évoluer et puis qu'ils sont en train d'en reparler, euh, au niveau politique. Euh, privilégier les soins de confort du patient, éviter qu'il ne souffre. C'est respecter sa volonté au maximum, et toujours expliquer, euh de façon claire loyale, adaptée pour que tout le monde comprenne bien les enjeux, les tenants et les aboutissants... euh... des choses. Autre chose ? (regard interrogateur) Je résume hein.

(Pause. Je lui dis: vas-y s'il te vient encore des choses à l'esprit...)

Laisse moi réfléchir...euh... pour tout ce qui est patient mineur ou sous tutelle, c'est pas, c'est pas vraiment comme ça donc là euh c'est des décisions plutôt collégiales qui doivent être prises. Euhm... Voilà. Vas-y dis moi qu'est-ce que j'ai encore oublié? J'ai oublié beaucoup de choses ?

(je réponds : non mais c'est pour l'idée générale que t'as dessus, c'était pas pour une réponse précise, vraiment pour ce que ça évoque)

Q6.En général, quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour prendre une décision de LATA en médecine d'urgence pré-hospitalière?

Alors ce qui nous met souvent en difficulté c'est euh... de pas avoir... les directives anticipées, ou le... l'avis du patient, avant. Souvent les gens ils présentent une détresse respiratoire, ou ils sont hypercapniques, ou ils sont en arrêt cardiaque, nous on connaît pas le terrain, on connaît pas les antécédents, les comorbidités et surtout le niveau de dépendance antérieur. Et... jusqu'à preuve du contraire moi j'essaie d'aller dans un... maximum de tout pour tout le monde, sauf si... les antécédents euh, bah prouvent que c'est déraisonnable d'aller jusqu'à là. Et souvent on n'a pas euh, le ressenti du patient, la famille est pas joignable, le médecin généraliste ou coordonnateur de l'EHPAD est pas joignable... Euh, les directives anticipées c'est une chose mais encore une fois elles s'appliquent en fonction de la pathologie et c'est pas parce que quelqu'un a des directives anticipées de non réanimation, que si il fait une fausse route euh... et qu'il fait un arrêt respiratoire je vais pas essayer d'enlever le corps étranger et de l'intuber. Euh voilà. Donc c'est vraiment du au cas par cas et ce qui me met vraiment dans la difficulté c'est de connaître le terrain... euh du patient ses comorbidités et son niveau de dépendance... avant. Voilà.

Et après l'accès difficile au dossier médical euh... En EHPAD je trouve que ça va, parce qu'on arrive facilement à avoir un GIR... les antécédents. A domicile c'est très compliqué parce que les gens ils... ils connaissent jamais vraiment le... le nom de leur maladie, ils savent pas souvent s'ils sont en curatif ou en palliatif... Euh, les médicaments, pff, on les a souvent mais pas sur ordonnance juste les boîtes euh, un peu éparpillées. Et donc du domicile euh, difficile de connaître le terrain. En EHPAD ça va. Voilà.

### **3.Prise en charge du patient**

Q7.La prise en charge a-t-elle nécessité un transport intra-hospitalier? Dans ce cas, le transport a-t'il été médicalisé? Pour quelles raisons?

Euh non, donc là on a décidé de faire un laisser sur place pour le confort du patient, si jamais j'avais médicalisé, enfin transporté ce patient, oui évidemment que je l'aurais médicalisé, parce que j'estime qu'on médicalise pas que les gens qui sont instables qu'on veut améliorer, il faut aussi médicaliser les gens instables qui pourraient se dégrader où même on décide de rien faire, parce que rien que pour le confort du patient, si ya besoin qu'il soit sédaté pendant le transport parce que d'un coup il commence à... à suffoquer, à être algique, à être agité, euh j pense qu'il faut qu'il y ait une équipe médicale qui soit présente pour accompagner, et c'est pas aux ambulanciers de, de gérer cette difficulté. Donc même si on n'est pas sur une démarche réanimatoire, euhm, ce genre de patient doivent être médicalisés pour leur confort. Voilà.

Q8.Avez-vous déterminé un niveau de soins? Si oui, pourriez-vous préciser les modalités de prise en charge en résultant?

Donc on a fait une limitation niveau 3, avec un protocole qui est clairement rédigé, établi, qui a été imprimé en Médicale B... où on dit jusqu'à quel stade on va, sur quelles situations, et donc voilà.

Q9. Avez-vous prescrit vous-même des soins de confort? Si oui, pourriez-vous en décrire les modalités et les objectifs?

Non, on n'a pas fait mais parce que ya un protocole qui est établi, que le médecin senior était sur place, que elle a l'habitude aussi de gérer des fins de vie, euh, que chez eux les prescriptions ben c'est sur Dx Care et que ben... Voilà. J'ai été plutôt conseiller technique, je leur ai dit euh, ce qu'on pouvait faire en termes de remplissage, ce qu'on pouvait assurer, euh en termes de débit d'oxygène, que potentiellement on pouvait mettre des amines, avec quelle dilution, et jusqu'à quelles doses aller, mais euh, j'ai pas prescrit des choses.

Et j'ai toujours euh... enfin à la fin j'avais dit au médecin senior que s'ils avaient la moindre question qu'à tout moment ils pouvaient nous rappeler si c'était compliqué pour eux à gérer parce que ben... on sait bien qu'ils sont pas assez... d'infirmiers, et que ce genre de soins prennent du temps.

Q10. Quelles seraient vos suggestions pour une meilleure prise en charge de la fin de vie en médecine d'urgence pré-hospitalière?

Alors effectivement... En EHPAD ça serait de diffuser plus largement cette recommandation d'avoir des directives anticipées. A... à évaluer régulièrement hein parce que c'est pas juste à l'entrée en EHPAD euh les choses peuvent évoluer. Les gens peuvent s'améliorer, les gens peuvent aussi se dégrader, et puis je pense qu'il faut régulièrement faire le point avec les patients, qui doivent être au fait euh de l'évolution de leur maladie chronique... et ça je pense que c'est au médecin coordonnateur, au médecin traitant de jouer ce rôle, d'information aussi aux familles, qu'elles soient au clair que quand potentiellement on les appelle ben, on va leur poser des questions, savoir que la décision ultime ne repose pas sur leurs épaules. C'est juste un avis consultatif. Le médecin... Que la décision sera prise par le médecin sur place, mais

qu'on aime bien quand-même savoir comment les gens se positionnent par rapport à telle ou telle situation.

A domicile c'est beaucoup plus compliqué et j pense que c'est impossible d'avoir des directives anticipées pour tous les français... (sourit) Euhm... Si déjà les gens ils avaient leur dossier médical à domicile juste imprimé, ou avoir une liste des médicaments qu'ils prennent... euh ,ce serait vraiment bien. Alors euh... avoir ça sur la carte vitale pourquoi pas, on n'a pas, nous de lecteur de carte vitale, alors ya différents dispositifs hein qui ont été introduits comme Sicu, je sais pas si tu connais, c'est un porte-clé euh où les gens rentrent dedans leurs informations et nous on a ce lecteur Sicu qu'on a dans tous les véhicules, on met le porte-clé sur le lecteur et puis on a l'ensemble des... des antécédents. Ce qui impose quand-même que les antécédents doivent être mis à jour, que les gens aient ce porte-clé, et que nous on pense à y regarder. Donc de gros biais qui fait que bah c'est pas j pense la solution la plus adaptée.

Euhm... Autre solution... C'est juste d'en parler, faire des campagnes, j pense d'information au grand public. Comme yen a sur euh, sur la sécurité routière, sur la sécurité à nouvel an euh... peut-être euh... (pause) Enlever un peu ce caractère sacré de la vie et de la mort pour que les gens ils soient un peu plus euh... au fait des décisions potentielles de leur entourage, que ce soit plus un sujet tabou, et... que ce soit un peu plus vulgarisé. Popularisé entre guillemets. Voilà.

## **Entretien 2**

Je vois ce médecin au moment de sa pause, à 16h un jour où il est posté à l'UHCD.

Il me propose de boire un thé, j'accepte.

### **Description de la population**

Quel âge avez-vous ?

Trente-huit ans. (met de l'eau à chauffer dans la bouilloire)

Quel est votre statut au sein de l'hôpital (Assistant (spécialiste), Praticien hospitalier contractuel, Praticien Hospitalier, Professeur)

Praticien hospitalier aux urgences de (...), à mi-temps dans le service d'accueil des urgences et à mi-temps sur l'unité médico judiciaire.

Quel est votre quotité de travail au SAMU ?

Au SAMU, euh... On va dire que sur les 50% je dois faire à peu près en moyenne.... (pause)

10% au SAMU, 15% à la régulation et 35% aux urgences

Depuis combien d'années exercez-vous la médecine d'urgence pré hospitalière ?

En tant que senior seul, ça fait dix ans. Ouais, onze ans.

(prépare du thé en écoutant la suite)

### **1.Situation**

Q1.Quel était le contexte de cette intervention? (circonstances)

Donc c'était en fin de garde un matin, nous étions appelés en hélicoptère pour dyspnée, coma à domicile. Et jsuis arrivé sur place, il strouvait déjà qu'c'était la maman... d'une de nos hmm.. premanancières donc euh, qui décroche le téléphone, qui travaillait pas ce jour là mais qui était sur place à domicile dans un village un peu retiré. Cette dame était en fin de vie connue, on savait que... elle était euh... qu'elle avait déjà un lit médicalisé, que euh... elle n'... elle avait un avenir qui était assez réduit, on savait qu'elle arrivait en fin de course. Et euhm... quand jsuis

arrivé sur place la dame était comateuse, en train d'être massée et ventilée au... au BAVU par les... par les pompiers... dans le contexte de médicalisation à domicile.

Q2.Comment avez-vous pris en charge cette situation?

Donc euhm... Connaissant déjà l'histoire familiale, le contexte familial où y avait un médecin traitant présent, il y avait des personnes qui connaissaient un peu la médecine qui étaient sur place et les pompiers, jsuis allé euh, jleur ai demandé déjà qu'ils arrêtent les manoeuvres invasives ou que moi jtrouvais être perturbantes pour euh, pour la patiente parce que se faire masser et ventiler au BAVU jtrouve ça extrêmement agressif, jleur ai demandé qu'ils la laissent un petit peu tranquille, au moins qu'ils mettent un masque à 100%, qu'ils l'installent bien, qu'ils la mettent en demi-assise dans le lit. Jsuis allé m'isoler avec la permanencière, avec le reste de sa famille aussi donc euh, le mari de cette dame, le frère de la permanencière, et je leur ai dit que euh, elle arrivait sans doute au bout de la course, chose que m'avait aussi dit [prénom de la permanencière] quand jsuis arrivé euh, sur place.

Et euh du coup on a... j'ai proposé qu'on mette en... place des soins de confort, qu'on la trimballe pas aux urgences, parce que, ce serait aussi maltraitant de mla trimballer jusque là-bas... Et euh, du coup j'ai demandé à mon infirmière de mettre une perfusion, dans la perfusion on a mis un 500 de phy avec 50 mg d'Hypnovel, et on lui a préparé une seringue de morphine avec euh 1 milligramme par millilitres. On a continué à bien installer la ptite dame qui était comateuse, euh qui euh... avait un tirage quand-même une euh, ya eu des mouvements s... euh, respiratoires du coup j'ai euh commencé à injecter de la morphine, d'emblée mis deux milligrammes, ce qui l'a apaisée assez rapidement.

Et euh j'ai... bien demandé l'accord à la famille si ils étaient d'accord qu'elle meure bien à la maison. Ils étaient d'accord, du coup on leur a montré comment injecter la morphine et expliqué comment ça devait être euh, être fait, et on l'a, on l'a laissée sur place avec la bouteille d'oxygène

de l'hélico où... on savait que [surnom affectueux de la permanencière] allait nous la rapporter plus tard parce qu'on lui avait demandé.

Voilà c'est pas plus compliqué que ça, c'était pas la première fois que je le faisais et jtrouve ça plus adapté parce que tu avais les personnes qui étaient sur place qui pouvaient te permettre de le faire. Et euh... Elle était juste un peu paniquée parce qu'elle s'est dit c'est ma maman, est-ce que j'fais de l'euthanasie, et puis euh, contrairement aux autres fois là pour une fois c'était pas non plus une paramédicale ou une médicale vraie. C'était une permanencière. Donc elle est pas dans le soin, elle ne sait pas tourner un robinet, elle savait pas faire ça donc elle nous a juste rappelés une fois qu'on s'était posés en hélico pour qu'on lui réexplique comment injecter la morphine et puis j'ai surtout... essayé de la déculpabiliser en lui disant que c'était pas parce qu'elle lui injectait de la morphine qu'elle tuait sa maman, simplement elle l'aidait à partir, et à onze heures elle m'a appelé pour me remercier et me dire que sa maman venait de décéder. Voilà, c'était ma dernière expérience. C'était il y a... trois semaines, un mois.

## **2.Décision de LATA**

### Q3.Pour quelles raisons avez-vous pris la décision de LATA dans ce cas précis?

(me donne un chocolat, en mange un) Parce qu'il y avait plus d'indication de soins actifs, pour moi on était dans une... déjà dans... des soins palliatifs, qui étaient partiellement organisés à domicile, euhm, que euhm, la rép... (pause) Il faut savoir dire aux gens au bout d'un moment que de toutes façons on n'a pas la possibilité de leur proposer euhm, plus, mais que, si on a leur accord pour maintenir tant que possible les gens à domicile pour qu'ils meurent dans des conditions dignes à la maison, que ce soit bien organisé, ben je fais tout pour les maintenir à domicile, que ce soit à la régulation ou ailleurs.

Là pour moi c'était le cadre idéal parce qu'elle avait déjà un lit médicalisé, parce qu'elle était déjà bien entourée, que on pouvait rajouter simplement des ptites chose simples qu'on lui

apportait parce qu'on était venus avec une équipe médicale sur place, ce que le médecin traitant ne peut pas toujours faire, une équipe médicale SMUR, et euhm... que de toute façon c'était pas ce jour-là que j'allais la sauver.

Mais simplement, pour moi c'est autant mon rôle de médecin de l'accompagner, et de le... lui apporter euhm... ces soins loua – ces soins-là pardon, qui sont des soins de confort, et des soins euhm, tout autant euhm, importants et à privilégier pour les patients et qui sont réalisables à domicile tout simplement si on les... si on les prépare. Et là pour moi l'indic... elle rentrait dans les critères parce qu'yavait des personnes présentes, parce qu'yavait une famille qui était adhérente, parce qu'elle était arrivée... à son bout de course. Ca aurait ptetre pu durer deux trois jours mais dans ce cas là on aurait pu renforcer, ou, on s'était aussi épaulés sur le médecin traitant qui est passé après nous, une heure – une heure et demie après pour être là, et euh, en même temps j'avais fait euh, mon travail. Ca fait partie de mon job... mais en même temps, elle rentrait dans les critères ... Jsais pas si j'ai bien répondu à ta question.

Et je trouve aussi, ça on peut rajouter, je trouve maltraitant de trimballer à l'hôpital des gens quand c'est pas nécessaire, c'est tout aussi maltraitant et tout aussi euh, cruel de faire ça que de... que de les maintenir à domicile. Mais c'est mon point de vue, qui n'est pas partagé par tout le monde...

Q4. Avez-vous sollicité un autre avis (patient (lui-même ou via directives anticipées), médecin régulateur, personne de confiance, famille, médecin traitant...)? Quels éléments ont contribué à la décision de LATA?

Alors, médical euh... j'avais l'accord de la famille, le médecin était aussi adhérent parce que il la connaissait et que c'était un médecin traitant de campagne et qu'il euh, du coup il savait comment il pouvait faire, et puis euh, on a avait euhm, on... yavait aussi un infirmier de médecine interne qui était dans l'équipe des pompiers volontaires sur place, et qui a trouvé que

c'était une démarche de soins qui était euh, en accord avec euh, les souhaits qu'avaient déjà exprimés la m... la maman, c'est à dire de mourir à domicile. Finalement c'est ça aussi, c'est respecter la demande initiale du patient, ils veulent pas tous mourir à l'hôpital, alors parfois la famille veulent qu'il meure à l'hôpital parce que eux ils ont peur de la mort à domicile mais yen a d'autres aussi qui veulent qu'ils meurent chez eux dans leur lit, ils sont mieux à mourir chez eux dans leur lit. (nous sert le thé) Finalement on avait une adhésion des soignants qui était présents là, on avait l'adhésion à distance du médecin et l'adhésion de la famille.

Ya encore des feuilles mais sinon ça devrait être bon. Te brûle pas il est quand-même chaud. (parle du thé qu'il m'a servi)

...Tout le monde était dans le même état d'esprit.

Q5. Il existe une loi la loi au sujet de la LATA, la loi Léonetti, que pouvez-vous m'en dire?

La loi Léonetti a déjà bien évolué. Ça a permis de mettre en place quand-même... modifier les mentalités, de déculpabiliser les gens, de se dire que la mort n'est pas une finalité et un échec mais simplement de les déculpabilier. Je trouve que contrairement à ce que pouvait faire penser le texte, tel qu'il a été écrit, euh il a renouvelé les pratiques mais dans un sens positif où les praticiens arrivent de nouveau à formuler auprès de leurs patients, en s'appuyant sur un texte de loi et en donnant des raisons objectives, qu'ils peuvent tout à fait euh se... euh... (pause) leur proposer des soins, des soins palliatifs, leur proposer de l'accompagnement en fin de vie sans que ce soit assimilé à de l'acharnement et/ou à de l'euthanasie.

Le problème c'est que ya d'autres législations dans nos pays voisins notamment la Belgique la Suisse, où ya la possibilité qui est laissée au patient de mourir quand il le souhaite. En France, c'est tabou parce que c'est un tabou social, un tabou euh... des pratiques médicales... (pause) mais c'est un faux tabou parce que il est parfois pratiqué. Euhm... Dans ton étude j'espère que tu as vu le film roi et reine de Mathieu Amalric, où notamment, ya une magnifique scène où

euhm... l'infirmière dit elle a poussé le euhm, les médicaments. Donc c'est qu'on le sait, on le fait, mais euh, on ne le formule pas.

Et j'trouvais que la loi n'abondait pas dans ce sens-là mais que finalement les pratiques sont quand-même allées vers non pas une euthanasie active mais vers euh, une acceptation de soins d'accompagnement et de confort qui doivent être plus importants, on ne doit plus hésiter à mettre des doses importantes de drogues, à euhm... favoriser l'endormissement, à éviter la souffrance des gens, mais... dans le bon sens. Et du coup j'trouve que... J'pensais que j'trouvais que ça avançait pas assez et qu'on allait pas vers l'euthanasie active mais c'est pas plus mal. A l'inverse de l'euthanasie active, jsais pas si tu as vu le téléfilm avec Jeanne Balibar, faut que tu le regardes, jsais plus comment il s'appelle, faudra que tu trouves les références, donc elle elle choisit, elle apprend qu'elle a un cancer du poumon incurable et elle choisit d'aller en suisse pour, euh, pour mourir, et pour prendre les drogues létales. Et elle en fait revenir tous les gens qu'elle a aimés et autour d'elle pour qu'ils l'accompagnent le jour où elle veut mourir, elle doit prendre les médicaments. Et finalement, au moment où elle meurt, où elle a pris les médicaments elle peut plus revenir en arrière, elle regrette son geste parce qu'elle se dit "est-ce que j'aurais pu encore en profiter un peu?"

Donc c'est bien parce que ça remet en jeu évidemment la question de se dire "est-ce que c'est le bon moment, oui ou non"? Et finalement en laissant un flou dans la législation française, ça permet d'avoir... si jamais, de pouvoir revenir en arrière si on veut, ou euh simplement d'être malgré tout vigilant et ptetre plus attentiste et ... et... moins radical. Ptetre que c'est trop radical de se dire maintenant on l'euthanasie, on a le droit de mourir ce jour-là, on le choisit on organise. Tout ç c'est protocolisé. Donc là ya les invasions barbares de denis arcan j'pense que tu as vu, où là effectivement c'est son choix: il le demande, il le fait, et c'est organisé, il le fait. Balibar c'est marrant parce qu'elle l'exprime vraiment son regret juste au moment où elle va mourir. Même si elle avait préparé sa mort jme suis dit.. pourquoi pas.

Là, les pratiques médicales prouvent que on peut y arriver et que ya une modification positive des lois. Mais euh... on va voir. Pour le moment j pense que ça a plutôt été assez positif. C'est mon opinion.

Q6. En général, quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour prendre une décision de LATA en médecine d'urgence pré-hospitalière?

Moi j'en ai jamais. Personnellement. Que moi j pose l'indication de limitation de soins, j'en discute toujours avec les collègues pour qu'on ait quand même une décision collégiale évidemment quand c'est des transmissions, quand en pleine nuit, quand on est les seuls médecins. Parce que ça c'est le respect des textes de loi on va pas s'brûler. Euhm... Ca c'est extrêmement important.

Mais euhmm par contre je peux passer derrière des collègues qui eux vont être dans le refus ou dans la crainte de mettre en place les thérapeutiques ou qui sont trop légers. Qui vont mettre du zéro virgule trois milligrammes de morphine, qui vont... Non. J pense qu'il faut être efficace ou il ne faut pas l'être, et c'est là où ptetre j me heurter à des difficultés c'est que je peux passer derrière des gens ou des gens passent après moi qui vont être un peu dans la crainte parce que... ils assimilent la mort à un échec. Or pour moi la mort n'est pas un échec, la mort c'est l'aboutissement de la vie, c'est l'évolution de la vie. Et euhm... Pour moi c'est pas un échec que la personne meure, surtout si on l'a bien accompagnée, que la famille est heureuse et que c'est, c'est... Le premier point c'est ça c'est que finalement une euh... soit une méconnaissance des bonnes pratiques, soit c'est une crainte d'être confronté à l'échec parce qu'on assimile la mort à un... un échec thérapeutique, ou bien euh... Le... euh...

Les familles ne sont pas prêtes à voir leur personne mourir dans ce cas il faut prendre le temps de leur expliquer que ce que l'on fait c'est pas, que il faut pas d'obstination déraisonnable. Il faut pas d'acharnement thérapeutique, il faut epliquer les mots, faut leur expliquer chaque mot,

expliquer les décisions faut leur expliquer le but des médicaments, et je ntrouve pas que si tu formules bien les choses, euh tu euh... tu obtiens un frein familial, si elles ont bien été expliquées les gens adhèrent.

La loi a fait aussi quand-même évoluer les choses parce que ya la mise en place des personnes de confiance, ya les euh, les contrats, ya les... pas les contrats obsèques (sourit), les euhm... choix thérapeutiques qui doivent être exprimés dans les dossiers, et alors là par contre c'est une catastrophe parce que même dans les EHPAD, bah nulle part c'est marqué réanimer pas réanimer, ou qu'est-ce que souhaite la patiente et moi c'est la première question que je vais poser en SMUR en préhospitalier, ou au téléphone quand jsuis à la régulation, c'est mais qu'est-ce que souhaite la personne, qu'est-ce que souhaite le patient? Et où je vais favoriser un maintien en EHPAD ou autre chose. Et là c'est là où t'es face à des soignants ou des médecins qui sont pas prêts non plus, on revient notamment sur la notion d'échec, d'être se mis face au fait que ils vont avoir le patient... L'autre fois, quatre vingt seize ans, en EHPAD on me dit "c'est pas vous qui aurez le procès" jdis mais il a quatre vingt seize ans madame c'est normal qu'il meure...

Donc voilà les... Ouais ce que je trouvais être le plus...

On a vraiment l'option famille ou crainte des médecins. Mais pour moi personnellement ça n'en a jamais été une, parce que j'argumente, je propose, j'explique. Et quand tu prends le temps, chose qu'on n'a pas aux urgences (sourit), de le faire correctement les gens adhèrent à ta proposition thérapeutique si elle est bien amenée. Donc prendre le temps de le faire et surtout je le disais tout à l'heure, dé-cul-pa-biliser. C'est pas de l'euthanasie ce qu'on fait, on accompagne. On les accompagne en conscience, en douceur, et euh, simplement qu'ils soient apaisés, soulagés. C'est tout ce qu'on fait. Ca faut l'expliquer aussi. Si on ne l'explique pas les gens l'assimilent mal.

### 3.Prise en charge du patient

Q7.La prise en charge a-t'elle nécessité un transport intra-hospitalier? Dans ce cas, le transport a-t'il été médicalisé? Pour quelles raisons?

Alors ce... Pour cette dame, le dernier cas non, ya pas eu de transport on l'a laissée sur place on a organisé la médicalisation à la maison. Les rares f... les plusieurs fois où je l'ai fait en SMUR c'était chaque fois parce que effectivement j'avais un membre de la famille qui était dabns le médical, dans le paramédical ou assimilé ou à qui j'ai pu lui confier une seringue de morphine en confiance, à qui j'ai pu lui expliquer comment fonctionnait une perfusion ou qui savait le faire ou qui savait le gérer, c'est, j'ai aussi fait en EHPAD, soit avec des soignant à qui j'ai fait des prescriptions parce qu'il y avait une infirmière sur place soit notamment une fois c'était euh la fille de la patiente elle-même qui était ancienne directrice d'EHPAD et infirmière, euhm, j'ai eu une fois c'était une infirmière à domicile euh c'était la fille du patient qui était à domicile, donc on peut le faire.Ca m'est arrivé aussi de le faire au téléphone, pour des collègues des étages, notamment l'autre matin c'était la collègue d'hémato yavait un de ses patients qui euh, arrivait en bout de course mais elle l'a ré... elle... pouvait pas le manager à distance parce qu'elle était pas là du coup j'ai organisé les oins pall, avec le euh, bonne euhm coordination du patient. Quand ça m'arrive à l'hôpital bah j'essaie première chose d'isoler le patient, qu'il soit seul, soit seul dans un box, seul dans une chambre ici (à l'UHCD) une chambre à deux c'est quand-même difficile, ça m'est arrivé mais jtrouve ça un peu limite.

Deuxième chose, que la famille puisse avoir accès libre et être présente et être prévenue et qu'elle comprenne ce qui se passe parce que c'est là où on évite justement ce problème de communication. Ca c'est indispensable, et il faut euh, pour moi c'est... cette notion d'isolement permet justement aussi le respect, et l'accompagnement. Et avoir une équipe soignante qui comprend ce qu'on fait, jusqu'où et qui voit que... que tu fais du soin de confort et d'accompagnement.

Le transport, c'est à dire, oui on peut transporter mais jdirais ce qui compte c'est isoler, isoler dans un environnement serein, agréable, calme, qui peut s'organiser très bien dans notre bordel euh quotidien aux urgences tant qu'on le, qu'on le fait parce que on va créer cet espace de... de douceur et de respect.

Q8. Avez-vous déterminé un niveau de soins? Si oui, pourriez-vous préciser les modalités de prise en charge en résultant?

Pour cette dame là, le niveau de soins était su, de toute façon on savait qu'elle était euh... elle gaspait, que c'était, euh, c'était la fin donc là ça a été euh... des soins de confort, à base de morphine, de mid... d'hypnotiques, et euh en sachant qu'elle euh, ça allait euh arriver sur un arrêt respiratoire quoi, qui plus est sur sur le décès.

Mais il est, la famille est dans la, était tout a fait au clair elle avait compris que ça allait... que sa mère allait pouvoir être avec elle au moment où ça se passait, en respectant ses dernier voeux.

Est-ce que ça t'arrive de déterminer un niveau de soins?

Bah ça dépend du patient , ça dépend de ce que me demande la famille, mais si j pense qu'on arrive à un bout de course je vais toujours rester dans une limitation thérapeutique. Ne m'axer que sur le confort et et vraiment l'expliquer là dessus (son DECT sonne, conversation de 2 minutes)

Q9. Avez-vous prescrit vous-même des soins de confort? Si oui, pourriez-vous en décrire les modalités et les objectifs?

Donc c'était morphine IV et hypnovel dans la perf pour que justement yait une diffusion en continu, c'est ce que j'avais appris de ma collègue de soins palliatifs quand j'étais à (...) jtrouve que c'est une bonne méthode , après on peut aussi mettre le ... l'hypnovel au pousse seringue, mais on est déjà un peu plus costauds. Ca va dépendre de la manière dont la patiente est. Elle elle était déjà bien comateuse, mais elle gaspait quand-même, donc j'essaie d'adapter les doses.

Et je n'hésite pas à grimper après les doses, notamment si c'est à l'hôpital je vais mettre de la morphine en iv, au pousse seringue et je vais tout de suite aller à trois quatre milligrammes heure, accompagné éventuellement de la même dose de morphine sauf si elle est dans ma perf, euh, d'hypnovel, si elle est dans ma perf du coup j'essaie qu'elle ait quand même un apport suffisant d'hypnovel qui correspond à si elle était au pousse seringue.

Je vais l'adapter en fonction de l'état de dyspnée, en fonction de l'état de conscience de la patiente, et surtout qu'elle apparaisse pour son entourage apaisée, sereine et... (pause) Je vais pas dire heureuse, mais euh ouais apaisée.

Q10. Quelles seraient vos suggestions pour une meilleure prise en charge de la fin de vie en médecine d'urgence pré-hospitalière?

Jpense qu'il faut dé-cul-pa-biliser. Jpense que le problème c'est qu'on peut tout à fait faire du soin palliatif en préhospitalier je vois pas le problème... je défends cette théorie-là - jpense qu'on est pas beaucoup - qu'il faut arrêter de surhospitaliser tout le monde. Le problème c'est qu'il faut avoir un répondant sur place qui est un frein limitant énorme.

Deuxième chose il ne faut pas que ces gestes de soins palliatifs qui sont... peuvent tout à fait se faire par un médecin SMUR, se fassent au détriment d'autres urgences vitales. Et le problème qui nous est déjà arrivé ici à (...) c'est que ya certaines équipes qui étaient en train de gérer ces fins de vie, qui sont en soi une urgence humaine tout aussi importante que le reste et quand l'hôpital du SMUR se déplace à la maison c'est bon, mais si ça doit par contre... malheureusement, ce n'est pas pour moi une priorité vitale par rapport à une urgence vitale vraie pour réanimer quelqu'un de jeune s'il a fait un arrêt cardiaque, et c'est... il faut simplement pouvoir le faire dans un contexte où ton management et la manière dont tes équipes sont réparties soit favorable pour le patient et que ce ne soit pas délétère... même si c'est tout aussi important humainement et médicalement de pouvoir faire correctement bref, ne pas faire ce

que j'ai dit avant, mettre les soins palliatifs en place... au détriment d'autres patients qui pourraient eux bénéficier d'une thérapeutique active et une réanimation. Voilà.

### **Entretien 3**

#### **Description de la population**

Quel âge avez-vous ?

Trente-cinq ans

Quel est votre statut au sein de l'hôpital ?

Jsuis PH euh... en statut probatoire.

Quelle est votre quotité de travail au SAMU ?

100%. Enfin non, 1/3 un peu plus d'1/3, mais 100% sur le service en tout cas.

Depuis combien d'années exercez-vous la médecine d'urgence pré-hospitalière ?

Jsuis arrivé en deux mille... douze.

#### **1.Situation**

Q1.Quelles étaient les circonstances de cette intervention ?

Donc c'était une nuit en SMUR, j'étais appelé dans une maison de retraite en renfort euh d'une ISP, pour un patient de quatre vingt douze ans, euh qui, à la base le motif d'appel c'était dyspnée euh, dyspnée importante donc euh on s'est rendus sur place, là yavait effectivement une ISP euh qui nous avait appelés en renfort parce qu'yavait un patient euh très très dyspnéique, donc avec une saturation qui restait basse, et une agitation psychomotrice due à l'hypoxie probablement, importante, et marbré des pieds à la tête. Donc un patient qui vivait en maison de retraite, qui avait encore son... qui déambulait encore, qui était pour quatre-vingt-douze ans encore quand-même en bon état général, mais euh bon, voilà. C'était, quand on est arrivés il

était quand-même euh... vraiment, pas bien quoi.

Q2. Quelle a été votre prise en charge ?

Du coup bah, on est arrivés euh... Jsais même plus ce qu'il y avait dans ses antécédents... (regarde le dossier) Donc tu vois cardiopathie ischémique, euh, y pas de grands antécédents non plus y avait surtout l'âge, et l'état clinique quand on est arrivés. Avec la désaturation, les marbrures, l'agitation, le fait que du coup il était quasiment impossible à ventiler, euh... En arrivant sur place jme suis dit euh, j'ai regardé le monsieur, j'ai vu qu'ça allait... Vite mal se passer, et euh, donc jme suis retrouvé face à un choix, est-ce que... est-ce que il faut laisser partir ce monsieur qui est, avec euh, qui est en train de... mourir en gros, et de s'étouffer, ou est-ce qu'on essaye un... quelque chose. Euhm...

Moi j'ai pris du coup la décision de euh... un peu une décision mitoyenne jme suis dit... on s'laisse... on va poser une VNI – c'était un OAP hein, cliniquement, on pose la VNI, on regarde si on arrive à... contrôler la situation avec la VNI et à contrôler l'agitation et à voir ce que ça donne, si on... si on arrive à améliorer les paramètres, si on sent que la VNI ça sert à rien ou c'est encore pire, on arrête la VNI et on laisse le monsieur partir.

J'en ai parlé avec euh du coup les intervenants sur place, avec l'ISP déjà là un petit peu avant, et puis avec la... l'infirmière ou l'AS qui était sur place je sais plus, pour faire un ptit peu un tour du dossier et puis euh, et puis voir si voilà, y avait pas de grosse objection de l'équipe soignante. Euh, donc on a posé cette VNI, on a mis aussi un ptit peu de morphine, pour euh, pour essayer de bah déjà le calmer le calmer et puis diminuer sa fréquence respiratoire. Petit à petit bah finalement il s'est... la VNI s'est assez bien passée, même si il restait un peu agité il arrachait pas le masque, il était euh, il s'est un peu calmé et puis euh c'est surtout vu qu'il tirait pas sur le matériel il était toujours un ptit peu agité mais y avait pas trop de fuites ça marchait, la VNI marchait pas trop mal, et on a vu les paramètres plutôt s'améliorer, les marbrures

diminuer, la situation se stabiliser, aller plutôt vers le... le bon versant, on va dire qu'on était vraiment sur l'arête entre le... bah, le décès et l'amélioration donc on l'a laissé un peu de temps au lit, sans bouger. Et puis quand moi j'ai vu que ça s'améliorait, j'ai décidé de bon... on était quand-même assez loin on était à... jsais pas on avait bien... 25-30 minutes de route j pense, donc euh, j'ai quand-même attendu de voir si il fallait le déplacer ou pas et quand j'ai décidé de le déplacer après on a rajouté du Risordan euh, vu que... on a pu faire un ECG on a pu compléter un petit peu, et puis on a juste mis du Risordan et puis voilà. Risordan jsuis pas sûr. Nan lui nan ya ptetre pas eu de Risordan, jme souviens plus si c'était lui ou pas... non j pense pas que les tensions le permettaient...(regarde le dossier) nan jconfonds avec un autre monsieur lui il a pas eu de risordan lui il a eu de la morphine et du Lasilix 100mg. Déjà en complément de ce que l'ISP avait mis, jcrois qu'on était à 120 au total ou 140, et euh 4mg de morphine... Voilà. Après j'ai amené au déhoc.

## **2.Décision de LATA**

### Q3.Pour quelles raisons avez-vous décidé une LATA dans ce cas précis ?

Bah du coup là, justement, c'est pas un dossier classique, la limitation de soins elle s'est posée sur euh, jfais de la VNI et j'irai pas plus loin.

Ca veut dire euh jvais pas l'intuber. Alors effectivement un patient de 92 ans bon ça pouvait ne pas être euh, aussi évident de pas l'intuber quoi. Yavait quand-même l'âge, le fait qu'il soit en maison de retraite, euh, quelques antécédents, et puis bon quand on... parce qu'après c'est pas très raisonnable on sait comment ces patients ils évoluent en général même si c'est sur euh, sur des OAP là j pense que si on l'avait essayé de l'int... C'était, c'était risqué de... à mon avis de l'intuber ça aurait été assez euh... assez compliqué parce qu'il était très agité, il... c'est, il était hypotendu... c'était un peu, un peu dangereux j pense et euh, et bon c'était quand-même un monsieur qui avait quelques troubles de... voilà 92 ans quelques troubles cognitifs...

Moi quand jsuis arrivé c'était vraiment euh un monsieur qui était au bout du bout, euh fallait prendre une décision rapide et la décision rapide c'était plus on tente la VNI et euh, et si la VNI fonctionne pas on va pas plus loin parce que patient âgé et... et quelques antécédents quoi.

Q4. Avez-vous sollicité un autre avis (patient (lui-même ou via directives anticipées), médecin régulateur, personne de confiance, famille, médecin traitant...)? Quels éléments ont contribué à la décision de LATA?

Non, alors j'avais pas de médecin, enfin j'avais le médecin du, de régul mais bon de toute façon le médecin de régul c'est... faut vraiment avoir le temps de lui parler, là on était quand-même en nuit profonde en plus, donc j'avais pas d'autre médecin de garde au téléphone, euh la famille je sais plus si y'avait de la famille, et euh, j'en ai discuté avec les personnes sur place. J'en ai discuté avec l'ISP bon qui connaissait pas beaucoup mieux, mais avec la soignante pour un petit peu voir si elle ça la choquait ou pas, pas d'avoir forcément un assentiment mais au moins voir son ressenti. C'est comme ça que j'ai fait.

Quels éléments ont contribué à la mise en place de LATA ?

Bah... J'ai plutôt pris la décision seul j'pense mais en m'appuyant... enfin quand-même en vérifiant que les personnes autour étaient pas choquées quoi. Pour eux c'était quand-même logique dans la prise en charge ce que je proposais. Et j'ai vu avec mon infirmière aussi hein, ça j'en ai pas parlé, mais j'avais mon infirmière, donc l'ISP qui était sur place, plus la personne soignante de la maison de retraite.

Q5. Que pouvez-vous me dire de la loi Léonetti ?

Après moi j'ai fait un stage en tant qu'externe en soins palliatifs, en tant qu'interne aussi après en soins palliatifs donc la loi Léonetti j'en ai entendu parler quand-même plusieurs fois, après

en pratique euh... j'avoue que normalement c'est un avis collégial avec plusieurs praticiens, dans la pratique on... enfin...en pré-hospitalier c'est compliqué (pause) On a rarement un autre référent, après le, le médecin régulateur est pas sur place pour lui c'est compliqué de décider, il voit quand-même pas le patient, donc c'est un peu compliqué de discuter de ça avec le médecin régulateur, j pense c'est pas tout à fait honnête quoi on va dire.

Un vrai intervenant... après les médecins généralistes souvent on peut les appeler au téléphone... on a un peu plus le temps quand on est à l'hôpital. Où là des fois on a le temps d'appeler le médecin généraliste, qui est pas toujours aidant, ou les spécialistes non plus... et les réanimateurs... moi j'avoue que je les sollicite pas beaucoup parce qu'ils viennent vraiment pas de bon cœur, euh, parce que bah faut les comprendre ils ont beaucoup de travail et ils sont pas là juste pour mettre aussi des arrêts de thérapeutiques. Jtrouve que on arrive en étant raisonnable et assez euh réfléchissants, assez justes... Là j'avoue c'était pas du tout dans les clous.

Après de temps en temps bah je demande à des collègues du service. De temps en temps, quand jvois qu'il y a des collègues, parce qu'il y a des collègues qui me sollicitent des fois pour une limitation thérapeutique.

Après limitation thérapeutique... L'erreur c'est qu'y'en a qui confondent ça, entre limitation thérapeutique et fin de vie aussi. C'est bien quand-même deux entités différentes, quelqu'un qui va mourir... Ca reste une limitation thérapeutique si on veut, mais c'est pas parce que quelqu'un a fait une limitation thérapeutique que c'est forcément une fin de vie, j'ai eu le cas hier, c'est pas parce qu'on décide de pas intuber les gens qu'il faut pas dire bah on va jusqu'à tel point... En réa on en faisait pas mal des limitations thérapeutiques mais ça peut être dit on va jusqu'à tel pallier de noradré mais on va pas au dessus, ça c'est pas toujours bien compris, aux urgences en tout cas.

C'est vrai que nous on est amenés à prendre des décisions un peu de façon isolée, en en parle

quand-même avec la famille mais de toute façon c'est pas la famille qui a le dernier mot ça reste une décision médicale. Ça j pense que c'est un peu... Les médecins ils ont un peu changé ça genre ils mettent... ils donnent le choix à la famille alors qu'en fait ça reste une consultation de la famille et un choix médical. J trouve que bon si on s'débrouille euh... on arrive à s'débrouiller à peu près correctement. Après c'est vrai qu'on est pas... Au niveau de la loi Léonetti on est pas trop dans les clous.

Le préhospitalier c'est vraiment particulier. Parce que t'as pas le temps, il faut, parfois choisir vite surtout sur des réanimations des choses comme ça, euh, faut aller vite... On s'appuie sur la famille surtout, sur les informations qu'on arrive à récupérer. Après la loi Léonetti est pas adaptée au pré-hospitalier mais même à l'hôpital, j pense qu'aux urgences on est jamais, quasiment jamais dans les clous ! Cest euh... On a pas toujours le temps d'y être quand les gens ils sont... Ça j pense qu'on est quand-même euh, on appelle bien les familles, on les accompagne, et c'est pas non plus fait euh, à l'arrache on va dire. On essaye de trouver un juste milieu.

Q6. En général, quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour prendre une décision de LATA en médecine d'urgence pré-hospitalière ?

En pré-hospitalier c'est... Des fois les patients il faut aussi... aller vite, et euh... des fois, sur les arrêts... en pré-hospitalier c'est surtout sur les arrêts cardiaques que la question elle se pose, sinon la plupart du temps on a le temps de ramener les gens, de se poser un peu la question, on fait pas de limitation de soins sinon, ou alors on met l'intubation en attente, pour les comas les choses comme ça, en attendant de prendre la décision, mais ça change pas grand chose , c'est une mise en attente on va dire de décision, c'est pas vraiment encore une limitation. Euh... Je trouve.

Après sur les arrêts cardiaques c'est euh... bah des fois soit le patient il est vraiment en mauvais état général, ou on sait qu'il y a des antécédents graves et dans ces cas-là on arrête la

réanimation rapidement ou alors on voit l'état du patient, on se dit que bon, c'est pas très favorable à une réanimation et on intube pas on va voir la famille discuter avec eux... Euh sur les patients qui sont pas si mal où on n'a pas trop d'infos tout de suite, des fois il faut intuber d'abord, et puis aller aux infos ensuite. Et puis commencer la réa médicalisée évidemment si ça a pas été fait avant. Donc c'est là où bah, on est plutôt dans l'arrêt de quelque chose qui a été mis en place plutôt que dans une limitation, enfin, c'est plutôt une désescalade donc euh, un arrêt de l'escalade quoi (sourit).

Donc c'est là où c'est plus problématique, surtout quand ces patients-là des fois, on décide d'arrêter et puis en fait le patient bah il décide de repartir... Là c'est des fois un peu plus compliqué, euh, un ptit peu plus compliqué. Mais c'est un peu à côté, c'est pas vraiment dans le cadre de la limitation.

Jpense qu'en pré-hospitalier c'est... soit le patient est vraiment grave et dans ces cas là on décide d'arrêter ou de pas commencer et voilà là ya pas trop de problèmes. Après c'est toujours sur les patients, où jtrouve c'est plus au dé choc qu'on a des problèmes ... c'est quand-même plus en hospitalier, où des fois ya des gens qui sont en train de se dégrader donc ils sont pas morts encore hein, qui sont encore au stade de la réanimation, et qui sont graves mais qui ont encore une autonomie à la maison, mais qui sont en train de se dégrader en ce moment, où on sait que la réanimation ça va... être de toute façon, soit ils vont traîner ils vont mourir, soit ils vont ressortir complètement euh... enfin, complètement dénutris voire ils sortiront jamais de l'hôpital sur leur pieds. Les espérances sont quand-même assez sombres on va dire, et ces patients-là c'est toujours un peu compliqué parce que même si c'est ceux là où on discute en général à plusieurs, mais on sdit bah ptetre que si j'avais fait...

C'est plus après psychologique quoi et, moi j'ai pris cette décision moi, en mon for intérieur, des fois avec d'autres collègues mais bon. Quand on pose une question à quelqu'un on a toujours un peu tendance à l'orienter quand-même (rit) euh... Et puis quand on pose la question à

quelqu'un il sait très bien pourquoi on pose la question, donc ça oriente aussi. Mais c'est surtout sur ces patients-là où des fois on se dit bah ptetre qu'un autre collègue aurait pas fait la même chose, ptetre que la dame elle aurait survécu encore, bon après comment elle aurait survécu. Bon c'est surtout ça le problème, les patients qui sont pas... nets. Les gens qui ont des pathologies qui viennent d'être démasquées ou des cancers ou des lymphomes ou une grosse cirrhose, et là qui décompensent tout d'un coup, mais avant ça allait bien mais bon euh, avant c'était avant ! C'était ya ptetre pas très longtemps mais c'était avant, et là ils sont en train de s'enfoncer à vitesse grand V et on s'dit bon, ou on les tire par les cheveux mais on sait très bien que ça va être très très compliqué et qu'ils risquent de mourir euh de que ça arrive, que de toute façon à la fin... Ou euh bah on s'dit bah euh de toute façon, on va laisser la nature faire son travail entre guillemets. C'est ptetre mieux aussi pour les familles que de voir leur proche des fois euh pourrir en réa pendant trois semaines pour finalement mourir, partir dans des, enfin finir en plus dans des états euh terribles. Voilà c'est plus sur les dossiers hospitaliers j'trouve. En pré-hospitalier on a souvent le temps de les ramener comme ce genre de dossier un peu pourri, et de se poser la question, réfléchir un peu, et de regarder les courriers aussi, on s'appuie aussi quand-même pas mal sur les courriers, sur toutes les infos qu'on peut avoir parce que les médecins traitants ils sont ouverts en journée mais euh à partir de 20h c'est fini, bah ce qui est normal hein, ou les weekends c'est pareil, on s'retrouve finalement assez isolé. En journée j'appelle assez facilement les spécialistes référents, pas le médecin de garde, s'ils sont suivis chez nous. Voilà.

### **3. La prise en charge**

Q7. La prise en charge a-t-elle nécessité un transport intra-hospitalier, a-t-il été médicalisé, pourquoi ?

Alors non euh, il a été amené directement au déchocage, donc bah par moi, c'était intra-

hospitalier mais c'était sur 20 mètres, et après du coup il s'est bien amélioré avec la VNI, en fait c'était une pneumopathie euh associée à une décompensation cardiaque et puis donc il est passé au lit-porte, il a pu être hospitalisé à Thann, du coup j'ai sorti la lettre de Thann aussi. Il a pu rentrer à la maison de retraite. Donc finalement ça s'est bien passé pour lui. Et euh... limitation positive. C'est pour ça que j'trouvais que le dossier était intéressant mais c'était pas une limitation de quelqu'un qui est mort à la fin, c'est on décide de pas l'intuber, c'est on lui laisse sa chance mais on va pas non plus à l'obstination déraisonnable ou des soins vraiment importants à 92 ans, on sait que... bon ça marche bien hein sur les OAP mais quelqu'un que t'intubes, âgé, si il sort dans les 2-3 jours de réa c'est possible. Sur un OAP, c'est simple. Bon là c'était un OAP infecté en plus il était déjà hypotendu donc ça collait pas trop trop, tu sais que ceux-là quand ils commencent à être infectés 92 ans euh ils se dénutrissent très vite ils s'enfoncent et ça se passera moins bien. Il faut qu'ils sortent très très vite de réa et ça c'est pas des pathologies là qui correspondaient bien quoi. Ca risquait de mal se passer. Donc là finalement, ça a fonctionné. Et c'est vrai que la VNI pour ça c'est pas mal. Pour les gens âgés, bah on se dit on va pas plus loin que la VNI mais on tente la VNI sur les OAP. Et souvent on arrive à des bons résultats, avec des gens qui rentrent à la maison. C'est assez fréquent. Enfin qu'il rentre là en maison de retraite, mais des fois c'est des gens qui rentrent à la maison, ou quand on arrive bon là on a cinq minutes donc ça marche, après cinq minutes c'est la fin quoi. C'est la fin où il faut vite changer de stratégie thérapeutique.

Q8. Avez-vous déterminé un niveau de soins ? Si oui, quels étaient les modalités de prise en charge en résultant ?

Bah pas d'intubation, pas de, pas d'amines, pas de réanimation euh, invasive on va dire, juste VNI, euh on a mis VNI et puis euh un peu de morphine pour le calmer et puis Lasilix à bonnes doses quoi, pour le soulager, puis après on a mis une antibiothérapie mais ça ça a été fait au

déchocage. Donc un traitement qui reste euh... pré-réanimatoire on va dire.

Mais j'ai pas écrit. J'ai pas écrit dans le dossier, j'ai pas dit euh décision d'une LATA, c'est je l'ai transmis à mon collègue voilà, bon après c'était (anonyme) donc il est aussi assez euh dans la même optique, de dire bon bah voilà, j'ai... le truc bon, après quand je l'ai ramené il allait mieux, donc de toute façon la question elle se posait plus non plus. C'était logique mais c'est vrai que je l'ai pas noté dans le dossier, décision de pas intuber, de pas introduire d'adré, de pas... C'est, bon. Est-ce qu'ils... Après finalement il y en a pas eu l'occasion, de toute façon j pense que s'il était décédé parce qu'il s'était aggravé, ça aurait été un peu dans l'ordre des choses aussi. C'est de dire bon bah, on n'y arrivera pas on a, on passe au dessus de nos ressources, comment dire, raisonnables quoi.

Q9. Avez-vous prescrit vous-même des soins de confort ? Si oui pouvez vous en décrire les modalités et objectifs ?

Alors là j'sais pas si on peut parler de soins de confort euh, on va dire euh le seul truc qui pourrait s'apparenter à des soins de confort c'est la morphine pour diminuer la fréquence respiratoire et un peu l'angoisse, euh j'ai pas mis d'Hypnovel yen a qui mettent de l'Hypnovel, chez lui avec la morphine on a eu un bon résultat, et puis après il s'est calmé, et puis après on a été autour de lui, on pouvait lui parler tout ça. On n'a pas eu besoin d'autre soin de confort et du coup il s'est amélioré donc après on était plus dans cette optique.

Q10. Quelles seraient vos suggestions pour une meilleure prise en charge de la fin de vie en médecine d'urgence pré-hospitalière ?

(boit du café, repose sa tasse) Bah après euh... La médecine d'urgence... Enfin la fin de vie en médecine d'urgence pré-hospitalière c'est, ça arrive vraiment pas souvent. Après j'ai eu quelques cas avec des gens qui voulaient rester à domicile ou qui étaient en fin de vie, alors

c'est pas, moi j'étais régulateur les fois où ça m'est arrivé, j'ai envoyé une équipe effectivement, faire des soins. Euh, ça m'est arrivé plusieurs fois, et euh effectivement c'était pas toujours simple parce que euh faire une injection euh, bon là du coup ya une équipe qui avait laissé une bouteille d'oxygène sur place mais c'était des parents de quelqu'un de l'équipe donc c'était aussi particulier, mais on a pu laisser du matériel et puis mettre une perfusion et mettre euh un petit peu, alors je sais pas trop en traitement ce qu'il a fait mais jerois qu'il a mis un peu de morphine, un peu d'Hypnovel et... dans une perfusion et... Et voilà, en s'entendant avec la famille.

Et sinon une autre collègue qui avait euh fait une injection intramusculaire de morphine et Hypnovel. Mais le problème c'est que euh c'est... pas trop dans les clous quoi hein, euh, on s'dit euh, bah justement ce cas-là là, ma collègue était embêtée parce qu'elle dit ben, j'ai pu le faire parce que j'étais avec quelqu'un, une infirmière avec qui je m'entendais bien, et avec qui j'étais en confiance, mais si j'avais été avec quelqu'un avec qui j'aurais pas été en confiance je l'aurais pas fait parce que j'aurais eu peur qu'on me le reproche, ou qu'on me, ou qu'on me dénonce, ou... Alors que c'est ce que la famille voulait hein. C'était vraiment ce que la famille elle voulait, c'était accompagner la personne à domicile, c'était aussi entendu avec le médecin traitant mais là il était vraiment en souffrance +++ , et il fallait faire quelque chose quoi c'était pas humainement euh possible de dire bah on le laisse sur place, on fait rien, ou on le ramène à l'hôpital et il meurt sur la route en plus, enfin c'est atroce.

Du coup, jsais pas ce qu'il faudrait pour améliorer, c'est des cas qui sont très compliqués en fait. A dire euh...je sais pas ouais. Là ya quand même une notion de, euh, ma collègue elle s'est vraiment sentie euh quelque part un peu en danger. Donc sur le fait de dire bah j'ai fait – alors que c'était pas le cas hein elle a pas fait une injection létale, mais de dire bon bah j'fais l'injection d'un produit qui va quand-même accélérer la mort, mais qui va permettre que ça se passe dans de bonnes conditions. C'est ce qu'on fait tout à fait facilement à l'hôpital avec des pousse-seringues, mais dans un milieu hospitalier, là alors que tout le monde était autour et d'accord,

ça posait problème. Ca l'inquiétait, enfin elle était pas en confiance, elle se sentait pas soutenue j'pense sur la loi ou quelque chose comme ça, et ça bah jsais pas, c'est compliqué hein après parce qu'on peut pas non plus aller et mettre hypnovel morphine à tout monde en pré... enfin... parce que après on n'a pas toujours le temps non plus de faire le tour des différentes choses, des problèmes, des choses qui doivent se cacher derrière. Bon là c'était une pathologie chronique en fin d'évolution, donc c'était très très clair y'avait pas de problème, mais après ya toujours le danger en pré-hospitalier de... de se tromper quoi hein, de dire ah mais nan nan nan c'est bon faites rien, et puis après on découvre qu'en fait finalement c'était la famille qui... Voilà quoi. Donc c'est vrai que c'est compliqué, j'pense que c'est parfois compliqué en pré-hospitalier mais c'est vrai que des fois les gens arrivent chez nous alors que la famille était très claire sur la fin de vie, et se sentent un petit peu dépossédés en fait et... après on se rattrape avec les lit-portes où finalement on les prend bien en charge, les familles peuvent rester, et souvent ça se passe très bien on a de bons retours sur notre prise en charge hospitalière.

En pré-hospitalier on est un petit peu... On a pas assez d'infos c'est ça. On est un peu isolés. Quand c'est très clair bah finalement il manque un peu une loi, mais une loi sur des situations qui sont tellement particulières à chaque fois c'est... jsais pas. C'est compliqué quoi. Parce que même si ya un soutien, une discussion collégiale avec le régulateur mis ça suffit pas à se dédouaner, ça suffit pas à pas faire d'erreurs en plus.

J'pense sur les situations de néo ou de choses comme ça faudrait peut-être plus des dossiers médicaux partagés, qui resteraient chez le patient, avec des discussions avec le médecin traitant, et des trucs qui nous permettraient de faire quelque chose, à partir du moment où on aurait un mot du médecin traitant sur place, un mot du spécialiste... Ca souvent on n'a pas. Les médecins traitants au téléphone sont rarement décisifs quoi. Ils... Bon c'est pas toujours facile pour eux hein, mais des fois ils sont pas aidants. Yen a qui comprennent, mais yen a qui sont parfois un peu « ah bah, décidez »... j'vois pas pourquoi. Mais c'est ça qui manquerait, les gens

jpense qui sont vraiment en fin de vie à domicile, ça serait une feuille claire et nette, avec à la limite un mot de la famille mais surtout un mot du médecin traitant et du spécialiste qui disent bon bah voilà, là vous êtes chez tel patient qui est en fin de vie, vous pouvez euh, vous pouvez l'accompagner si ya besoin et que, qu'ya pas d'autre ressource en pleine nuit, c'est ça qui manque en fait. Jpense que ça serait ça en fait la solution. Mettre une feuille un peu ou stéréotypée ou pas quoi, mais qu'on ait, qu'on puisse avoir des avis médicaux de collègues qui connaissent le patient, qui ont du recul, et être sûr de ne pas du coup faire d'erreur vis à vis d'autre chose quoi. Ya des patients dont la famille arrive à faire face mais... Après ya des gens aussi qui finalement veulent que ça reste à la maison et au dernier moment ils y arrivent pas. Mais bon ça ce serait pas très gênant, on répond aux demandes de la famille, de toute façon.

Mais une feuille, ce serait pas mal. Ouais. Bien écrit clairement. Mais ça, ça vaut pour tous les patients (rit)

Ouais parce que finalement ce dossier je le trouvais bien parce que jpense que tu dois avoir beaucoup de cas de, d'arrêts cardiaques non réanimés, où ça va être redondant, c'est à dire gros antécédents, état général, no flow non connu, bon on arrête. Celui-là je le trouvais un peu plus... Et puis il se finit bien, ça change ! Une LATA qui finit bien tu vois yen a pas beaucoup. Mais ça arrive, on se dit parfois finalement bon bah on va voir si elle passe le cap quoi. C'est à dire on met les antibio on met de l'oxygène et on voit. On attend 24-48h et on voit, elle s'enfonce bah on passe sur des soins de confort, elle s'enfonce pas et, et on continue et elle retourne vers sa maison de retraite ou vers un service de médecine + SSR et retour à la maison.

Ca on le fait plus souvent, mais c'est vrai qu'on utilise pas trop le terme LATA finalement. On pourrait hein, mais c'est vrai que c'est pas très clair.

Hier on a transféré une dame, j'étais au déchoc on me dit « ouais c'est une fin de vie, machin » Euh moi j'étais au lit porte pardon, du déchoc donc euh bah jfais ok d'ccord ça marche, vite on la prend, et en fait la dame elle arrive dans le box avec euh de l'oxygène mais finalement pas

très haute jsais pas on devait être à 5L, elle avait les yeux ouverts elle parlait, tensions correctes, et ils avaient arrêté hypnovel morphine avant d'arriver chez nous, donc j'ai rappelé, c'est pas une fin de vie en fait ! C'est une limitation thérapeutique où on décide de voir si on passe le cap, donc dans ces cas-là... Donc j'ai râlé. Mais dans ce cas-là, yavait un problème de lits, donc j'ai râlé, j'ai dit dans ces cas-là tu cherches un lit! Soit tu la mets chez moi et c'est urgent qu'elle parte dans de bonnes conditions, autour, parce qu'on a un peu le temps, et dans ces cas-là on la prend en charge et on voit, ptetre que ça serait une fin de vie... Mais là c'est pas le cas, on n'est pas dans, on est pas dans l'introduction d... faut faire attention à pas aller trop vite. Et à pas tout confondre.

Bon des fois c'est compliqué de dire bon bah on met pas d'antibio, alors qu'on sait que c'est une pneumopathie, alors qu'on a mis hypnovel morphine. Après bon bah, faut rester symptomatique, si les gens ils sont détendus, des fois des patients on les voit sous hypnovel morphine alors qu'ils n'ont jamais été ni algiques ni angoissés, on sdit bah ça sert à rien en fait, la but c'est pas d'accélérer les gens. Normalement. C'est, tu les accompagnes, si tu vois des symptômes tu les traites. C'est pas, boum c'est une fin de vie alors tu mets hypnovel morphine quoi. Non, c'est pas comme ça.

Après jpense il faut avoir une ptite sensibilité aux soins palliatifs aussi, tout le monde ne l'a pas forcément.

Bon après ya des erreurs qui sont faites hein, nous... Même dans les services hein, des fois t'en as qui sont sous morphine, on arrête la morphine ils se réveillent « Naan, ça va, ça va » (rit) en fait euh, j'ai déjà vu hein, des gens qui venaient des urgences quand j'étais dans les services, et on avait arrêté le pousse seringue de morphine, ils s'était réveillé, et il était pas si mal quoi. Donc faut vraiment jpense rester symptomatique, et poser la question.

C'est ça le problème. Faudrait que les LATA soient plus claires. C'est vrai que nous les LATA on remplit pas de feuille. Et ça c'est pas bien. Parce que en réa, c'est des feuilles de LATA, bah

jpense que t'as déjà vu, c'est très très clair, ya tous les paramètres que tu veux, tu peux vraiment faire des LATA sur tout ce que tu veux... Nous euh c'est, les gens qu'on met aux lits portes c'est des LATA euh, déjà la plupart du temps elles sont étiquetées fin de vie, euh, c'est vrai qu'on devrait mettre LATA, décision de ne pas faire plus de soins de remplissage, de pas introduire d'amines, de suivre des antibiotiques même sans aller vers une... Ca, c'est pas bien fait. C'est pas fait. C'est pas pas bien fait, c'est pas fait du tout en fait. Et des fois, ya quand même pas mal de patients qu'on met en fin de vie qui meurent pas en fait. Bon yen a qui sont vraiment pas bien et qui meurent vite, et yen a qui restent 2, 3, 4 jours, ils finissent par mourir quand-même mais bon.

Jpense on fait déjà beaucoup beaucoup de choses au niveau médical pour rester raisonnable quoi. Après... Finalement que ce soit aux urgences ou en pré-hospitalier c'est finalement nous qui prenons le plus ce type de décision. Et les médecins généralistes. Ils en prennent un peu mais pas énormément. Ils préfèrent envoyer aux urgences. Et les spécialistes ils sont souvent aussi très très invasifs, et ils ont moins l'habitude de décider entre guillemets, bon c'est pas très bien à dire, mais qui doit vivre ou mourir, mais bon là au bout d'un moment faut arrêter quoi. C'est, la personne elle est âgée elle a quand-même de gros antécédents, alors certes on peut continuer, continuer mais à un moment pour quoi faire quoi ?? Parce que nous on en voit quand-même arriver beaucoup des gens, enfin, ils sont déments, ils sont grabataires, et ils se dénutrissaient alors quelqu'un leur a mis une GPE par exemple. Moi j'en ai eu 3-4 comme ça, à un moment on dit mais qu'est-ce qu'on est en train de faire là en fait ? On est dans le soin, ou on est dans la torture... ? C'est quoi le projet en fait, c'est quoi l'idée de gens qui refusent de manger à qui on fait une GPE par exemple et j'en ai vu pas mal, j'ai du mal avec ça. Et c'est vrai qu'ya, j'ai l'impression, plus de difficultés des fois à ...

On peut faire alors on fait. C'est ça. On peut faire alors on fait. Alors ça marche à tous les étages hein, du nouveau-né jusqu'à la personne âgée mais, c'est éthiquement des fois c'est un peu dur

et nous on récupère des fois des gens qui sont là euh... Non mais là tout a été fait de façon complètement aberrante et on arrive avec des gens qui sont, qui sont (pause) l'ombre d'eux-mêmes et euh, et la famille qui est toujours en demande et personne leur a jamais dit qu'à un moment fallait... Que la nature avait déjà fait ses choix il y a longtemps (rit) et que là, là c'est trop quoi.

C'est toujours, moi j'ai du mal avec ces patients là. Psychologiquement. Parce que tu te retrouves en face de choses que toi t'aurais jamais fait, et tu dis mais non, c'est de la torture en fait.

Donc j'trouve qu'aux urgences on est effectivement amenés à ce genre de décision. Mas bon finalement c'est... gratifiant. Bon gratifiant c'est pas le bon mot mais, des fois t'as l'impression de remettre aussi les choses à leur niveau. Dire bon, tu fais de la médecine mis tu restes... Bon. On a la vue sur la réa, on a la vue sur comment les patients ils évoluent, ce qui se passe avec eux, tu te dis bon, ya des patients... des fois tu peux te tromper mais bon quand ils sont déjà dénutris et que tu les mets en réa tu sais très bien que ça va pas bien se passer, ils sont infectés, ils sont fragiles, bah tu sais très bien que ça va pas bien se passer... La dernière fois j'en ai une qui avait fait un arrêt, elle avait inhalé massivement juste avant, des vieilles machin en occlusion, nan mais attends faut l'opérer, elle va être infectée elle va être machin elle va être truc... Ouais bon elle était pas si mal, mais bon. Tu sais comment ça a de fortes chances de se passer !

C'est aussi intéressant. C'est plus intéressant que de faire tout, dire je fais je fais je fais, bah des fois c'est un peu plus lourd quoi, faut prendre des décisions. Après tu verras, bah quand tu vas réguler, on va te demander d'être responsable de tout ce qui se passe dans le monde quoi, ah bah ya un petit qui se cogne la tête bah t'es responsable de dire si il peut rester à l'école, ya quelqu'un qui veut quitter le boulot c'est toi qui es responsable, bah en fait finalement on fait office de grand responsable de tout, et aux urgences on continue, on continue, c'est nous on

pose notre tampon « responsable de », « responsable de », alors t'es responsable de tout.

Bon il faut que j'y aille moi parce que j'ai un rendez-vous.

## **Entretien 4**

### **Description de la population**

Quel âge avez-vous ?

33 ans

Quel est votre statut au sein de l'hôpital ?

Alors c'est un peu compliqué, je suis médecin militaire et je fais des gardes euh au sein du SAMU SMUR en tant que... c'est une convention entre l'armée et le CHU et c'est une convention de formation. Donc en fait c'est une formation continue, au milieu des urgences.

Quelle est votre quotité de travail au SAMU ?

Dans mon cas je réfléchis pas comme ça.. du coup en gros jsuis entre 2 et 4 gardes par mois.

Depuis combien d'années exercez-vous la médecine d'urgence pré-hospitalière ?

Depuis 20 ans. Mais entre les études, parce que j'ai, j'ai fait médecine, enfin je me suis décidé à faire médecine en faisant des gardes à la croix rouge alors que j'étais encore au lycée. Donc je faisais déjà du pré-hospitalier quand j'étais au lycée.

### **1.La situation**

Quelles étaient les circonstances/le contexte de l'intervention ?

Donc euh bah c'est des appels très fréquents au SAMU sur des personnes âgées en EHPAD qui sont en détresse, en l'occurrence là c'était une détresse respiratoire avec troubles de conscience, comme... très fréquemment (sourit) et donc là c'était un renfort secondaire sur une tension un peu limite je crois, donc l'ASSU était sur place avec une tension un peu limite et donc le

régulateur a décidé de nous envoyer en plus. Et voilà effectivement un patient euh... attends c'était quoi ? Le contexte ? J'raconte tout quoi.

Du coup on est arrivés, effectivement un patient grabataire, qui mangeait plus, qui se déplaçait plus depuis longtemps, qui avait effectivement une tension qui de mémoire était à 9-10 qui est pour une personne âgée pas très bonne, et puis un Glasgow pareil, entre 14 et 12 en fonction des critères qu'on choisit. Et donc pour laquelle se posait clairement la question d'une intubation.

Et compte tenu du contexte euh, on a bien réfléchi. Et en fait il se trouve que par chance même si c'était le soir y'avait donc l'infirmière sur place, et y'avait le fils sur place, donc avant de me lancer dans une grosse réanimation j'ai pris un moment, j'ai pris l'avis de l'infirmière, quel est le patient, comment il est habituellement et quel est le devenir. Donc c'est vrai qu'elle m'a confirmé qu'il est grabataire et qu'il y avait pas beaucoup de devenir à espérer, et du coup j'en ai, j'ai pris l'infirmière et le fils à part et j'ai demandé « qu'est-ce qu'on fait ? » et le fils était vague en disant bah oui de toute façon moi jme rends bien compte que ça fait 3 ou 4 fois que le SAMU intervient et que bon, on va pas faire grand chose.

Mais a priori euh, les mots de type LATA, limitation des soins et puis surtout jusqu'où on va, pour l'infirmière enfin pour la famille c'est surtout ça qui est important, ça avait pas été évoqué du tout. Comme quasi systématiquement en EHPAD, c'est enfin... A mon expérience c'est jamais évoqué, jamais écrit, et ça fait partie du . Donc j'ai un peu, j'ai expliqué au fils que voilà on n'allait pas faire grand chose, que surtout on allait surtout pas l'intuber et le mettre en réanimation. Pour le coup lui il était tout à fait compréhensif et y'avait pas de problème de ce point de vue là, et donc on a fait simplement une évacuation euh non médicalisée vers l'hôpital pour prise en charge sur une détresse respiratoire où ma foi c'était un OAP pas très important un peu de lasilix un peu de VNI ça suffit quoi. Et en plus j'ai un peu expédié la fin de l'intervention parce qu'on a été rappelés pendant ce temps là, au moment où jpassais mon bilan,

on m'a dit qu'on avait besoin de moi ailleurs. Donc euh, j'ai signé les papiers et c'est parti rapidement et du coup voilà. C'est même, quand jsuis parti le patient était encore dans la chambre.

Q2. Quelle a été votre prise en charge ?

Bah on a rien fait.

## **2. La décision de LATA**

Q3. Pour quelles raisons avez-vous pris la décision de LATA dans ce cas précis ?

Alors. L'âge clairement ; l'état antérieur du patient donc grabataire, sans vie autonome, et... le bénéfice attendu a priori nul. Compte tenu des comorbidités et puis d'un état antérieur.

Q4. Avez-vous demandé des avis extérieurs ? Quels éléments ont contribué à votre décision de limitation ?

Alors avec qui j'ai discuté, bah avec l'infirmière qui connaissait le patient, avec le fils du patient, et mon équipe je leur ai de fait pas clairement demandé leur avis mais en vrai euh... On est un peu tous dans les mêmes camions en permanence donc on a un peu tous la même manière de penser, en fait pour le coup on en avait déjà discuté avec eux pendant le trajet. Typiquement hein quand on part sur une détresse respiratoire chez un homme de 80 ans en EHPAD, dans le camion euh c'est clair pour tout le monde que yaura pas de réanimation, yaura pas grand chose. Donc sur intervention c'est souvent difficile de formaliser tout ça, clairement moi je privilégie la formalisation avec les professionnels sur place et avec la famille. Et puis euh, en général j'en discute avec mon équipe après.

Et le médecin traitant pour le coup bah... c'est ce qui nous manque, c'est ce qui nous manque à chaque fois. C'est dans les dossiers, l'avis du médecin traitant à dire, là on fera ça on fera ça,

on le fera ou pas mais, très souvent j'ai l'impression de... pas sur cette intervention mais sur d'autres interventions, des fois où j'ai pu discuter avec des médecins de ces institutions, ça a l'air compliqué pour eux de faire cette démarche là. J'ai senti les médecins en difficulté du fait d'avoir à décider pour des gens qu'ils vont continuer à suivre. C'est mon ressenti.

Q5. Il existe une loi concernant la limitation thérapeutique, la loi Léonetti. Que pouvez-vous m'en dire ?

Alors de ce que j'en ai compris, euh la loi Léonetti... alors attends, faut que je re-réfléchisse. Elle autorise euh l'administration de traitements même si ça a pour effet de... de traitements pouvant soulager la douleur, un certains nombre de symptômes, même si ça a pour effet d'accélérer la mort. Et la limitation, et la subtilité légale est là-dedans, que on peut injecter un traitement dans un objectif euh précis même en prenant le risque d'accélérer la mort, par contre il est hors de question d'injecter un produit dans le but d'accélérer la mort. La subtilité est là. Donc voilà, c'est ce que j'applique. Et voilà.

Q6. En général, quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour prendre une décision de LATA en pré-hospitalier ?

(prend une grande inspiration) Alors en pratique j'ai pas beaucoup de difficultés, pour un certain nombre de raisons, d'une part c'est que comme tu peux le voir j'ai l'impression de connaître très bien le cadre légal. Donc ça c'est l'aspect militaire, on connaît bien la loi. Donc euh du coup c'est assez facile. C'est une chose.

Deuxième chose jsuis très pragmatique et donc en fait typiquement euh... Voilà, j'ai rarement des vraies questions à me poser. Enfin moi ça me paraît assez évident dès le départ. Et donc euh... après ça empêche pas que j'aie la réponse évidente et après j'essaie de la formaliser dans le cadre légal et puis de bien respecter les procédures qui sont en cours. Mais euh voilà.

Alors la difficulté ça peut être éventuellement les problèmes d'information, de remplissage du médecin, enfin du dossier avant etc, mais finalement comme la loi permet que quelque soit ce qu'il y a marqué dans le dossier finalement c'est le médecin le jour J qui prend le, la... décision notamment donc dans le cadre de l'urgence. Finalement, ce serait un plus, mais clairement c'est pas indispensable.

Et ce qui fait que j'ai pas beaucoup d'états d'âme sur les limitations de soins, d'arrêts thérapeutiques, c'est que pendant mon expérience de militaire, pour le coup à l'étranger j'ai déjà eu à prendre des... des vraies décisions. Sur des gamins qu'on doit laisser etc. Donc finalement... où là pour le coup y'avait des gens sauvables etc euh... Pour quelqu'un de 80 ans (soupire)... Voilà. Ça... On relativise beaucoup. Euh j'ai laissé des gens mourir qu'auraient pas du mourir, et puis j'ai fait sciemment parce que j'avais pas le choix, euh pff. Voilà.

Tu vois ya un peu d'émotion là.

### **3. La prise en charge**

Q7. La prise en charge a-t-elle nécessité un transport vers l'hôpital ? A-t-il été médicalisé, pour quelles raisons ?

Un transport ? Alors oui parce que bah les EHPAD sont en difficulté, et que malheureusement elles sont très souvent pas habituées à gérer une personne en fin de vie. Et que en plus pour que justement ça se passe bien, c'est clairement pas le médecin urgentiste à 2h du mat' qui peut bien organiser la fin de vie de la personne. Donc dans la majorité des cas les gens sont évacués. Pour soulager l'équipe en fait. C'est exactement ça. C'est pas forcément des bonnes pratiques ni humaines ni médicales mais malheureusement on n'a pas trop le choix.

Et quant à la médicalisation ça dépend beaucoup, là c'est pareil ça dépend beaucoup de l'équipe ambulancière. Si on voit que ça va bien se passer on les laisse faire et puis, de toute façon, ça c'est vrai quel que soit le type d'évacuation médicalisée hein, pas forcément en cas de LATA,

en gros je demande aux transporteurs que ça soit les pompiers ou les ambulanciers, est-ce que pour vous, vous le sentez de le faire tous seuls ou est-ce que vous avez besoin d'un renfort ? Est-ce que vous avez besoin que je vienne avec vous ?

Donc euh là en l'occurrence d'une part j'ai été appelé ailleurs, en plus les ambulanciers euh voilà, n'avaient pas de, n'y voyaient pas d'inconvénients. Mais euh ça m'est arrivé sur des gens où clairement il a été décidé qu'on ne fera rien de plus, d'y aller, enfin de médicaliser le transport pour que la charge émotionnelle et puis de gestion de situation difficile ne repose pas sur les ambulanciers, qui sont un peu moins protégés et un peu moins formés que nous quand-même donc c'était plus un rôle de protecteur de l'équipe. Ça c'est pareil c'est l'armée. (sourit)

Q8. Avez-vous déterminé un niveau de soins ? Si oui pouvez-vous préciser les modalités de prise en charge en résultant ?

Un niveau de soins c'est à dire, quels gestes on fait et on fait pas ?

Bah là en l'occurrence la question c'était euh, intubation ou pas. Donc non. Et alors pour le coup il avait déjà une perf. Donc euh, ça réglait un des problèmes. Mais en fait moi je réfléchis en termes comme ça. Euh alors. C'est quand-même rarissime qu'on pose pas de perf, euh dans le cas général. Mais oui de toute façon moi jsuis assez basique hein, surtout en pré-hospitalier, en gros souvent c'est perf pas perf, euh intubation ou pas. Donc là, les deux questions étaient rapidement résolues.

Q9. Avez-vous prescrit vous-même des soins de confort ?

Euh bah, là jsuis parti donc euh... Non.

En pratique en intervention... La sédation profonde en pré-hospitalier, clairement je l'ai jamais fait et je ne le ferai pas, euh, parce que je pense qu'il faut être suffisamment dans un endroit calme...

Déjà ya rien d'urgent. A faire une sédation profonde. Donc ça peut attendre quelques heures,

dans quelques heures ce sera forcément mieux fait à l'hôpital, et ça sera forcément mieux expliqué à la famille qui aura eu le temps de réfléchir, de faire le transport, de se déplacer à l'hôpital etc. Donc euh, voilà les fois où j'ai pu le faire c'était toujours en SAU ou euh, plutôt en UHCD même, jamais en SAU mais à l'UHCD, c'est à dire qu'on transfère le patient à l'UHCD, on pose les choses, on peut le commencer à 2h du matin mais faut le faire calmement et pour moi ça n'a rien à faire en pré-hospitalier.

Sauf si la décision a été prise avant dans le dossier etc. Mais pff. Pour le médecin urgentiste en pré-hospitalier qui connaît pas le patient moi j pense que c'est un coup à faire des bêtises. Après dans le cadre légal, et que la famille comprenne pas pourquoi on l'a fait à 2h du matin alors que ça aurait pu être fait soit la veille à 17h ou surtout, des trucs comme ça pour moi ça se passe le matin.

Q10. Quelles seraient vos suggestions pour une meilleure prise en charge de la fin de vie en médecine d'urgence pré-hospitalière ?

Et bah c'est exactement ce dont on parlait pour les.. C'est l'anticipation par les autres équipes qui sont du coup pas pré-hospitalières, euh que pour chaque personne y ait une réflexion qui soit faite enfin comme c'est, pour moi c'est ce qui est quand-même fait dans la, enfin imposé par la loi Léonetti. Dire que il faut que le patient il décide ce qu'il veut faire, et la famille, et que dans, qu'il y ait vraiment un projet de soins, que ça soit écrit noir sur blanc « ça on fera, ça on fera pas »

Et par contre je trouve important que effectivement la dernière, le dernier décisionnaire soit le médecin sur place pour la décision. Typiquement c'est pas parce qu'on a décidé qu'on l'intuberait pas que... il faut que le dernier médecin ait cette possibilité-là. Même si a priori euh il doit pas le faire mais bon, il peut y avoir toujours une très bonne raison de le faire et puis inversement même si j'ai décidé d'intuber, j'ai décidé que bah là ce moment-là c'était pas le

moment et que voilà.

Donc là pour moi le cadre légal est bon, suffisant en tout cas, il reste la mise en application de tout ça quoi. Voilà.

## **Entretien 5**

### **Description de la population**

Quel âge avez-vous ?

Trente-deux.

Quel est votre statut au sein de l'hôpital ?

PHC.

Quelle est votre quotité de travail au SAMU ?

50/50, 50 SMUR et 50 SAU.

Depuis combien d'années exercez-vous la médecine d'urgence pré-hospitalière ?

Du coup euh... (rit) Quatre ans, bientôt quatre ans.

### **1.La situation**

Q1. Quelles étaient les circonstances de cette intervention ?

Du coup si on prend le plus récent on va prendre euh, je vais pas dire son nom de famille par confidentialité, donc on est appelés par le 15 pour une détresse respiratoire. Dans un... c'est l'équivalent d'une MAS en fait, une maison d'accueil spécialisée donc pour personnes handicapées. Donc euh... On a tout juste ça comme motif, détresse respiratoire euh déclenchement. Donc nous de l'hôpital, la MAS dont il est question on est à à peu près 5 minutes. Donc en 5 minutes on est sur place.

Donc première surprise on arrive sur place ils nous font (prend une voix aiguë) « Non non, on est en train de la changer faut attendre dehors » (inspire) Appelés pour une détresse respiratoire

c'est un tout petit peu étonnant donc un peu offusqués on fait bah non, si ya une détresse respiratoire elle se change enfin ! On s'en fout de la changer ou pas. Donc on a une position féroce des aides soignantes qui voulaient l'intimité de la patiente. C'était particulier donc on a attendu 3-4 minutes dehors le temps qu'elle soit changée, propre. Et une fois qu'elle est propre ils nous ont laissés entrer. Voilà.

Donc on arrive quand-même elle était bien bien dyspnéique, et en fait sur la, la situation de la patiente, ce que nous on ne savait pas au moment où on a été déclenchés, c'est que c'est une patiente qui a déjà un cancer. Du poumon. Qui est diagnostiqué. Sur lequel il y a eu après discussion avec (la patiente) puisqu'elle arrive à comprendre ce qu'on lui dit encore, avec son médecin référent qui travaille aussi dans notre hôpital, puis avec le pneumologue c'était décidé de pas faire de prise en charge curative. Parce que elle a une comorbidité qui est sévère et que elle elle ne voulait pas. Et qu'elle était capable de comprendre. Jusqu'à ce point-là.

Donc effectivement elle est en détresse majeure, euh forcément les aides soignantes nous appellent parce que elles savent pas quoi faire à ce moment-là. Elles n'ont pas de décision claire qui a été mise en place.

Donc si tu veux t'en as... Elle sibylle de partout, elle nous voit elle est encore plus paniquée parce que d'un coup elle a plein de monde qui arrive alors que c'est pas du tout son environnement de base, une saturation de merde, enfin voilà. La tension c'était pas le problème mais voilà. Pas très en forme. Donc du coup... Là il faut faire la prise en charge tout de suite ?

#### Q2. Quelle a été votre prise en charge ?

Alors, au final on demande quand-même le dossier médical parce que c'est quand-même étonnant, une détresse respiratoire, et surtout on voit que dans sa chambre ya déjà des aéro, enfin tout ce qui est prévu pour faire des aérosols en fait, donc on sait que probablement elle a déjà des antécédents respiratoires. Donc effectivement quand on prend le dossier, on regarde, on voit qu'elle est sous Bricanyl Atrovent trois fois par jour, question est-ce qu'elle l'a eu ce

soir, « oui, oui elle l'a eu », c'était pas le problème, et la crise comment elle s'est déclenchée ? En fait ils sont passés dans le couloir ils l'ont entendue crier, et au bout d'un moment elle criait plus. Quand elle criait plus, c'est qu'elle arrivait plus à crier. Donc voilà donc c'est pour ça qu'ils nous ont déclenchés à ce moment-là. Donc euh, quand on regarde un peu plus en avant le dossier, donc le temps que on fasse mettre un nouvel aérosol, notre aérosol, pour déjà au moins calmer la situation, on se rend compte dans le dossier qu'ya marqué qu'elle a un cancer du poumon. Que ya déjà une discussion qui a été prise dans ce sens là mais par contre ya pas de décision définitive de aucune prise en charge, enfin ya pas de directives anticipées, ya rien qui soit mis, alors que le diagnostic ça faisait quand-même pas tout à fait, quasiment deux mois qu'il avait été fait donc depuis le temps il aurait déjà du être staffé.

Donc à ce moment-là on lui fait le premier aérosol, elle est un peu mieux, c'est moyen. On lui refait le deuxième aérosol, et là, avec sa super chanson qui passait à la télé parce qu'elle est fan de Michèle Torr, qui la calme. Je comprends pas pourquoi (rit) C'était cocasse comme truc hein ! Parce que le premier aérosol on n'a pas mis de télé. Et en fait au deuxième les aides soignantes ont insisté parce qu'elles la connaissent, elles lui ont mis son DVD de Michèle Torr avec notre aérosol et finalement, elle se calme donc on voit qu'yavait quand-même une part d'angoisse euh dans sa dyspnée, et une vraie part somatique. Et en fait lorsqu'on discute avec les aides soignantes qui la connaissent bien puisque ce sont les mêmes qui font la tournée avec elle tous les jours, elles disent, bah oui (la patiente) avait déjà discuté avec les médecins, elle ne voulait pas, elle ne voulait pas l'hôpital, euh, elle est paniquée à l'idée de l'hôpital, elle ne veut pas de ça, elle sait que sa maladie va la tuer et elle ne veut pas être amenée à l'hôpital. Si on lui laisse le choix. Elle ne veut pas être emmenée.

Là dans le contexte au final, elle s'améliore sous les aérosols, elle a de quoi faire des aérosols à la maison, avec le niveau de compréhension qu'elle a elle a été capable de dire non, ce qui a été entendu par l'équipe médicale parce qu'ils n'ont entrepris aucun traitement curatif.

Finalement on s'est dit bah on va pas l'amener contre sa volonté à l'hôpital. Donc euh on a fait tous les soins sur place, on est restés avec elle on l'a calmée, on a passé un bon moment sur place, au moins une demi-heure, pour réévaluer, s'assurer qu'elle repassait pas en crise tout de suite. On a discuté avec euh, le régul, et finalement on a convenu qu'on la laissait sur place.

Avec comme instruction de voir avec le médecin référent pour qu'elle fasse un vrai texte, enfin un vrai protocole avec de vraies directives anticipées qui soient mises pour que bah la situation suivante on s retrouve pas à refaire la même chose.

Et alors une particularité c'est que ya pas d'infirmière la nuit là-bas, donc pour la nuit pour refaire d'autres aérosols ce que nous on fait, ce que moi j'ai fait ce soir-là c'est de mettre une prescription aux aides soignantes en disant bah, en cas de crise en cas de dyspnée en cas de fréquence respi untel, vous pouvez mettre un aérosol c'est pas la peine de rappeler le 15 si on est pas au delà de ces critères-là. Donc elle est restée sur place.

## **2. La décision de LATA**

### Q3. Pour quelles raisons avez-vous décidé de limiter les soins dans ce cas précis?

Les arguments, en fait finalement c'était déjà le diagnostic. Avec l'absence de traitement curatif sur un délai. On peut supposer que le diagnostic aurait été fait une semaine avant. Là concrètement on se serait dit ils ont pas eu le temps de staffer, ils ont pas eu le temps de discuter, je l'aurais probablement ramenée à l'hôpital en disant que c'est pas clair. Là dans son cas ça faisait déjà des semaines et des semaines, deux mois en fait, que le diagnostic était mis, qu'y'avait rien de curatif, sur le fait que les aides soignantes qui la connaissent me disent que elle, elle ne voulait pas et qu'elle l'avait dit au médecin, qui avait entendu et le médecin référent jle connais. Donc euh, s'il a entendu ses arguments c'est qu'il estimait qu'elle était en mesure de dire. Donc dans ce cas là oui. Et surtout sur le fait que malgré tout elle s'améliorait quand-même sur place. Aussi donc, voilà. Elle se serait aggravée j pense que probablement, on aurait

tenté de temporiser, ptetre que finalement on l'aurait quand-même emmenée, pas forcément pour faire des traitement hyper invasifs mais pour se dire que... Pas qu'elle souffre. Pas qu'elle souffre sur place.

Q4. Avez-vous sollicité un autre avis ? Quels éléments ont contribué à la prise décision de LATA ?

Donc à l'heure où on est partis le médecin traitant il était pas joignable. (rit) Il était quasiment 23h donc je ne demanderais pas à un médecin traitant d'être là à 23h. Mais par contre effectivement avec les aides soignantes qui la connaissent bien. (la patiente) de toute façon, ne nous connaissant pas, elle était paniquée. Elle allait pas me dire grand chose. Mais par contre ses accompagnants, celles qui la connaissent au quotidien, la connaissent, en avaient déjà parlé, en avaient discuté en réunion. Et le régulateur encore une fois on a pu en discuter pour vraiment dire là on pousse pas plus loin que ça, on s'arrête sur place.

Q5. Il existe une loi concernant la LATA, la loi Léonetti. Que pouvez-vous m'en dire ?

Alors dans le cas de (la patiente) en particulier ça m'aurait pas beaucoup aidé, en revanche je fais partie du comité éthique. Donc forcément, jsuis déjà un peu parti pris forcément.

Alors encore une fois dans le cas de (la patiente) de façon indirecte on en a quand-même tenu compte, parce que on prend en compte l'avis du patient, donc là ya pas de personne de confiance puisque la dépendante elle est gérée entièrement par sa maison d'accueil spécialisée.

Après, dans d'autres cas mais d'autres cas hospitaliers cette fois, évidemment on va en tenir compte, évidemment on va faire euh, nous la particularité c'est qu'on fait des comités éthiques extraordinaires, où euh, des cas de ce type notamment quand il s'agit de gastrostomie ou chez les personnes où on estime que vraiment ce sera difficile, où ya le conflit en plus avec la famille qui arrive pas à comprendre euh la décision médicale, voire celle du patient, et là donc à ce

moment-là in ouvre un comité éthique. Et on en discute. Et là on est justement sur un nouveau protocole pour faire diffuser de façon plus large euh justement les avancées de la loi Lé... Enfin, tout ce qui concerne la loi Léonetti, pour que les gens soient informés, pour que les gens n'hésitent pas à demander un avis éthique pour des cas qui sont parfois compliqués.

Q6. En général, quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour prendre une décision de LATA en médecine d'urgence pré-hospitalière ?

L'urgence.

L'urgence de la situation.

Quand on arrive c'est toujours difficile de décider d'un coup on ne fait rien. Enfin, en tant qu'urgentiste on a toujours le réflexe de vouloir sauver. De vouloir absolument faire quelque chose, pour sauver les gens. Mais dans certains cas, tout le monde n'a pas à être sauvé, parfois notre travail c'est aussi simplement d'accompagner les gens.

Dans les cas de (la patiente) elle a survécu c'est pas le problème, mais on a eu d'autres cas, moi jme souviens d'une patiente âgée de quatre vingt... presque 90 ans, elle allait fêter 90ans deux semaines après, où concrètement on arrive, détresse respiratoire aiguë, euh, choc cardiogénique sur un infarct chez une patiente de 89 ans, patiente qui est fatiguée, plein de comorbidités. Où finalement on se retrouve à dire bon, soit on fait tout de suite quelque chose, faut tout lancer, la batterie euh des amines, la VNI etc, soit on se rend compte qu'elle est juste fatiguée, qu'on va juste l'accompagner. C'est toujours difficile dans ces cas-là. Après c'est aussi, dans l'urgence ça dépend aussi finalement à la fois de la patiente et à la fois de la famille. Derrière. On a des familles qui sont très (pause) jsais pas comment, on va pas dire cortiquées, c'est pas que les autres ne le sont pas, mais des familles qui auront réfléchi, qui auront vraiment pris en compte la personne, pas juste l'envie qu'on sauve à tout prix, et qui vont être capables de comprendre ce qu'on leur dira, que là d'un point de vue éthique on va pas pousser plus loin.

On va aider, on va faire en sorte que les gens ne souffrent pas, c'est notre travail. J'hésite pas quand il le faut à rester avec le patient une demi-heure, trois quarts d'heure, pour les accompagner jusqu'à ce qu'ils meurent et qu'on soit sûrs qu'ils ne souffrent... Que la famille ne les voit pas souffrir. Pour le deuil à faire après.

Jpense c'est ça pour le côté urgence, c'est l'urgence à chaque fois de la situation, d'être capable de sortir 5minutes des soins en aigu qu'on a tous tendance à pousser tout de suite, et de réfléchir est-ce que ça apporte vraiment quelque chose aux gens ce qu'on va faire. Ca c'est plus compliqué en pré-hospitalier.

### **3. La prise en charge**

Q7. La prise en charge a-t-elle nécessité un transport intra-hospitalier ? Dans ce cas a-t-il été médicalisé, pour quelles raisons ?

Dans ce cas elle est restée sur place. Mais la médicalisation, moi jle fais. Là par exemple. On n'irait pas en soins invasifs, on n'irait pas en chirurgie parce que bah, parce que tout simplement l'état faisait que ça ne leur apporterait rien de plus, je médicalise quand-même, et je médicalise pour (pause) jdirais vraiment pour m'assurer encore une fois que les gens n'aient pas mal.

Les transports qui sont éloignés parfois, quand on regarde au bout de mon secteur par exemple on a une demi-heure parfois. Entre le bout du secteur et l'hôpital. Si pendant une demi-heure quelqu'un qui est déjà en fin de vie doit souffrir, doit avoir mal, euh jtrouve que c'est pas éthique. Je ne m'amuserais pas à mettre un bolus de morphine en disant « allez à l'hôpital, un bolus de morphine, on se retrouve sur place » c'est ridicule. Là je le tue. C'est pas l'objectif, c'est d'accompagner les gens. Donc pour cette raison-là, même pour des gens que j'estime en fin de vie je les accompagne. Pour m'assurer qu'il n'y a pas de douleur, pendant le trajet la souffrance jpeux pas l'empêcher mais qu'il y ait pas de douleur pendant le trajet. Et également bah, si malheureusement l'issue doit être fatale, c'est quand-même mieux qu'il y ait un

accompagnement médical à côté plutôt que les ambulanciers en arrivant à l'hôpital ouvrent la porte et voient la patiente ou le patient qui est mort. Mais c'est vraiment pour le point de vue éthique.

J'accompagne pas parce qu'on va les sauver, c'est pas l'objectif de les sauver, mais vraiment pour cet accompagnement de fin de vie.

Q8. Avez-vous déterminé un niveau de soins ? Pouvez-vous en décrire les modalités de prise en charge en résultant ?

Pour le cas de tout à l'heure, le niveau de soins c'était de soulager. En gros c'était aérosols, pas de VNI, c'était non. De façon claire, sur sa volonté, sur le diagnostic, sur le pronostic... C'était pas de VNI pour elle. Donc euh c'était traitement par aérosols, euh, anxiolytiques on l'a quand-même calmée un peu, parce qu'elle était assez paniquée, et grâce à Michèle Torr (rit) on est arrivés petit à petit à la calmer, et voilà ça s'est arrêté là.

Après c'est une décision personnelle. Elle est par exemple revenue, elle en particulier, elle est revenue euh un mois après à l'hôpital où cette fois ils ont pas appelé le SMUR ils l'ont envoyée directement, et euh, où même principe elle est encore tombée sur moi et niveau de soins, soulagement, on limite, et voilà elle est repartie après. Tout simplement.

Q9. Avez-vous prescrit vous-même des soins de confort ? Si oui pouvez-vous en décrire les modalités et les objectifs ?

Bah en fait les soins de confort c'était euh, surtout qu'elle ait pas peur. Donc ici c'était 1mg de morphine, c'était pas grand chose hein, c'était 1mg de morphine, sa musique préférée, ses accompagnants, la voix douce à côté, et ça ça a suffi à la soulager. Avec évidemment les aérosols.

Mais voilà, c'était vraiment à visée anxiolytique. J'ai pas mis un pousse d'hypnovel, on était pas dans ce contexte-là de fin imminente de vie, c'était surtout à visée anxiolytique pour qu'elle puisse vraiment se poser quoi.

Q10. Quelles seraient vos suggestions pour une meilleure prise en charge de la fin de vie en médecine d'urgence pré-hospitalière ?

Des directives anticipées !

Et j'insiste là dessus depuis des mois ! Non non, vraiment. Là le travail qui est en cours mais euh qui est toujours pas finalisé, c'est vraiment de sensibiliser au maximum possible les médecins traitants, euh, de discuter avec les patients, même si c'est difficile mais j pense qu'ils sont les mieux indiqués pour discuter avec les patients, pour leur expliquer ce que c'est que des directives anticipées et que ça puisse être noté. Ya quelques cas où on a la grande chance d'en avoir, lorsqu'il y a déjà par exemple des équipes de soins palliatifs qui sont en place, euh qui incitent les patients à pouvoir les écrire, en sachant que, même malgré une directive anticipée si le patient au dernier moment dit « sauvez-moi », bien sûr qu'on va le sauver ! On va pas le laisser mourir en disant « Non non, c'est écrit. »

Mais qu'au moins il y ait, indépendamment du contexte d'urgence la volonté de ce que le patient veut vraiment. Et le cas le plus idéal encore, ce qu'on a dans quelques cas, c'est que lorsque ces décisions de soins palliatifs sont pr... lorsque les NIVEAUX de soins soient définis, avec les patients et qu'ils soient transmis à la régulation. Et aux SMUR périphériques. On a quelques cas où ça arrive et c'est très bien. On en a quelques uns en fait. Où les équipes de soins palliatifs de (...) notamment qui gèrent ceux du secteur de (...) et ceux de... des lits identifiés soins palliatifs, concernant des patients qui sont vraiment clairement en soins palliatifs, qui font ces directives anticipées là, les transmettent à notre SMUR et les transmettent également à la régulation.

Et ça j pense que si on arrivait à le généraliser, au moins les patients où on sait qu'ya un pronostic sombre qui est établi, bah concrètement ce serait euh, mieux pour leur prise en charge. Après ya toujours des cas où malheureusement on n'aura pas le temps de le faire, on dira pas à tout le monde à partir de 40 ans d'écrire ses directives anticipées ce serait un peu bizarre, mais voilà pour les patients, pour les patients âgés soixante quinze euh, qui est la limite euh officielle pour euh, l'âge, qu'il y ait au moins des directives anticipées. Surtout quand ya des comorbidités.

## **Entretien 6**

### **Description de la population**

Quel âge avez-vous ?

35.

Quel est votre statut au sein de l'hôpital ?

Je suis PH et chef de service.

Quelle est votre quotité de travail au SAMU ?

Au SAMU ? Euh grosso modo, en heures ou en pourcentages ? On a une organisation un peu particulière donc disons une régul' par mois, et en SMUR ça repr2sente... 40% de l'activité postée. Entre un 1/3 et 40%.

Depuis combien d'années exercez-vous la médecine d'urgence pré-hospitalière ?

6ans et demi.

### **1.La situation**

Q1. Quelles étaient les circonstances de l'intervention ?

Alors le contexte de tête c'était une détresse respiratoire un soir, chez un patient avec un néo

métastatique, au domicile euh avec des consignes très claires euh, écrites, de non acharnement. Et euh... ça date. En SMUR hein. Yavait des consignes de non acharnement, et au dernier moment la famille a paniqué, et donc a appelé le 15. Donc nous on a été envoyés là-dessus. Et en fait on a eu le temps de rien faire. Enfin, le monsieur est mort dans les... dans les cinq minutes quoi. C'était, il était quasiment en train de gasper quand on est arrivés, bon finalement on a juste été là pour tenir la main du patient et de la famille. Et euh, voilà alors après je me souviens plus du tout du néo à proprement parler parce que c'était ya... trois ans.

Q2. Quelle a été votre prise en charge ?

Je suis même pas sûr qu'on ait eu le temps de mettre ne serait-ce qu'une voie. Parce que il était vraiment en train de partir, c'était essentiellement un accompagnement psychologique de la famille. La prise en charge physique du patient yen avait quasiment pas, il était euh, il était plus conscient quand on est arrivés et vraiment hein, en moins de cinq minutes il était décédé, on a eu le temps de rien faire. Rien faire de... de thérapeutique. C'est autre chose. Mais on n'a pas eu le temps.

**2. La décision de LATA**

Q4. Pour quelles raisons avez-vous pris la décision de LATA dans ce cas précis ?

Il y avait des consignes écrites. C'était assez clair. Et comme dit pour la famille au dernier moment un petit moment de panique, ah nan mais finalement quand-même, on sait pas trop... Yavait des consignes écrites. Donc le boulot ça a juste été de faire comprendre à la famille que yavait des consignes écrites, et c'était pas le bon moment pour changer d'avis surtout que bah, on pouvait rien, on pouvait rien faire ! Vraiment objectivement, pas de possibilités quoi.

Avez-vous sollicité un autre avis ? Si oui quels éléments ont contribué à votre décision de LATA ?

Là en l'occurrence le travail était prémâché. Donc c'était plus facile que... d'autres situations.

Q5: Il existe une loi à propos de la LATA, la loi Léonetti. En avez-vous connaissance, que pouvez-vous m'en dire ?

La question est toujours plutôt, est-ce que au temps T c'est un truc auquel tu penses, euh non. C'est bien d'avoir normé on va dire, un comportement, ça a ouvert quand-même un peu plus de liberté en... sur les prises en charge, euh... Maintenant la loi ne permet pas d'avoir des informations précises systématiques, enfin le principal problème quand t'es dans cette situation c'est ptetre la question suivante : la principale problématique que tu rencontres quand t'es dans une situation où t'as vraisemblablement pas d'indication à pousser trop loin les traitements agressifs, c'est que... C'est qu'on n'a pas toujours l'information quoi. On n'a pas d'information. Et plus on est loin de l'hôpital et des dossiers, plus c'est le cas. Donc en pré-hospitalier c'est là que c'est le pire je pense.

Maintenant ce que la loi a apporté, c'est par rapport à la loi précédente. C'est plus, elle est plus ouverte. Ça permet d'avoir un cadre, c'est toujours pareil, ça permet d'avoir un cadre. C'est de respecter. On essaie. (sourit)

Q6: En général, quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour prendre une décision de LATA en médecine d'urgence pré-hospitalière ?

La principale problématique c'est que... on a toujours l'impression que ça serait pas à nous de prendre cette décision. Que on découvre un patient à un temps T, qui a eu une histoire, qui a eu des explorations, qui a, enfin voilà qui a une histoire médicale, et c'est toujours excessivement frustrant et effrayant de devoir tout d'un coup trancher dans une problématique dont on savait qu'elle arriverait, depuis des mois voire des années, et personne n'a vraiment... tranché.

Tiens un truc tout con là dont on parle beaucoup en ce moment entre nous, c'est la définition

de l'indication de réanimation entre un cancérologue, et un réanimateur. Un cancérologue du moment que le patient a une espérance de vie de deux mois, il faut y aller. Ce qui n'est pas du tout raisonnable. Et à l'inverse le réanimateur on a l'impression que si les patients ont plus de 70 ans faut pas y aller. Ce qui est à l'inverse, trop excessif. Donc le curseur il est à mettre entre les deux quoi. C'est qu'à un moment donné il faut prendre la décision en fonction des... de la physiologie du patient, de son espérance de vie mais l'espérance de vie c'est un chiffre qu'on balance en l'air, ça veut rien dire.

Voilà donc la principale difficulté c'est de devoir faire en accéléré une réflexion qui aurait dû être faite depuis longtemps. Et très clairement là-dessus j pense que les directives anticipées sont pas du tout respectées, que, qu'on définit des niveaux de soins qui sont... pas suffisamment... quand ils sont définis, pas suffisamment remis en cause et réévalués au fur et à mesure de l'évolution de la pathologie. Et que des fois, on a des patients où... on fait des excès qui n'ont pas de sens quoi.

On nous pousse à, et avec cette espèce de problématique de, bah le médecin est un peu tout seul alors ! En pratique ya le régulateur pour participer à la prise de décision, voilà, la collégialité ça nécessite de passer par là. Et puis après bah quand on est coincé, quand on sait pas trop, bah c'est quelqu'un qu'on va déplacer, qu'on va amener aux urgences et qui mourra aux urgences. Mais au moins on aura suffisamment de médecins autour de la table pour pouvoir se mettre d'accord sur qu'est-ce qu'on fait et qu'est-ce qu'on ne fait pas. Et puis surtout on aura accès à de l'information qu'on a pas toujours à la maison. Euh. Mais après tous les gens qui sont pas encore en HAD, où c'est pas posé, où quand t'as pas le dossier médical sur eux bah, c'est toujours un peu compliqué quoi.

Principal écueil c'est être isolé, et ne pas avoir les informations. Devoir prendre la décision dans l'urgence alors qu'on aurait pu s'en passer.

### 3.Prise en charge

Q7: La prise en charge a-t-elle nécessité un transport vers l'hôpital ? Si oui, a-t-il été médicalisé ? Pour quelles raisons ?

Non, il est décédé avant.

Mais dans ce genre de cas je reste avec. Parce que, euh, on fait de l'accompagnement de fin de vie, de l'accompagnement terminal, j'ai pas forcément envie de laisser deux ambulanciers, enfin un ambulancier vu qu'y'en a un qui conduit, tout seul avec un patient qui est en train... qui peut mourir à tout moment. Euh j'préfère être là moi, pour le faire, pour l'accompagner. Et qu'à un moment donné bah si tu pars sur une limitation des thérapeutiques et de l'accompagnement terminal, bah alors c'est un moment où tu vas, enfin moi j'utilise de la morphine, voire un peu d'hypnovel s'il est... en détresse, et que, c'est pas quelqu'un d'autre que moi qui peut le faire. Parce que c'est une décision qui passera par moi, et voilà il est hors de question que je laisse deux ambulanciers « bon il va ptetre mourir pendant le trajet mais c'est pas la peine de nous appeler débrouillez-vous quoi ! Non j'accompagne. Dans ces cas-là j'accompagne.

Avec l'objectif premier de pas l'emmener tout court quoi. Maintenant la question c'est combien de temps on peut passer sur place, et combien de temps pour un patient (souple) dont on changera pas l'issue. Mais j'pense que ça fait aussi notre... ça fait aussi partie de notre travail. D'accompagner, enfin de limiter les souffrances en fin de vie ou phase terminale.

Q8: Avez-vous déterminé un niveau de soins ? Si oui pouvez-vous en décrire les modalités de prise en charge en résultant ?

Je pense qu'il était déterminé.

Q9: Avez-vous prescrit vous-même des soins de confort ? Si oui pouvez-vous en décrire les modalités et les objectifs ?

Bah j'aurais... j'aurais aimé (rit) mais j'ai pas eu le temps. Ça aurait été de la morphine.

Q10: Quelles seraient vos suggestions pour une meilleure prise en charge de la fin de vie en médecine d'urgence pré-hospitalière ?

C'est... c'est à mon avis toute la partie qui ne relève pas de la médecine d'urgence qui est à améliorer.

Bon il faut qu'on soit, pour être purement médecine d'urgence, bien évidemment sensibilisés aux procédures d'accompagnement, et notamment en interaction avec les équipes de soins palliatifs, euh pour avoir une réaction appropriée. Maintenant j pense que c'est surtout le côté humanité qui fait le travail là-dessus.

Maintenant euh... le SMUR c'est un petit peu comme... c'est un peu moins flagrant, mais un peu comme les urgences, toutes les problématiques d'amont d'un coup s'arrêtent à une même barrière, et la barrière c'est la prise en charge par une équipe d'urgence. Et si les choses n'ont pas été suffisamment faites en amont, c'est compliqué.

Alors on va sortir du purement pré-hospitalier désolé mais, c'est vrai qu'on traite beaucoup plus souvent ces cas-là aux urgences qu'en pré-hospitalier. Et en pratique, c'est toujours insupportable d'avoir quelqu'un qui de façon évidente est en fin de vie, et où la famille n'en est pas du tout consciente. Alors ptetre que le travail a été fait et refait et que la famille est dans le déni, ça c'est tout à fait possible, maintenant euh c'est pas possible d'avoir des gens qui

découvrent quasiment que le patient a un cancer multimétastatique, au moment où il est en détresse respiratoire, euh qu'il est comateux et que... que ou bien on le tue, ou bien on l'accompagne quoi, donc ya pas de solution intermédiaire.

Donc voilà c'est surtout une, évidemment quoi, une définition du niveau de soins, un accompagnement de la famille, et du patient, des fois le patient veut pas que la famille soit au courant non plus. Ce qui aussi peut être compliqué. Et que cette définition du niveau de soins soit régulièrement remise en question, à chaque fois qu'on a de nouvelles données, que si, si, le cancer essentiellement, son cancer flambe, que ça ça intervienne dans la réan... réflexion et qu'à l'inverse si ça s'améliore sous chimiothérapie, qu'également on augmente le niveau de soins. Voilà. Après c'est aussi valable pour euh des, des pathologies neurodégénératives, ou des choses comme ça. Ou euh, ou simplement pour la vieillesse ! La pire situation c'est un arrêt cardiaque chez un patient entre 80 et 90 ans quoi. Est-ce que je réanime, est-ce que je réanime pas ? Et pour ça il faut que la famille soit, en ait discuté avec le patient avant, au moins qu'il y ait un semblant d'ébauche de quelque chose sur le sujet quoi.

C'est toujours très compliqué donc, comment améliorer les choses ? Bah c'est en améliorant la communication entre les différents acteurs. En amont. Avant d'être dans la situation d'urgence. En situation d'urgence on ne peut pas prendre de bonne décision dans cette situation-là. On risque de sous réanimer ou de sur réanimer des patients qui, ou bien auraient nécessité de, ou n'auraient pas nécessité de. Et voilà. Voilà comment je vois les choses.

## **Entretien 7**

### **Description de la population**

Quel âge avez-vous ?

50 ans.

Quel est votre statut au sein de l'hôpital ?

Praticien Contractuel. Enfin je suis en CDI depuis Novembre, premier CDI de ma vie ! Donc jsais pas si ça s'appelle encore contractuel enfin jsuis praticien, jsuis pas PH euh officiellement non plus donc euh... Praticien Contractuel.

Quelle est votre quotité de travail au SAMU ?

100%.

Depuis combien d'années exercez-vous la médecine d'urgence pré-hospitalière ?

21 ans.

### **1.Situation**

Q1: Quelles étaient les circonstances de l'intervention ?

(début de l'entretien en pause car il s'agit d'un cas récent de régulation médicale et non SMUR ; nous poursuivons cependant l'entretien)

Elle avait 97 ans, avait une tension basse, avec une dégradation de son état général, une somnolence et donc la fille était présente. Y un SMUR qui a été adressé pour l'ensemble des paramètres et pour réfléchir à la situation étant donné l'âge, et la fille... On avait la chance d'avoir des directives anticipées assez franches et la fille qui était présente. C'était une dame qui avait un surpoids important, qui avait un lit euh, un lit adapté, avec un lit fluidisé, qui avait, qui était calée avec euh des coussins qui avait des points, des points déjà un peu escarres, et la fille a demandé dans la mesure du possible qu'on, qu'on fasse un petit peu autour, qu'on prenne en charge à la maison de retraite parce qu'elle se voyait, elle voulait pas qu'elle soit déplacée,

qu'elle souffre, qu'elle soit sur un brancard des heures et ça vraiment vu l'état des urgences actuellement on pouvait que lui confirmer qu'elle serait sur un brancard des heures. Elle trouvait qu'elle était bien installée comme ça, qu'elle était âgée, la dame avait exprimé aussi euh jcrois qu'elle avait une sclérose avec une tétraplégie ou une tétraparésie, et la dame avait exprimé aussi le souhait de plus être hospitalisée.

Q2: Quelle a été votre prise en charge ?

La fille était sur place et on a pu organiser euh, ils ont enlevé les traitements sédatifs en pensant qu'il pouvait y avoir un surdosage, ils ont prévu un peu d'hydratation, et on a fait repasser un peu plus tard dans la soirée pour réévaluer, un médecin de SOS médecins. Et le lendemain le médecin traitant pouvait prendre le relais.

Mais là on avait vraiment la chance en plus d'avoir la fille sur place, avec des choses qui avaient déjà été réfléchies, et une dame très âgée avec des pathologies lourdes.

## **2.Décision de LATA**

Q3: Pour quelles raisons avez-vous pris la décision de LATA dans ce cas précis ?

L'âge, euh les pathologies lourdes, et la demande de la fille oui.

Q4: Avez-vous sollicité un autre avis ? Si oui quels éléments ont contribué à votre décision de LATA ?

Après le collègue en a discuté avec moi, m'a demandé si j'étais d'accord, oui on a eu une discussion collégiale pour être sur la même longueur d'ondes oui.

Q5: Il existe une loi à propos de la LATA, la loi Léonetti. En avez-vous connaissance, que pouvez-vous m'en dire ?

Alors bien sûr ça aide beaucoup et je trouve que c'est une très bonne loi, euh par contre disons que c'est de loin pas encore complètement rentré dans les mœurs même pour des endroits comme des EHPAD où c'est quelque chose qui pourrait être abordé avec les familles parce que on est quand même, on entre quand même dans le domaine des, du grand âge ou de la grande dépendance et des pathologies associées, où on pourrait commencer à penser à ce genre de choses. Et disons, on a de loin pas toujours des directives anticipées. C'est encore, encore loin d'être partagé.

Mais après c'est vraiment super aidant parce que ça te donne un cadre. Alors ça empêche pas de réfléchir à ce qu'on va faire et ce qu'on va pas faire, mais ça donne vraiment un cadre à suivre, pour savoir si on va être invasifs ou pas. Parce que c'est vrai que quand ça arrive... Enfin moi ça m'est déjà arrivé, de, d'être sur un arrêt en maison de retraite dans la nuit et euh souvent les familles sont même pas joignables. On essaie de les appeler, c'est déjà difficile d'appeler à une heure pareille, euh et souvent les gens répondent pas. C'est souvent des gens qui donnent des numéros de portable et puis comme tous les gens âgés, leurs portables souvent ils sont éteints et... Les gens les plus âgés, c'est pas des geeks du téléphone (rit) Ce qui fait qu'on se retrouve souvent effectivement à téléphoner sur plusieurs numéros et on n'arrive à joindre personne.

Et on s'retrouve, comme souvent de toute façon au SAMU, à devoir un peu prendre des décisions un peu à l'arrache dans son coin alors que c'est des choses qui pourraient être discutées un peu plus collégialement. Mais j'trouve que c'est, faut inciter les gens oui à réfléchir à ces choses-là. Les gens que je connais qui ont pris la décision c'est des gens que t'as envie de réanimer... Par exemple mes beaux-parents, ça fait super longtemps qu'ils ont rempli un papier avec plein de textes de lois en disant qu'ils menaçaient des pires représailles judiciaires

celui qui oserait les réanimer. Et en fait ils vont parfaitement bien (rit). J'ai l'impression que c'est les gens qui vont le mieux souvent qui réfléchissent à l'après, à un problème. Et quand les gens sont vraiment dans des pathologies graves, ils sont plus dans cette dynamique tellement d'y réfléchir. Notamment avec les démences où ils sont plus vraiment capables de décider. Et où les familles parfois ont du mal à mettre une limite.

Et peut-être que les médecins généralistes s'impliquent pas toujours là-dessus. C'est vrai que parfois on appelle les médecins généralistes et (pause) moi il m'est arrivé d'avoir l'impression de pas parler à un professionnel, ya des médecins qui répondent à mais si faites tout, et on voit les antécédents et on se dit euhm... Il dit « faites tout » comme dirait une famille alors que normalement il doit quand-même avoir un regard plus professionnel et un peu plus de recul et euh pas s'obstiner quoi.

Q6: En général, quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour prendre une décision de LATA en médecine d'urgence pré-hospitalière ?

C'est peut-être pas bien parce que... J'trouve finalement que ça m'est assez facile, notamment dans les arrêts cardiaques, enfin, il faut dire que j'ai travaillé 15 ans en réanimation en périphérie où pendant 15 ans j'ai réexaminé des patients où on les avait les uns et les autres rattrapés d'arrêts cardiaques, des gens âgés avec des no flow mal déterminés euh qui finissaient... ou qui décédaient dans les 24-48h qui suivaient ou qui devenaient végétatifs, qu'on finissait par trachéotomiser puis transférer en séjour, moyen séjour, long séjour, pour ceux qui passaient les différentes étapes et les différents caps, et disons que... Quand c'est des arrêts, notamment quand les gens sont vraiment âgés plus de 80 ans, euh j'ai, jsuis pas une grande réanimatrice de à tout prix, où on essaie de réanimer tout le monde, je passe souvent plus de temps, alors on continue la réanimation de secourisme, mais je passe plus de temps à faire une discussion avec la famille en exposant les choses, en expliquant les choses comme elles sont actuellement et

l'avenir qu'il risque d'y avoir. Et je fais plus de temps de discussion que de dire à tout prix il faut réanimer. Mais c'est aussi peut-être un peu... Peut-être que quand on est tout jeune on... Quand j'étais toute jeune au SAMU, on essaie de faire à chaque fois, on essaie de faire repartir à chaque fois et je suis pas sûre que ce soit bien de faire repartir à chaque fois. Mais après, c'est compliqué parce qu'en même temps je (pause). Jsuis pas très très enclin à réanimer des gens très âgés hein. Plus de 85 ans, je veux dire après je... je finis par me dire philosophiquement que c'est quand-même aussi la vie normale que les gens décèdent à un moment. Et que parfois, surtout quand les gens étaient très très bien avant, des fois c'est plus tranché de mourir directement que d'être réanimé et de traîner pendant des mois grabataires, et c'est souvent des choses que les gens auraient pas voulu. Mais disons que j'ai pas non plus, ni la science infuse ni une vision sur l'avenir qui permet de dire « c'est bien celui-là » ou « c'est pas bien celui-là ». C'est, disons que... C'est une décision sur le moment et une décision qu'on est obligé de prendre qu'on est amené à prendre, mais disons que c'est pas forcément toujours la chose juste quoi. Et je le sais bien hein. Je m'attendrais pas à savoir avant.

Et pour le reste, bah c'est des discussions avec la famille, avec le médecin traitant, j'essaie dans la mesure du possible de recueillir les éléments avec la famille quand on va évacuer la personne parce que techniquement c'est pas possible de... les personnes peuvent pas gérer sur place parce que, ou même quand ya des situations palliatives, parfois quelqu'un est très très encombré il respire très mal il est quand-même conscient, et c'est quelque chose que les familles peuvent quand-même pas gérer. Ya des gens qu'il va falloir aspirer régulièrement, aider un petit peu et on peut pas juste dire aux familles ben voilà on avait décidé que c'est palliatif donc vous allez jusqu'au bout du processus. C'est souvent des gens âgés qui ont pas, qui avaient jamais rêvé dans leur vie de, d'être paramédicaux ou médicaux et qui se trouvent plongés dans ce système, et qui sont complètement dépassés. Je veux dire en plus du fait qu'ils sont avec quelqu'un qu'ils aiment et qui est en train de partir. Donc il arrive d'évacuer mais en

disant voilà on va faire, on va essayer de passer le cap a minima, peut-être un peu d'antibiotiques, d'oxygène et voir comment ça passe. Parfois on extrait, parfois si la famille a l'air d'être bien organisée on va essayer de proposer des mesures sur place.

Jcrois qu'ya des collègues ya pas très longtemps ils ont laissé une bouteille d'oxygène le temps que l'Adiral ramène un extracteur. Ils sont revenus rechercher la bouteille d'oxygène après, ils avaient laissé la personne à domicile, et on avait gardé le dossier ouvert au cas où la famille soit dépassée, où il faille l'évacuer un moment comme ça on avait déjà les éléments du dossier. Mais c'est déjà arrivé, j'ai vu (collègue) le faire, je l'ai déjà vu le faire à domicile, de rester un peu plus longtemps et euh en semaine de faire venir un intervenant de l'Abrapa pour rajouter des éléments, des gens qui avaient déjà une HAD ou de rajouter des éléments pour passer le cap à domicile. Mais c'est comme tout ça prend du temps, et c'est un peu des déviations de... oui c'est un peu des dérives, des dérives des prises en charge actuelles, parce que nous ça nous prend du temps et tu sais hein, on est des impatients nous. Nous il faut que ça se règle dans les minutes qui suivent, on dit on prend en charge, on prend pas en charge, on laisse sur place, mais euh faire des organisations, passer des coups de fil, ça nous prend un temps qui est pas normalement notre temps SAMU. Et c'est vrai que quand la personne le fait sur place c'est plutôt royal, parce qu'en régulation t'aurais pas le temps de rappeler les différents intervenants. Mais c'est sûr que ça te bloque une équipe plus longtemps. Ça bloque une équipe plus longtemps, c'est pas tout à fait les missions (pause) initiales du SAMU, parce que c'est une dérive aussi de ce qui se fait actuellement avec les hospitalisations à domicile et ça vaut certainement le coup de prendre un petit peu de temps et de prendre une décision qui est meilleure pour le patient. Surtout avec l'encombrement des urgences, si c'est pour aller bête et méchant dire voilà pff, il est pas bien on va le mettre aux urgences et finalement ces gens qui sont en situation palliative, qui sont parfois ou très amaigris ou qui ont des escarres, vont se retrouver sur des brancards totalement inadaptés pendant des heures. Ils seront pas pris dans

un service ils iront au lit porte et c'est sûr que c'est pas des solutions finalement... Il vaut mieux prendre le temps de réfléchir un petit peu.

J'ai la formation d'ailleurs bientôt (se retourne pour chercher un document) « prise en charge préhospitalière des patients en soins palliatifs ». En fait c'est une prolongation de ce que je fais avec le médico-social, là aussi j'apprends la patience donc c'est bien (rit). J'apprends un autre temps, un autre temps de fonctionnement.

### **3.Prise en charge du patient**

Q7: La prise en charge a-t-elle nécessité un transport vers l'hôpital ? Si oui, a-t-il été médicalisé ? Pour quelles raisons ?

Non.

Alors moi personnellement, et ça m'est déjà arrivé de le proposer à des collègues, personnellement j'ai tendance à les médicaliser tout simplement parce que si la situation est vraiment critique, que quelqu'un a beaucoup de mal à respirer, on peut pas laisser à des secouristes la décision de pas faire quelque chose ou de faire, c'est pas, je trouve que c'est pas leur fonction, et c'est faire peser sur leurs épaules des choses qui relèvent pas d'eux normalement. Si le patient est vraiment ou très encombré ou en grande difficulté respiratoire, et qu'on sait qu'on va pas l'intuber, moi j pense que c'est à nous, même si le devenir est sombre et d'autant plus sombre que ya des gestes de réanimation qui seront pas faits, j pense que c'est quand-même à nous de dire, éventuellement d'être présent, pour donner un petit peu de sédatifs ou un petit peu de morphine pour que les gens soient moins anxieux et qu'ils soient un petit peu plus tranquilisés. Ou dire qu'on fait un geste supplémentaire ou pas mais je pense qu'on doit être présent. A ce moment-là. Et disons que on peut pas juste dire, bah non ya rien à faire donc vous vous débrouillez et puis il décède pendant le trajet il décède, euh c'est, normalement on doit les accompagner aussi. Le fait que ce soit palliatif ça veut pas dire que... enfin ya des

soins à faire, ça veut pas dire que les gens doivent souffrir, ou s'étouffer, ou...

Q8: Avez-vous déterminé un niveau de soins ? Si oui pouvez-vous en décrire les modalités de prise en charge en résultant ?

Celle-ci oui mais c'est vrai qu'en plus on avait la chance qu'elle soit en maison de retraite c'est-à-dire que même s'ils sont pas magnifiquement équipés en infirmière la nuit notamment, ya quand-même une présence, c'est pas comme un domicile où la personne va être seule pendant quelques heures de nuit, ya possibilité de passage, la fille était très présente elle est restée la nuit... On pouvait s'appuyer sur quelque chose de solide déjà en place. Et après les consignes étaient claires hein, la personne avait exprimé la volonté de plus être hospitalisée. Ce qui est très clair en matière de : elle est somnolente est-ce qu'on fait un scanner ou pas, euh elle avait des antécédents d'épilepsie est-ce que c'est un état de mal infraclinique, une manifestation épileptique ou pas, ou... Enfin elle te dit pas d'hospitalisation c'est sûr que ça te raye un grand nombre d'exams complémentaires aussi. Elle veut plus être hospitalisée. C'est vrai qu'avec la paralysie, le surpoids et les difficultés, les points de compression tout ça, j'imagine que... on sait avec quelle vitesse les patients s'ouvrent, c'est ça quand ils sont plus dans des conditions euh... quelques heures aux urgences suffisent à faire démarrer des escarres qui vont traîner pendant des mois hein.

Q9: Avez-vous prescrit vous-même des soins de confort ? Si oui pouvez-vous en décrire les modalités et les objectifs ?

Alors qu'est-ce qu'ils ont fait... Alors déjà y'avait une prescription de, y'avait des médicaments qui ont été supprimés. Ils ont rajouté de l'oxygène, et ils ont mis en place une antibiothérapie. La première injection. Et ils ont... parce qu'il y avait un encombrement. Et ils ont prévu de faire repasser le médecin pour éventuellement compléter prescrire le reste des traitements.

Q10: Quelles seraient vos suggestions pour une meilleure prise en charge de la fin de vie en médecine d'urgence pré-hospitalière ?

Bah déjà la formation. Jpense que pour les directives on est à peu près au clair avec ça, après bon, jpense c'est comme tout ya quand-même une variabilité individuelle jpense qu'on a pas tous la même sensibilité, la même... on n'a pas tous les mêmes critères de réanimation, je pense, euh... Mais en tout cas oui une formation pour aborder ce domaine qui est pas tellement un domaine qu'on connaît au final. Euh le palliatif normalement, enfin, qui dit SAMU dit normalement euh (pause) réanimation, faire des soins, pour remettre la personne dans la meilleure santé possible. Et donc c'est vrai que le côté soins palliatifs normalement, on a l'impression qu'on est pas censés être appelés pour des soins palliatifs, puisque ce sont des soins palliatifs et la finalité c'est d'accompagner au mieux la personne vers le décès. Avec le moins de souffrance possible.

Mais c'est vrai que... Jpense que ya de plus en plus de gens qui sont en HAD ou en soins palliatifs à domicile, euh, ya des unités mobiles de palliatifs mais c'est pas toujours possible. C'est pas toujours possible parce que c'est, on prend forcément le relais les weekends, les jours de fête, et les nuits où on est appelés dans la nuit euh c'est des services qu'on peut pas, qu'on peut bien sûr pas mobiliser, qu'on peut même pas consulter. Et donc oui on devient un intervenant parce que les gens se retrouvent dans des situations compliquées... le jour, la nuit... Donc oui jpense que c'est important d'avoir une formation complémentaire là-dedans parce que ça nous permet déjà de donner, d'administrer des médicaments qui soulagent dans des posologies adaptées, d'utiliser des médicaments adaptés, et puis de pouvoir discuter aussi plus facilement avec les familles pour décider de la suite à donner et puis pour orienter les patients ou les laisser à domicile.

Si ya un autre truc dont je me rappelle qui est plus ancien c'était un monsieur qui était très encombré il devait être parkinsonien avec une démence vasculaire évoluée, il faisait des fausses

routes à répétition, il était vraiment extrêmement encombré on était allé le chercher à (village). On l'a bronchoaspiré, il était mieux, et euh, et je l'ai évacué, je l'ai évacué parce que son aidant, je la sentais épuisée. Ça faisait plusieurs nuits qu'elle dormait pas tu sais elle avait les trucs de bébé là, les babyphone, elle passait sa nuit en fait à écouter si il respirait bien. On l'avait bronchoaspiré mais on sait très bien ce qu'est un encombrement bronchique sur une fausse route, sur des fausses routes à répétition. On l'a bronchoaspiré une fois, on sera rappelé trois quarts d'heure après, si ça tient vraiment bien peut-être une heure et demie mais fallait de toute façon revenir, c'était loin, on sentait que, enfin je sentais surtout que à la fois sa femme voulait s'en occuper au mieux mais je sentais aussi une grande fatigue chez elle. Et je l'ai évacué autant pour le monsieur pour qu'on puisse quand-même un petit peu l'aspirer, mettre en route un traitement antibiotique, essayer un peu de circonscrire l'épisode, et aussi pour que sa femme puisse enfin se reposer parce que ça faisait plusieurs jours que... là je sentais vraiment qu'il y avait un épuisement.

Les aidant souvent... souvent l'aidant c'est normal, je dirais ça reste comme ça encore très... Alors moi ça m'est arrivé de demander à une épouse dont le monsieur euh, c'était très dommage ils avaient beau avoir une super situation ils avaient une très belle maison et le gars a développé euh une maladie neurodégénérative type Charcot ou apparenté, à la soixantaine, donc il était très handicapé, il était quasiment tétraplégique il faisait des fausses routes, il était encombré, il avait de l'oxygène. Et y'avait une grosse organisation autour ils avaient des moyens. Et une fois qu'on a pris en charge le monsieur, on l'a laissé à domicile, j'ai demandé à la dame est-ce que vous ça va ? Et elle a éclaté en sanglots et j pense que les gens... enfin que personne lui avait demandé parce que ben... de lui dire mais est-ce que vous prenez du temps pour vous, comment ça va. Faudrait... Vous avez les moyens, prenez quelqu'un. A un moment qui vous déleste, et faites des choses pour vous parce que... Je lui ai dit, j'ai vu que vous dormez encore ensemble, que vous dormez côte à côte, vous l'écoutez respirer la nuit ? Elle m'a dit oui. Il

arrivait pas à tousser tout seul parce que y'avait une paralysie des muscles respiratoires, et ouais... Des fois je pense on est trop global, on regarde pas forcément toujours autour et ya des choses aussi à dire aux aidants pour qu'ils puissent continuer à fonctionner.

De toute façon ça reste quand-même une sensibilité que j'ai de toute façon, de... de prendre en charge comme ça plus globalement et c'est vrai que j pense que ça vient quand-même un petit peu avec l'âge, au début tu vas sur un arrêt t'es là pour le réanimer. Et... et parfois faut prendre un temps... Alors moi j'fais toujours masser ventiler, j'assure le minimum. Mais parfois faut se demander si quelqu'un l'a vu tomber, si quelqu'un a fait des gestes, ça m'est arrivé d'arriver sur des situations où la personne l'a vu faire un malaise, s'est dit ah, il a pas l'air de faire la sieste là il se réveille pas ça fait un quart d'heure. Et puis il appelle son fils qui vient d'un village un petit peu plus loin qui lui dit bah écoute j'arrive, qui vient en voiture et là qui appelle pour dire qu'il est en arrêt. Là on arrive dans un truc où oui, si on demande un petit peu l'anamnèse ben ya un moment où on se dit bah l'âge, les pathologies, le no flow... On fait pas bien. Et on fait pas bien pour le patient dans ce cas-là, on fait pas bien pour la famille, on fait pas bien pour la société... Ya aucun niveau où on fait quelque chose bien pour... Même si ça coûtait cher si on fait quelque chose de bien pour un individu... Sûrement qu'on peut se le permettre, on fait des chimio très chères, on dialyse des gens, jveux dire on les remet dans la vie et c'est bien pour eux, et c'est sûrement bien pour la société parce que ya un bénéfice à remettre les gens en forme aussi en matière de consommation puisque on a beaucoup de coût. On parle du coût aussi dans les accidents de circulation quand quelqu'un meurt à 25 ans, il cotisera pas de sa vie, on lui a payé des études, on lui a payé la scolarité, tout ça, et finalement c'est quelqu'un qui ne cotisera plus. Et on cote ça en manque à gagner, jveux dire le coût pour la société il est dans les blessés graves et il est dans ces morts qui ne travailleront pas, alors qu'ils sont fauchés en pleine jeunesse.

Et de la même manière quand tu remets quelqu'un en bonne santé, une personne âgée en bonne

santé à la maison ou en à peu près bonne santé, bah c'est quelqu'un qui va continuer à consommer, à donner des sous aux petits enfants et à faire marcher la société et Et donc ya un gain déjà pour la personne pour sa santé, ya un gain pour la société. Et quand on... quand on fait des gens végétatifs, c'est la pire situation, jveux dire... faut espérer que les gens ont vraiment pas de conscience de ce qui se passe parce que si ils sont dans un espèce de locked in syndrome c'est pire que tout. Pour la famille, c'est l'enveloppe et plus la personne. On va voir l'enveloppe de la personne et on peut plus communiquer avec... C'est, on n'a rien gagné pour personne hein. Ni pour la personne, ni pour la famille, ni pour la société où on fait en fait des soins lourds pour quelqu'un qui n'a plus du tout de vie relationnelle c'est euh... Jpense qu'il faut pas...

Mais faut pas arriver dans l'état inverse c'est à dire, dire je réanime jamais, il faut rester ouvert aux circonstances. C'est ça le danger. C'est pour ça je dis, bon bah oui des fois on est obligé de se dire est-ce qu'on fait pas, est-ce qu'on continue, est-ce qu'on continue pas. Mais euh, mais au final ya des fois des surprises dans les deux sens.

Ya pas très longtemps, ils réanimaient avant qu'on arrive, un monsieur qui avait fait un malaise aux toilettes et ils l'ont trouvé en arrêt. Et quand j'arrive, juste en le massant, en étant massé ventilé, ils l'ont fait repartir. Et je vois le monsieur, cachectique.... Il était pas très très âgé. Il était cachectique, jme suis dit, celui-là il a un cancer, un truc... En fait il avait une insuffisance respiratoire terminale, et ils l'avaient laissé rentrer à domicile parce qu'il avait refusé les soins palliatifs, et ils avaient prévu de faire passer l'unité mobile de soins palliatifs. Et ce monsieur a fait un arrêt. Et la famille, pourtant yavait une aide-soignante, la famille une fois que j'ai discuté avec eux, il était reparti. Jme suis laissé un temps. Il ventilait correctement, le cœur restait stable, la tension était bonne donc jl'ai intubé. C'était fait hein, c'était fait. Et j'ai rediscuté après avec la famille et pour leur expliquer que voilà, s'il refaisait un arrêt, probablement que je le ferais pas. Elles m'ont expliqué des soins palliatifs, en fait elles étaient

très claires sur il veut pas être réanimé et je sais pas ce qui s'est passé à ce moment-là. Les gens, le stress machin, les gens ont buggé ont pas dit aux pompiers « il faut s... » « s'il fait un arrêt il faut rien faire ». Et donc... En plus celui-là il est reparti, oui il est reparti super bien ! Parce qu'il présentait des signes de réveil ! Quand on est arrivés en réa on venait de (village), arrivé en réa il présentait de signes de réveil et quand on l'a mis sur le lit il a commencé à chercher pour enlever la sonde donc ils l'ont bien rattrapé en plus. Et tu vois, ce patient... Alors c'est sûrement pas tout à fait bien quand-même qu'il ait été réanimé alors qu'il s'était mis en arrêt et que ça s'était passé très très vite, malaise aux toilettes en présence de la famille, tu vois c'est pas... Ca va ptetre le mener à une mort dans quelques semaines, quelques mois peut-être, plus douloureuse que ce... cette première fois. Euh mais en même temps tu te dis ben il a complètement... Enfin, il a récupéré, il a des bons signes de réveil, il a été euh, il a été bien réanimé. Juste... C'est celui qu'il fallait pas réanimer mais... En plus ça a bien marché. Et à partir du moment oui où j'ai vu qu'il était stable, on l'a intubé, on a mis un coup de sédation, bon. Et déjà à domicile la famille est venue lui parler, et je voyais qu'il avait les sourcils qui se fronçaient, ya eu des larmes, et on sentait qu'yavait des réactions qui se passaient. Et puis au fil de la prise en charge on l'avait sédaté légèrement, bah yavait des signes francs de réveil. Et disons que c'est le genre de truc qui rend humble parce que tu te dis bah ouais, mais vous avez réanimé et puis, et finalement... Après jsais pas s'ils ont réussi à le sevrer du respirateur. Un insuffisant respiratoire terminal... Mais après ptetre que s'il a présenté des signes de réveil importants ils l'ont ptetre extubé, comme ça un peu à l'arrache, euh rapidement pour éviter qu'il soit plus sevrable du respirateur, c'est possible. Mais finalement tu te dis bah il aurait pas fallu et puis lui l a plutôt évolué favorablement. Il faut rester humble sur l'évolution potentielle. Des fois on se dit « ouh la, non » alors que ça aurait été un bénéfice.

## **Entretien 8**

### **Description de la population**

Quel âge avez-vous ?

30 ans.

Quel est votre statut au sein de l'hôpital ?

Je suis Assistant Spécialiste.

Quelle est votre quotité de travail au SAMU ?

50%.

Depuis combien d'années exercez-vous la médecine d'urgence pré-hospitalière ?

1 an et demi

### **1.Situation**

Q1: Quelles étaient les circonstances de l'intervention ?

C'était une intervention primaire en EHPAD. Pour un monsieur de 97 ans. Sur détresse respiratoire.

Q2: Quelle a été votre prise en charge ?

En fait c'était une demande de renfort des pompiers. A l'arrivée des pompiers, le patient désaturait à 75% sous masque simple qu'ils avaient en maison de retraite, avec des signes de lutte. Euh, et avec un Glas... Enfin initialement un Glasgow 869, et en fait en arrivant le monsieur était somnolent mais facilement réveillable donc plutôt Glasgow 12. Euh saturation à 95% sous masque à haute concentration 9L. Pas cyanosé, pas marbré mais effectivement balancement thoraco-abdominal, tirage sus-clav. Euh un monsieur qui avait des fausses routes hein donc vraisemblablement pneumopathie de déglutition. Et euh bon, en feuilletant le dossier que l'infirmière de maison de retraite avait préparé, euh le patient jcrois antécédent de TACFA,

pacemaker pour BACFA, un MMS à 15 il y a 3 ans, et étiqueté GIR2. Moi dans ce contexte-là... Alors l'infirmière disait qu'il déambulait encore etc mais c'est vraisemblablement son état cognitif qui limitait aussi principalement l'autonomie. Je... Moi j'étais pas parti pour faire plus euh, plus que ça hein.

Euh la seule chose qu'on avait faite c'est masque haute concentration du coup, VVP, Perfalgan.

## **2.Décision de LATA**

Q3: Pour quelles raisons avez-vous pris la décision de LATA dans ce cas précis ?

Bah forcément moi j'avais déjà, enfin déjà l'autonomie hein euh, au préalable chez ce patient donc comme dit GIR 2 qui déambulait mais avec un état cognitif vraisemblablement très limité quoi, parce que MMS à 15 trois ans auparavant... Puis l'âge forcément, secondairement hein, qui rentre en ligne de compte. Et puis ben, après le devenir pour ce monsieur alors ok il était en EHPAD hein mais, quel devenir lui offrir hein avec... déjà avec une prise en charge invasive. Et bon comme c'est toujours compliqué en SMUR. Ouais parce que prendre la décision tout seul c'est toujours ça la problématique en pré-hospitalier. Moi j'ai appelé la famille très rapidement. Comme d'habitude, la moitié des numéros étaient faux, ou alors y'avait trois enfants, un des trois qui ne le voyait plus, le deuxième qui le voyait une fois, une ou deux fois par an et au final c'était la troisième la dernière que j'ai appelée qui le voyait toutes les semaines ou toutes les deux semaines. Donc j'en ai discuté avec elle, je lui ai donné moi mon ressenti, et elle elle allait dans ce sens-là donc avec tous ces éléments-là moi j'ai rien fait d'autre quoi.

Q4: Avez-vous sollicité un autre avis ? Si oui quels éléments ont contribué à votre décision de LATA ?

Alors le patient, très difficile. Euh y'avait donc la fille, j'ai sollicité. Et moi je... Enfin j'en discute toujours un petit peu avec le médecin régulateur je lui dis ce que j'ai fait, mon ressenti.

Après je lui demande un petit peu son avis si lui ça lui paraît licite ou pas quoi, et puis... Non personne d'autre.

Bah y'avait une chose que j'avais déjà fait, mais là j'ai pas pu le faire, c'est appeler le médecin coordonnateur de l'EHPAD. Il était en vacances à Bali ou un truc comme ça... Donc c'est un peu plus compliqué. Et le médecin traitant euh, pas joignable non plus.

Q5: Il existe une loi à propos de la LATA, la loi Léonetti. En avez-vous connaissance, que pouvez-vous m'en dire ?

Alors j'ai fait mon mémoire de DES de med G sur ce sujet un peu, la fin de vie à domicile. Euh à mon sens elle, enfin, est pas adaptée au domaine pré-hospitalier mais elle est quand-même adaptable. C'est compliqué d'adapter une loi à des cas très particuliers, jveux dire c'est clair que les cas pré-hospitaliers on a pas une décision de limitation de soins euh, on en a pas trente par jour. Donc légiférer sur des cas, des cas isolés à mon sens c'est un ptit peu compliqué, on peut pas non plus faire ressembler la loi à la vie de tous les jours c'ets pas possible. Après c'est clair que pour la prise en... la prise en charge intra-hospitalière elle est totalement adaptée hein, j pense que on a déjà un bon arsenal pour accompagner les gens et aider les gens dans leur fin de vie hein. Enfin à mon sens, après c'est... Après la grosse, la seule chose qui pourrait éventuellement nous aider en pré-hospitalier, c'est légiférer là-dessus mais pas changer cette loi-là, c'est ptetre imposer, c'est difficile d'imposer mais imposer aux maisons de retraite ou aux établissements hébergeant du public à long terme comme ça, d'avoir un projet. Enfin ils sont censés déjà l'avoir jcrois il me semble, un projet, ce qu'ils appellent le projet de vie. Et moi jle vois souvent en régulation, tu discutes avec les infirmières, tu leur dis bon vous avez déjà abordé le sujet ? Bah non ça fait pas très longtemps qu'il est là. Et ils te disent que ça fait deux ans qu'il est dans l'établissement donc tu vois ya une sorte de distorsion du temps qui est assez drôle. On n'a pas la même perception du temps. Mais ouais peut-être essayer de...

d'inciter les gens à soit prendre des... soit avoir leur avis hein, clairement sur la prise en charge qu'ils veulent. Et continuer à faire de la pub pour les directives anticipées. C'est une certitude. Et pour parler des directives anticipées moi jme rappelle aux urgences l'hiver dernier au final on a intubé une petite dame qui avait plus de 90 ans pour détresse respiratoire, on connaissait pas du tout le background. Et au final, en appelant après à droite à gauche en ayant le temps une heure après on a appris qu'elle avait des directives anticipées... ça la foutait un peu mal. Mais ouais, les rendre plus lisible, qu'on ait un fichier national informatique ou des choses comme ça. C'est vrai qu'on a beaucoup d'axes d'amélioration sur la fin de vie. Parce que malheureusement que ce soit en pré-hospitalier ou aux urgences on est de plus en plus amenés à en voir. Jsais pas si j'ai répondu à ta question.

Q6: En général, quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour prendre une décision de LATA en médecine d'urgence pré-hospitalière ?

Bah déjà le fait d'être tout seul hein. T'es carrément hors la loi hein. Si tu prends la décision tout seul. Après quand t'as la famille sur place c'est une aide mais bon ya le caractère aigu et émotionnellement chargé de la situation qui peut être difficile à... à passer outre.

Ensuite, qu'est-ce qu'il y a encore... La difficulté de joindre le médecin coordonnateur de l'EHPAD ou le médecin traitant quand jsuis à domicile, les numéros de téléphone qui sont faux dans les dossiers, des ch. Et la difficulté ouais, les gens qui en parlent ptetre malheureusement pas assez entre eux.

C'est sûr, enfin jvais être très terre à terre, mais c'est sûr que quand t'as plus de 75 ans ou de 80 ans tu es plus proche clairement de la fin que du début donc euh... c'est toujours un petit peu difficile de ce point de vue-là. Après on n'a pas forcément il me semble au SMUR de ...

Tu vois aux urgences à (...) à où jtravaille, on a un protocole de LATA défini, qu'on peut remplir facilement, qui a été validé hein, en interne, à tous les niveaux, et peut-être qu'on rédige

une sorte de protocole au SAMU avec d'une part la validation, enfin une discussion avec le médiateur, une discussion avec nous qui sommes sur place, ou éventuellement et également euh l'infirmier qui est sur place hein, et l'ambulancier parce qu'ils ont aussi leur place, ils participent aux soins ils peuvent donner leur avis, c'est clair. Peut-être ouais le plus gros manque qu'on a sur place c'est effectivement un protocole de service quoi, clairement établi. Qui permettrait d'aborder la chose de manière un peu plus... un peu plus tranquille si j'ose dire.

### **3.Prise en charge du patient**

Q7: La prise en charge a-t-elle nécessité un transport vers l'hôpital ? Si oui, a-t-il été médicalisé ? Pour quelles raisons ?

Alors le patient a été transporté vers l'hôpital, tout à fait. Euh tu veux les justifications ou ? ou tu t'en fiches ?

Alors pour moi la justification première, moi j'essaie de garder ces gens en maison de retraite. La grosse problématique c'est que d'une part dans ce cas-là ya une équipe soignante qui était, on va dire... très stressée. Euh, l'infirmière très angoissée, donc là ça allait déjà être très compliqué de gérer sur place, d'autre part le médecin coordinateur, la médecin traitant pas joignables, donc pour le confort de la personne pour le mettre en place, pour d'autres thérapeutiques à prescrire, c'est très compliqué. Voilà pourquoi je l'ai évacué ce monsieur. Enfin. Principalement. Je sais que sa place n'est pas aux urgences, mais le problème c'est qu'en EHPAD son confort aurait été encore moindre à mon sens. Qu'aux urgences. C'est relatif.

Et oui j'ai médicalisé, pour la simple raison que comme dit, on n'a pas de protocole clairement établi au SAMU. Moi sur la feuille d'intervention noir sur blanc, ya écrit ne pas réanimer, si jamais le monsieur fait une problématique pendant le transport, bah les pompiers malheureusement bah il respectent leur protocole à eux et ils entament une réanimation. Et si

c'est pas les pomipers ou l'ASSU ils nous demandent en renfort à nouveau donc... ya un deuxième déploiement. C'est une question réellement pratique et pour éviter qu'il y ait toute problématique pendant le transport quoi. Au-delà de ça aussi effectivement pour le patient, si jamais il présente une complication pendant le transport qu'on puisse peut-être lui apporter un peu de... un peu de soulagement quoi.

Q8: Avez-vous déterminé un niveau de soins ? Si oui pouvez-vous en décrire les modalités de prise en charge en résultant ?

Alors le niveau de soins clairement, pas de massage si arrêt cardiaque, et pas d'intubation. C'est ce que j'avais défini pour le monsieur. Après a fortiori, noradrénaline ou adrénaline pareil hein. Tu vas pas te lancer là-dedans. Pour le reste, ça me semblait licite un remplissage si j'mais il était hypotendu, et une antibiothérapie. C'était le cas hein. Pas une fin de vie en tant que telle quoi.

Q9: Avez-vous prescrit vous-même des soins de confort ? Si oui pouvez-vous en décrire les modalités et les objectifs ?

De ma part ? Alors non pas de prescription de soins de confort. Parce que, ah j'ai oublié de le dire dans la prise en charge qu'on a faite, on l'a bronchoaspiré. Un peu traumatique, un peu traumatisant pour le monsieur je présume, mais ça a permis d'un petit peu améliorer sa fonction ventilatoire. Il avait des signes de détresse respiratoire qui au fur et à mesure se sont apaisés donc... le patient respirait effectivement un petit peu difficilement. Mais n'était plus réellement en détresse. Mettre en route de la morphine, ou de l'hypnovel, ça m'apparaissait un peu comme un ptit peu... un ptit peu trop tôt à l'heure actuelle donc... Non, pas de soins de confort mis en route.

Q10: Quelles seraient vos suggestions pour une meilleure prise en charge de la fin de vie en médecine d'urgence pré-hospitalière ?

(rit) Euh c'est toujours très compliqué. Euh... Parce que... oh la la, par où commencer.

Alors déjà, je vais rabacher une nouvelle fois qu'on ait véritablement un protocole sur la limitation thérapeutique éventuellement pour nous déjà... enfin c'est un peu égoïste ce que je vais dire, mais pour nous protéger, et d'autre part pour essayer de cadrer les choses. J'ai dit, intégrer si t'as l'interne, l'infirmière, ou l'ambulancier, avec le médecin régulateur. Jveux dire quand t'as déjà 4-5 professionnels sur place, j pense que c'est plus que suffisant. Euh de ce point de vue là ça c'est pour nous.

Après pour les patients c'est clair que pour leur confort l'idéal ça serait, si vraiment t'es dans le soin d'accompagnement en fin de vie, l'objectif ce serait de les laisser à la... dans leur lieu de résidence hein. La problématique c'est qu'on a un réseau de soins qui est quand-même très, très limité hein.

Je vois moi une fois j'avais laissé une dame, j'avais tout fait pour laisser une dame en, dans sa maison de retraite, une dame qui avait une démence d'Alzheimer très précoce à 60 ans mais grabataire qui communiquait plus etc. Le mari disait oui bah écoutez vous acharnez pas etc on essaie de gérer le problème etc... tu as, le problème du weekend, avec des effectifs en maison de retraite qui sont très amoindris, euh sur place dans la maison de retraite bah les capacités techniques... par exemple tu veux mettre un pousse seringue de morphine ou d'hypnovel, d'autre chose : yen a pas.

Euh c'est souvent des équipes qui sont peu ou pas du tout habituées – c'est un paradoxe – à ce type de prise en charge alors que jveux dire, comme dit les maisons de retraite ou les EHPAD c'est un lieu où on va quand-même pour euh... on va pas dire faire le dernier voyage mais...

(rit) presque, et ouais le... alors ya beaucoup de médecins coordinateurs qui nous aident la semaine hein c'est clair qu'on arrive facilement à joindre, mais pareil le weekend ils sont pas

joignables, et le médecin traitant c'est pareil il est pas joignable hein.

Et voilà, déjà essayer de tisser un réseau, pour qu'il y ait tous les... tous les... tous les professionnels en connexion, que ce soit autant sur le plan matériel qu'au plan humain hein.

Déjà principalement ça. Et puis après, ce qui pourrait après aider, c'est du pratico-pratique j'ai dit euh, tout ce qui est directives anticipées, que ça soit vraiment, que ça devienne vraiment la norme en fait. Dans les établissements déjà, les maisons de retraite, les EHPAD, bah bien sûr à l'hôpital encore plus, parce que souvent on a des surprises à l'hôpital. Et puis quand tu intervies à domicile que les gens essaient d'en discuter avec les familles hein. Avec leur famille. C'est difficile à aborder mais à mon sens c'est pas un sujet tabou hein. Après chacun a, son affinité quoi. Un petit peu. J'pense pour moi... Voilà.

Franchement là dans ma jeune carrière au SAMU jcrois que... j'ai malheureusement pu que deux fois laisser des personnes s... en EHPAD. Et limite en EHPAD c'est presque plus compliqué que à la maison des fois. Parce que ouais comme dit hein, les équipes infirmières sont réduites, stressées, sont pas habituées à ce genre de prise en charge.

## **Entretien 9**

Il s'agit d'un entretien téléphonique. Les données audio ont malheureusement été perdues.

La retranscription a eu lieu sous forme de notes en direct, et a nécessité le rappel de la personne interrogée une seconde fois immédiatement après le premier appel pour préciser quelques points.

### **Description de la population**

Quel âge avez-vous ?

31 ans.

Quel est votre statut au sein de l'hôpital ?

Chef de clinique.

Quelle est votre quotité de travail au SAMU ?

J'y fais en moyenne 2 gardes par mois.

Depuis combien d'années exercez-vous la médecine d'urgence pré-hospitalière ?

Un an et demi.

### **1.Situation**

Q1: Quelles étaient les circonstances de l'intervention ?

Nous étions appelés sur un ACR chez un monsieur âgé, à domicile, avec pas mal de comorbidités.

Il s'agissait d'un ACR hypoxique sur fausse route. Le no flow était de 10 minutes.

Q2: Quelle a été votre prise en charge ?

Quand on est arrivés sur place, les pompiers massaient, et le monsieur est reparti après juste une ventilation.

Je me rappelle bien le rythme c'était une dissociation électro-mécanique.

Et là vu les comorbidités, le no flow de 10 minutes, j'ai appelé la régulation pour discuter d'une limitation. On était d'accord, j'ai raccroché, et puis on a arrêté la réa et j'ai extubé le monsieur sur place.

### **2.Décision de LATA**

Q3: Pour quelles raisons avez-vous pris la décision de LATA dans ce cas précis ?

Je dirais, en premier les comorbidités, en deuxième le no flow, et en troisième mais dans une moindre mesure, l'âge.

Q4: Avez-vous sollicité un autre avis ? Si oui quels éléments ont contribué à votre décision de LATA ?

Oui j'ai appelé la régulation, et le médecin avait les mêmes arguments que moi, les comorbidités, le no flow et l'âge.

Q5: Il existe une loi à propos de la LATA, la loi Léonetti. En avez-vous connaissance, que pouvez-vous m'en dire ?

Le problème, c'est qu'elle est difficilement applicable en pré-hospitalier.

Elle insiste sur la collégialité de la décision, mais aussi sur sa pluridisciplinarité, qui elle n'est pas possible au SAMU. Le médecin du SMUR et celui en régulation appartiennent au même service, à la même spécialité. Même si moi je suis anesthésiste réanimateur j'avais la casquette SAMU, donc la pluridisciplinarité n'est pas respectée.

Q6: En général, quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour prendre une décision de LATA en médecine d'urgence pré-hospitalière ?

Premièrement la solitude. Puis le problème de pluridisciplinarité qu'on n'a pas au SAMU. Et en troisième, il faudrait l'avis du patient avant, que les choses soient organisées en amont.

### **3.Prise en charge du patient**

Q7: La prise en charge a-t-elle nécessité un transport vers l'hôpital ? Si oui, a-t-il été médicalisé ? Pour quelles raisons ?

Non.

Dans une autre situation avec un patient en fin de vie qu'on emmènerait à l'hôpital j'aurais médicalisé le transport.

Q8: Avez-vous déterminé un niveau de soins ? Si oui pouvez-vous en décrire les modalités de prise en charge en résultant ?

Le niveau était simple, niveau 1, on ne fait rien hormis des soins de confort.

Q9: Avez-vous prescrit vous-même des soins de confort ? Si oui pouvez-vous en décrire les modalités et les objectifs ?

Non, pas vraiment, le patient était en arrêt, en train de gasper. Après l'avoir extubé on a injecté un peu de morphine pour qu'il soit confortable.

Q10: Quelles seraient vos suggestions pour une meilleure prise en charge de la fin de vie en médecine d'urgence pré-hospitalière ?

En 1, il faut une décision collégiale et pluridisciplinaire. Sinon on ne peut pas initier correctement la prise en charge palliative. Il faudrait par exemple, une liste de praticiens spécialistes dans d'autres disciplines, joignables à tout moment, qui connaissent la médecine, par exemple en médecine interne, pour pouvoir discuter ensemble de ces dossiers. Et décider ensemble d'une non réanimation, d'une limitation.

En 2, proposer un moyen pour répondre aux situations où les patients sont en fin de vie connue, par exemple avoir des procédures d'urgence en HAD, pour pouvoir gérer la fin de vie à domicile. Il en existe mais il n'y a aucune réactivité. Il faudrait pouvoir proposer la venue d'une IDE sur place par exemple. Des équipes de soins palliatifs, quelqu'un qui puisse assurer l'accompagnement, la surveillance nécessaires.

En 3, il faut un moyen fiable pour les familles en cas de détresse, en cas de problème aigu qui les panique alors même qu'ils savent que leur proche va mourir. Proposer d'envoyer SOS médecins qui sera sur place trois heures plus tard ce n'est pas possible. Il faudrait même un numéro différent du SAMU.

Il pourrait aussi y avoir une alerte « ne pas réanimer » qui s'affiche en régulation si le patient a émis des directives anticipées dans ce sens, ou qu'une décision médicale a été prise en amont.

## **Entretien 10**

### **Description de la population**

Quel âge avez-vous ?

43 ans.

Quel est votre statut au sein de l'hôpital ?

Praticien hospitalier et responsable de l'unité fonctionnelle des urgences de Haute-pierre.

Quelle est votre quotité de travail au SAMU ?

Actuellement 20% au SAMU et 80% aux urgences.

Depuis combien d'années exercez-vous la médecine d'urgence pré-hospitalière ?

Depuis 2002, faut calculer euh, 2018 – 2002 ça fait... 16 ans.

### **1. Situation**

Q1: Quelles étaient les circonstances de l'intervention ?

C'était une dame en EHPAD euh GIR 1, Alzheimer, qui, on est appelés parce qu'elle est dans le coma. Et en fait à l'arrivée sur place bon ben elle est dans un coma aréactif, jcrois qu'elle avait des signes de focalisation, on se dit soit c'est un AVC ischémique soit hémorragique de toute façon au vu du contexte on fera rien de plus, et on a décidé de pas... Avec l'accord du médecin traitant qu'on avait pu joindre, de la famille qui était présente, et du personnel de l'EHPAD, de pas la... de pas la transporter, la laisser en maison de retraite en fait. Mourir en maison de retraite.

La maison de retraite était vraiment très bien, très bien, propre, la famille était présente, les filles étaient présentes, on avait mis du temps à appeler le médecin traitant, enfin je trouvais

que la prise en charge avait été optimum quoi. Enfin voilà quoi.

Q2: Quelle a été votre prise en charge ?

En fait on avait discuté avec les enfants, on leur avait expliqué que là il faudrait faire un scanner, pour savoir ce qui se passe, quel que soit le résultat donc y aurait très probablement pas de nouvelle, pas de thérapeutique, et compte tenu de son état voilà on ferait rien de, d'agressif dessus et que l'intérêt de la transporter à l'hôpital finalement pour elle... y'en avait pas beaucoup quoi. Et donc du coup les filles l'avaient très bien compris et j'ai appelé le médecin traitant et surtout demandé à la maison de retraite si ils étaient d'accord pour accompagner cette dame. Voilà y'avait pas de problème, parce que le problème des maisons de retraite c'est souvent t'as une aide-soignante pour 120 résidents, notamment la nuit, et donc euh... Veiller quelqu'un, accompagner quelqu'un c'est assez chronophage et du coup il fallait que la maison de retraite accepte de faire, l'infirmière qui était présente au début y'avait pas de problème, le personnel aussi, voilà c'était les conditions optimum quoi, ce qu'on peut pas toujours faire.

**2.Décision de LATA**

Q3: Pour quelles raisons avez-vous pris la décision de LATA dans ce cas précis ?

Alors, les raisons c'était l'état de la patiente. L'état antérieur de la patiente. C'est-à-dire, on a récupéré les échelles GIR, euh là cette dame était GIR 1, démente, pauci-relationnelle, bon voilà. C'est l'état antérieur qui... On a une dégradation de l'état antérieur qui est déjà très précaire, on se dit qu'il y a peu de chance qu'on améliore les choses quoi. Donc voilà c'est surtout ça qui m'a fait prendre la décision.

Après y'avait aussi un consensus au sein de l'équipe. Et puis... l'acceptation par la famille, si la famille avait été réticente ou la maison de retraite nous aurait dit « bof, bof »... voilà, on aurait pas, on l'aurait pas laissée sur place quoi.

Q4: Avez-vous sollicité un autre avis ? Si oui quels éléments ont contribué à votre décision de LATA ?

Alors là ce qui avait été important c'est d'avoir le médecin traitant. Qui connaissait bien la dame et qui était d'accord avec la démarche. C'est vrai que ça crée une certaine collégialité. Même si en SMUR on peut l'avoir avec le médecin régulateur. Mais en fait là comme on avait le médecin traitant on a pris la décision avec lui, il était d'accord, et après j'avais plus qu'à passer le bilan, expliquer les choses, c'était juste une information du médecin régulateur. J'avais pas besoin euh... Mais voilà, avec le médecin régulateur c'est déjà arrivé qu'on ait une discussion est-ce qu'on arrête, on continue...

Q5: Il existe une loi à propos de la LATA, la loi Léonetti. En avez-vous connaissance, que pouvez-vous m'en dire ?

Alors... La loi Léonetti euh... C'est vrai que dans les circonstances disons de soins palliatifs, où les choses sont un peu annoncées, qu'il y a des directives anticipées, quand la famille... Que du coup les directives anticipées ont permis aussi un dialogue avec la famille et d'anticiper les choses, à ce moment là c'est tout de suite plus facile. C'est ça que ça a introduit.

Après mon sentiment à moi c'est que la loi n'a fait que nous conforter dans des pratiques médicales que l'on faisait depuis des années, entre, entre l'acharnement thérapeutique et l'euthanasie active. Elle nous a permis de mettre en place des... D'autoriser, de légiférer la mise en place d'une sédation profonde notamment.

Et ça a aussi permis de structurer la prise de décision. Avec la collégialité, qui est indispensable. Donc c'est à mon avis une loi qui est assez équilibrée, très adaptée à, aux réalités, et... Jpense t'avais écouté là, aux journées de médecine d'urgence quand ya Léonetti qui était venu parler, euh ça c'est quelque chose qu'il a dit c'est que il vaut mieux au départ tout faire, pour après revenir en arrière plutôt que dire on fait rien et qu'après ben finalement on fait quelque chose.

Et en SMUR je crois que c'est très vrai, il faut pas, si on a un doute il faut intuber, il faut... Et après on réfléchit quoi. Ca c'est fondamental.

Et ya une situation qui est particulière, c'est l'arrêt cardiaque. Là finalement la décision d'arrêter, en fait est, à un moment donné va être compliquée à prendre, surtout quand c'est des patients jeunes, c'est... si ya pas de reprise d'une activité cardiaque après une longue période de réanimation, on est en droit à mon avis de dire, non mais là on arrête les frais, on réanime pas. Faut vraiment qu'il y ait pas eu de récupération cardiaque, qu'il y ait pas eu de... pour pas prolonger la réa.

Et cette loi est... moi je la trouve très bien. J'ai un peu peur là avec, ya tu sais des associations où ils disent, mourir dans la dignité, jsuis très mal à l'aise avec ça parce que la loi actuelle nous permet de travailler correctement. Donc j'ai un peu peur que si on légifère sur une euthanasie active on ait euh... des dérives et que après on arrivera plus à se positionner. Voilà. Ca nous donne un cadre législatif qui est très intéressant. La première loi Léonetti déjà était pas mal, la loi Léonetti Claey's de deux mille euh... seize, qui est vraiment, moi jla trouve très équilibrée.

Q6: En général, quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour prendre une décision de LATA en médecine d'urgence pré-hospitalière ?

Alors la difficulté c'est d'avoir accès aux informations. C'est un problème à mon avis, que chez des patients qui ont des pathologies lourdes, des patients qui sont archi suivis, à droite à gauche, que on n'arrive pas nous en régulation ou en SMUR à avoir accès au dossier. C'est un sujet que j'ai travaillé, ya des moyens techniques qui existeraient, et je vois pas beaucoup d'évolution là depuis quelques années alors que les moyens techniques sont... à notre disposition. C'est très chronophage de courir après les informations. C'est très compliqué. C'est pas impossible, mais c'est compliqué. Notamment en régulation hein, alors que les moyens techniques existent pour nous faire accéder... alors ya le dossier médical partagé qui nous permettrait d'avoir accès à

un certain nombre de compte rendus. Ya des systèmes de dossiers personnalisés, d'accès aux dossiers des patients, des interfaces qui permettraient d'y accéder facilement. Enfin voilà, ya des choses qui peuvent être mises en place, notamment le dossier médical partagé ça... j'suis assez énervé quand on me pose la question parce que en médecine d'urgence ça me semblerait fondamentaux, fondamental. Jpense les urgentistes ont pas bien réalisé que l'importance de cet outil ils devraient euh... je pense dans leurs revendications multiples et variées, exiger la mise en place généralisée du dossier médical partagé et...

Tu prends par exemple sur Strasbourg t'as, aux HUS, tu peux avoir accès via Dx Care à pas mal de choses. Tu as les patients à Paul Strauss. Bon dans quelques semaines voire quelques mois on va fusionner donc on aura ptetre un peu plus accès à leurs dossiers. Plus facilement. Mais les patients qui sont suivis à Ste Anne par exemple, chimiothérapie à Ste Anne=zéro dossier. A l'Orangerie, ils font de la grosse chirurgie cardiaque ou des prises en charge cardiaques, on a zéro dossier... Et quand ça merde à 4h du matin ou le weekend, c'est chez nous que ça vient. Et on n'a pas les dossiers quoi. Et je pense que, un jour je m'énervrai et jpense que j'enverrai une lettre au directeur d'un de ces hôpitaux en disant, j'ai pris en charge un de vos patients, je n'ai pas eu accès aux informations, sachez que ça a été délétère pour le patient. Voilà vous devez mettre en place... Mais les HUS sont pas mieux parce qu'on peut pas consulter le dossier médical partagé aux HUS. On n'est pas équipés pour. C'est ça le gros problème, c'est l'accès à l'information.

Après l'autre difficulté c'est la non-préparation des familles. Du... de la situation, c'est assez énervant quand on a une pathologie chronique, un cancer évolué, on dit euh, vous étiez au courant de la... l'évolution du cancer ? J'ai quelques souvenirs de situations assez douloureuses où les gens étaient pas du tout au courant, pensaient que voilà c'était... voilà on allait faire la chimio, on a raté des chimios mais en fait non on va les reprendre... voilà... donc la non information des familles euh c'est... ça c'est compliqué parce que du coup nous on est dos au

mur et on est obligés de devoir faire du... faire toute la pédagogie, toute l'éducation qu'on aurait du faire, qui aurait du être faite tranquillement en consultation... bon. Jpense aux oncologues notamment hein, mais c'est difficile d'anticiper la mort de quelqu'un. Et c'est difficile de dire à la famille, vous savez là il a l'air d'aller bien mais en fait il est métastaté, voilà... Mais jpense que on peut quand-même l'aborder, on peut dire bah écoutez vous êtes très malade, si ça vient à s'aggraver, si vous êtes dans le coma, si vous faites un arrêt cardiaque, ou une autre souffrance tout ça est-ce que vous souhaitez qu'on... qu'on vous réanime. Au moins recueillir l'avis du patient ce serait pas mal. C'est rare quand on a l'avis du patient. Celui que je viens de débrancher là il avait clairement exprimé sa volonté de pas être réanimé, avait vu avec sa famille, on est dans une situation confortable. Et confortable c'est pour les familles, parce que pas confortable c'est pas vraiment agréable et tout ça mais, au moins ils seront préparés, et le travail de deuil sera bien plus facile. C'est ça qu'il faut voir. Derrière bah ya des gens qui ont perdu un être cher. Et quand les choses ont été annoncées, préparées, c'est tout de suite plus facile quoi.

### **3.Prise en charge du patient**

Q7: La prise en charge a-t-elle nécessité un transport vers l'hôpital ? Si oui, a-t-il été médicalisé ? Pour quelles raisons ?

Non.

Alors moi j'ai tendance à médicaliser parce que je veux pas mettre les ambulanciers en portafaux. Ca reste une décision médicale, faut assumer, et euh mettre quelqu'un qui va décéder sur la rocade dans une ambulance, c'est pas aux ambulanciers de gérer ça. Ca c'est mon sentiment et euh, voilà du coup j'accompagne. Et aussi pour expliquer à mes collègues la démarche, ce qu'on en fait, qu'il y ait des transmissions qui sont correctes. Parce que quand jsuis de l'autre côté de la barrière je le dis aussi ça tu vois. Ca m'énerve un peu quand je vois

une feuille de SMUR où ya marqué voilà, GIR 1 fin de vie pas de réa, hop je vous l'envoie et puis jvais me coucher... Quand tu feras du SMUR j'espère que tu auras un peu l'éthique de, de pas envoyer à tes collègues des patients, parfois graves, sans expliquer ou avoir accompagné le patient jusqu'au bout, ça fait un peu... alors sauf si on est débordés de travail, qu'il y a des SMUR partout, qu'il y a besoin de nous ailleurs, oui bon dans ce cas voilà. De toute façon les gens, soit ils vont aller au NHC soit ils vont aller à Hautepierre, Hautepierre c'est sur le trajet quoi, faut pas exagérer quoi.

Q8: Avez-vous déterminé un niveau de soins ? Si oui pouvez-vous en décrire les modalités de prise en charge en résultant ?

On n'a pas rempli une feuille de LAT comme on fait aux urgences, euh on a déterminé un niveau de soins implicitement avec le patient, euh avec le médecin en fait. En disant que bah, que voilà soit elle restait comme ça dans le coma et elle s'éteignait petit à petit, si elle faisait un arrêt cardiaque on la réanimait pas évidemment, euh mais que bon si elle se surinfectait, si elle faisait de la fièvre, fallait mettre des antibio, si elle avait mal fallait mettre des médicaments... Bon on a parlé avec le médecin quoi mais on n'a pas défini de niveau de soins tel que on l'entend et que c'est protocolisé aux urgences. Et je pense que c'est pas la place non plus du SAMU de faire ça. Soit on réanime soit on réanime pas.

Q9: Avez-vous prescrit vous-même des soins de confort ? Si oui pouvez-vous en décrire les modalités et les objectifs ?

Là elle était dans le coma Glasgow 3 euh, je sais pas si on lui avait pas injecté du valium ou un truc comme ça, je crois pas. Je l'ai fait dans d'autres situations où j'ai injecté euh, ailleurs, mais là non. Elle était Glasgow 3, confortable, on n'avait rien mis de plus.

Q10: Quelles seraient vos suggestions pour une meilleure prise en charge de la fin de vie en médecine d'urgence pré-hospitalière ?

Ca dépend elle est un peu ouverte ta question.

Je pense qu'il faudrait qu'on ait, peut-être pour formaliser les choses un document comme on a aux urgences. Donc il peut être revu, simplifié probablement, quelque chose de simplifié, mais qu'on ait un document formalisant les choses que on n'a pas... sur quels éléments en fait on s'est basé pour pas réanimer. Hors arrêt cardiaque, parce que arrêt cardiaque c'est très particulier, voilà il est en arrêt cardiaque techniquement il est mort quoi, le, soit t'arrives à le sortir de là soit t'y arrives pas, mais c'est, je dirais c'est les événements et l'histoire qui va faire que tu prends une décision, à un moment donné au bout de 40 minutes de réa enfin de no flow, tu sais que ben, on est mort c'est pas la peine de réanimer.

Mais dans le cadre de la patiente dont on parle, ça aurait été probablement – alors on le marque sur la feuille de soins – mais ce serait ptetre pas mal d'avoir un document formalisant les choses, ce qui aurait un intérêt c'est d'éventuellement les colliger et éventuellement de faire de la recherche dessus, de voir quelles sont ces situations, d'en reparler éventuellement en staff... Je pense qu'on protégerait aussi euh... si on respecterait ce protocole-là, si on remplissait toutes les cases avec qui, quels témoins, le médecin régulateur, les autres médecins avec qui on a pris la décision, est-ce qu'on a appelé le médecin traitant, est-ce que... Bah tout de suite on ferait du travail de meilleure qualité quoi. Plus systématique. Jpense c'est ça qui manque. Avec le SMUR. Mais bon ça viendra ptetre hein... Tu t'en occuperas ptere quand tu seras... (sourit). Jcrois que c'est ça qu'il faudrait.

Après ya aussi la formation de tout le monde, et que tout le monde ait le même niveau disons le même niveau d'information, le même niveau de formation, et un consensus un peu général dans toutes les équipes.

Quand jparle des équipes c'est aussi ambulancier, infirmier, sur les démarches que l'on suit et

quelles sont nos, la façon de faire qu'on a dans le service de... voilà.

Jpense c'est les deux axes que je travaillerais si j'avais à travailler sur le sujet quoi.

## **Entretien 11**

Il s'agit d'un entretien téléphonique.

### **Description de la population**

Quel âge avez-vous ?

33 ans.

Quel est votre statut au sein de l'hôpital ?

Je suis praticien hospitalier.

Quelle est votre quotité de travail au SAMU ?

Le quart à peu près.

Depuis combien d'années exercez-vous la médecine d'urgence pré-hospitalière ?

Ça fait 5 ans.

### **1.Situation**

Q1: Quelles étaient les circonstances de l'intervention ?

Alors c'était un matin, on a été appelés à l'unité de vie protégée, qui est un centre hospitalier en périphérie de (ville), pour un patient de 72 ans très sévère. Le motif d'appel c'était désaturation profonde ne répondant pas à l'oxygène, marbrures et coma. Je sais pas si je continue, je fais toute l'histoire ?

Q2: Quelle a été votre prise en charge ?

Globalement on arrive sur place, ya une médecin sur place du centre hospitalier, qui me dit que

le patient a déjà fait l'objet d'une limitation de soins, pas d'intubation, pas d'amines, pas de transfert en réanimation. Mais nous devons l'emmener aux urgences parce que le patient ne répond pas à l'oxygène et qu'il n'aura de toute façon pas assez d'oxygène sur bouteille, comme il est sous 15L/min et qu'il avait déjà quasiment vidé sa bouteille quand on est arrivés pour le transporter.

Alors j'examine le patient qui est euh... bah clairement agonique hein, 69 de sat sous masque à haute concentration, des tensions normales, il est en détresse respiratoire, cyanosé, euh il est tout bleu quoi.

Et le début de la prise en charge, ça a été de lui injecter de la morphine, on a fait une titration, j'ai mis 3 mg par 1 mg, et 2 mg d'Hypnovel, l'idée c'était d'atténuer les symptômes agoniques le temps qu'on puisse avoir une discussion avec cette médecin, ce qu'il fallait faire précisément pour la suite.

Le patient se calme, la respiration devient ample, il est plus cyanosé, euh il est très très encombré, le médecin sur place l'aspire, bah... Ca me semble douloureux pour le patient, elle aspire deux trois trucs, ça produit pas un effet bouleversant. Et on commence à avoir une discussion avec elle et avec les soignants sur place, sur l'indication de transporter ce patient. Alors elle, elle émet encore ses réserves là sur la quantité d'oxygène, et en attendant je lui explique que le service d'urgences est plein, l'UHCD est plein, et si je le transporte ce sera un décès sur un brancard qui sera attendu. C'est pas l'idéal mais elle est très embêtée par la logistique, elle ne peut pas garder ce patient, évidemment, inconfortable... et elle ne se voit pas continuer la titration non plus de morphine et d'hypnovel. Donc je lui propose... Elle est aussi très embêtée par cette histoire d'oxygène. Je lui montre qu'une fois le patient soulagé par la morphine, on arrive à sevrer l'oxygène assez rapidement, la saturation remonte même, et au final on le laisse sous 4L d'oxygène. C'est pas forcément utile de le laisser dans le contexte, mais ni elle ni l'équipe n'est prête à se passer d'oxygène. Je demande aussi pour savoir s'ils

auront des médicaments, après si on pouvait faire un relais de la morphine et de l'hypnovel au pousse seringue. Et je me suis dit que ça allait être très compliqué de trouver des pousse-seringue, et surtout je vois les infirmières et les aides-soignantes qui reculent, qui reculent... euh... ensuite en attendant, pour eux ce serait de l'euthanasie du patient. Je leur explique que non, qu'on est dans du contrôle des symptômes, que c'est pas ce traitement-là qui va mettre fin à la vie, et donc ya une discussion pendant... et je comprends bien que finalement personne n'ira jamais chercher les pousse seringue.

Donc je m'isole avec la médecin. Elle finit par comprendre... Enfin on se met d'accord sur l'absence d'indication de transfert du patient, elle me demande d'appeler la femme de ce patient qui était au courant que c'était défavorable, ça faisait plusieurs jours qu'il se dégradait hein. Elle aussi préférerait que le patient décède dans son domicile. On se pose la question de comment on pourrait faire sachant que personne ne mettra un pousse-seringue. Et du coup avec la médecin sur place on convient d'augmenter le Durogesic déjà, deux patchs de durogésic en sachant qu'à la base elle devait en avoir un, et on va chercher des ampoules de Tranxene, et on prescrit du Tranxene si besoin sur la voie du patient.

Avec le SAMU et avec le médecin, on convient que je partirai pas avant que les symptômes soient contrôlés, qu'on soit sûrs qu'il se dégrade pas à peine je sois parti, ce qui du coup aurait de nouveau motivé le transfert. Du coup j'ai passé trois quarts d'heure sur place. Entre temps la femme arrive, elle discute avec la médecin et nous on finit par quitter les lieux avec un patient qui est sédaté à Glasgow 6, surtout qui est tout rose, qui présente plus aucun signe de détresse respiratoire, qui est encore sous 4L d'oxygène, on convient de plus aspirer, et qui est traité par scopolamine. On part il est tout joli.

Pour la fin de l'histoire, j'ai rappelé courant d'après-midi pour prendre des nouvelles et un nouveau problème s'était posé à l'unité, c'est que sous cette prise en charge le patient semblait

très confortable, respirait paisiblement, faisait quelques apnées de temps en temps, et ils étaient en pleine discussion pour savoir si on pouvait pas quand-même nous le transférer en sachant qu'il allait mieux. Je leur ai expliqué qu'il allait pas bien mais que c'étaient justement les signes agoniques, qui étaient contrôlés, et puis au final il a pas été transféré. Il est décédé en fin d'après midi avec sa famille, paisiblement.

## **2.Décision de LATA**

Q3: Pour quelles raisons avez-vous pris la décision de LATA dans ce cas précis ?

Les arguments, c'était un patient qui avait une démence extrêmement sévère, avec des troubles de la déglutition, il faisait des fausses routes quasiment systématiquement, pour lequel personne n'avait jamais envisagé de mettre une gastrostomie d'alimentation, ce qui semblait raisonnable. Et ils continuaient à l'alimenter, il continuait à faire des fausses routes. Et au courant du mois, le patient avait déjà fait une détresse respiratoire sur fausse route, il avait été récusé de la réanimation, l'équipe médicale du service avait déjà annoncé un probable décès à sa famille puisqu'il allait vraiment très mal. Au final il s'en sort quand-même, il retourne dans son unité, extrêmement amoindri, grabataire, ils arrivaient quasiment plus à lui donner à manger, et ce qu'ils arrivaient à lui donner à manger bah il l'inhalait. Donc la décision de non réanimation avait déjà été prise auparavant, par contre la question qui se posait à ce stade là c'est est-ce qu'il fallait l'extraire ou pas l'extraire.

Q4: Avez-vous sollicité un autre avis ? Si oui quels éléments ont contribué à votre décision de LATA ?

Alors les avis que j'ai demandé, y'avait le médecin de la structure, qui du coup comme elle connaissait le dossier, pouvait être considérée comme le médecin traitant. Y'avait des directives anticipées, enfin des directives anticipées. Le dossier faisait état de la décision de non réanimation. Et bien sûr j'en a référé au médecin régulateur qui était d'accord aussi. En tout et pour tout y'avait trois médecins sur cette décision, j pense que ça suffit. Et ensuite un coup de fil à son épouse qui était d'accord aussi.

Q5: Il existe une loi à propos de la LATA, la loi Léonetti. En avez-vous connaissance, que pouvez-vous m'en dire ?

J pense que c'est une loi qui est très pratique aux urgences, malheureusement en pré-hospitalier parfois difficile à appliquer stricto sensu. Parce qu'on pré-hospitalier pour avoir une discussion collégiale de qualité on est en difficulté dans le sens où on est isolé. Le médecin référent est pas toujours joignable. Notamment la nuit et le weekend. Alors on peut certes faire appel au médecin régulateur qui est en charge du dossier aussi, mais le médecin régulateur il a pas le patient en face, il a pas les antécédents, j pense que c'est une discussion qu'il faut pondérer parce qu'on se rend bien compte que le SMURiste peut raconter ce qu'il veut. Dans tous les cas ya une compréhension claire du dossier par tous les intervenants.

Euh certaines fois en pré-hospitalier on peut appeler le médecin réanimateur pour demander un avis, malheureusement le réanimateur n'a pas accès au patient et doit se fier à la description qui en est faite. Et j pense que pour eux c'est extrêmement compliqué de donner une marche à suivre sans avoir vu le patient en tant que tel.

Alors à l'hôpital autant c'est facile de réunir des praticiens autour d'un patient et d'avoir une discussion collégiale, autant en pré-hospitalier malheureusement ça s'avère compliqué, la

SFMU et la SFAR ont sorti des recommandations qui décrivent un petit peu ce qui peut être fait en pré-hospitalier. Bon qui reprennent pas tous les critères de la loi, on pourra dire, mais qui par contre au niveau pratique pour les urgentistes permettent d'avancer un petit peu les choses.

Là j' parle de l' applicaiton de la loi sur un patient qui est pas apte à donner son consentement. Voilà un patient qui est vigile c'est beaucoup plus facile de trouver le juste milieu, et surtout un patient vigile pour lequel on a été appelés, et bah on peut l'emmener à l'hôpital et prendre le temps de prendre cette décision-là. Voilà le patient inconscient où on a tout, à plusieurs niveaux, qui peut être engagé.

Q6: En général, quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour prendre une décision de LATA en médecine d'urgence pré-hospitalière ?

Alors bah moi j'en vois trois.

On connaît pas le patient. Et au vu d'un âge, des antécédents, un état clinique quand-même apprécié rapidement, j' pense que très souvent on peut aussi... Très souvent une fois sur place on n'a pas forcément envie de se lancer dans des soins très lourds. Néanmoins sur place, ya souvent la famille, qui a pas toujours été informée, qui a pas toujours été au fait, qui connaît pas ces pronostics-là, qui connaît souvent même pas l'état de gravité de base du patient en phase de régul. Les familles peuvent être parfois un ptit peu compliquées.

A fortiori, certaines fois les médecins qu'on rencontre sur place non plus. On intervient notamment souvent dans un hôpital voisin spécialisé dans la gériatrie. Les gériatres sur place n'ont pas toujours notion de ce qui peut être attendu d'un séjour en réanimation chez leur patient. Et surtout n'ont jamais discuté de directives anticipées avec eux. Ca crée des prises en charge qui sont compliquées avec des familles à qui on annonce des mauvaises nouvelles, avec des médecins extérieurs qui peuvent demander le transfert de leurs patients, évidemment qui

sont gravissimes, et n'ont pas de notion que même avec une réanimation ya pas grand-chose à attendre, et du coup ça nous met un petit peu en portafaux. C'est toujours compliqué pour laisser sur place les transferts parce que si le médecin sur place n'est pas d'accord, bah rien ne marche. Un autre écueil, c'est que les patients quand ils sont graves graves graves, bah on a pas toujours le temps de dire on va le transporter aux urgences, ou vers l'hôpital tel quel pour prendre une décision, parfois contre son gré. A se lancer dans une réanimation d'attente, et tu te demandes dans quel cadre elle va être justifiée. Voilà les problèmes.

### **3.Prise en charge**

Q7: La prise en charge a-t-elle nécessité un transport vers l'hôpital ? Si oui, a-t-il été médicalisé ? Pour quelles raisons ?

Non.

Je médicalise extrêmement rarement. Très très rarement . Après toutes les interventions sont différentes...

Une des raisons principales c'est qu'à ... on a une seule colonne de SMUR. Pour un secteur qui est relativement grand. Du coup, à tort ou à raison, mais une fois qu'on a pris la décision de ne pas se lancer dans des soins actifs pendant le transport, yaura pas de plus-value à ma présence, sachant que quand bien même le patient ferait un arrêt cardiaque pendant le transport, bah jme lancerais pas dans une réanimation. La plus-value de ma présence est quasi nulle, et surtout ce serait en défaveur pour une éventuelle autre intervention qui pourrait arriver pendant ce temps de transfert. Après j'avoue, si j'étais dans une zone avec plusieurs colonnes de SMUR j pense que je médicaliserais sans doute pour pouvoir rajouter de l'antalgie si besoin, et parce qu'on peut pas demander à des ambulanciers classiques d'emmener un patient moribond, s'il fait un arrêt ou autre dans leur véhicule. Mais j'estime qu'il faudrait rester disponible pour une éventuelle autre intervention en régul qui pourrait avoir besoin de nous.

Un ptit entre deux, je le faisais de temps en temps, c'est de médicaliser le patient en prévenant le médecin régulateur, comme ça si ya une autre intervention je peux descendre pour prendre un nouveau véhicule. C'est une espèce d'entre deux qui est assez raisonnable.

Q8: Avez-vous déterminé un niveau de soins ? Si oui pouvez-vous en décrire les modalités de prise en charge en résultant ?

Dans ce cas oui, j pense qu'on avait déterminé un niveau de soins. Alors lui il était extrêmement bas. Parce que les recommandations que j'avais des autres médecins étaient plutôt d'éviter des signes extérieurs de douleur, de la surveillance clinique, fréquence respiratoire, encombrement bronchique, et d'arrêter de prendre des constantes. Donc la saturation et la tension pouvaient être oubliées quoi. Enfin saturation non, mais pourquoi surveiller un chiffre quand on peut pas les... Voilà.

Après ça a paniqué toute l'équipe. Ils ont pas du tout l'habitude de ces prises en charge-là. Du coup je voulais pas les forcer à regarder des chiffres de saturation qui étaient peut-être mauvais qui les auraient paniqués, et puis la tension pourquoi prendre une tension quand on n'agit pas dessus...Ca fait un truc autour du bras et ça fait potentiellement mal.

Donc oui on a défini un niveau de soins, c'était surveillance clinique rapprochée.

Q9: Avez-vous prescrit vous-même des soins de confort ? Si oui pouvez-vous en décrire les modalités et les objectifs ?

Du coup on avait prévu des soins de confort, à savoir un morphinique. Pour des raisons logistiques, administré en sous cutané. Et en discontinu du tranxene prescrit à a demande, plus une prescription systématique de tranxene toutes les 6h il me semble, en convenant avec la médecin sur place qu'on pouvait aller jusqu'à cette dose-là si besoin. Et de la scopolamine en sous cutané si besoin. On avait aussi prescrit l'arrêt des aspirations trachéales.

L'objectif c'était de surveiller sa fréquence respiratoire, et l'absence de signes de douleur. Et si problème, en référer au médecin pour qu'il adapte le traitement.

Q10: Quelles seraient vos suggestions pour une meilleure prise en charge de la fin de vie en médecine d'urgence pré-hospitalière ?

Je pense que... sur beaucoup d'aspects, les recommandations qui sont sorties ya deux mois là, peuvent sembler assez adaptées à notre pratique je trouve. Jpense qu'on le veuille ou non le SMUR de plus en plus vont avoir un rôle dans la prise en charge de la fin de vie à domicile ou sur place ou... Sur des conseils de ce type là jpense que je diffère pas de mes confrères. Mais le message n'est pas encore passé.

Il arrive souvent... alors avant je disais que certains gériatres ne prenaient pas de décision, il arrive aussi souvent que certains de mes collègues directs, ont un patient pour OAP, pour coma hypercapnique, avec une détresse au centre, alors que réflexion faite on se rend compte après que c'était des signes agoniques, que... qu'en surmédicalisant la fin de vie, on trouve quelque chose, des comas qui sont pas forcément à prendre en charge. C'est que ces signes-là sont méconnus, la clinique de la fin de vie et de l'agonie tout particulièrement sont relativement mal connus. On s'retrouve à ventiler des patients ou à faire de la VNI en disant faut qu'il aille en réanimation, mais des patients qui décèdent très peu de temps après. Et jpense que la formation sur cette part de la médecine est peut-être insuffisante. On a beaucoup appris les soins agressifs, et on a beaucoup moins appris à reconnaître à quoi ressemble vraiment la fin.

## **ENTRETIEN 12**

### **Caractéristiques de la population**

Quel âge avez-vous ?

Quarante-cinq.

Quel est votre statut au sein de l'hôpital ?

Jsuis Praticien Hospitalier.

Quelle est votre quotité de travail au SAMU ?

50%.

Depuis combien d'années exercez-vous la médecine d'urgence pré-hospitalière ?

Depuis 2003. Ca fait 15 ans.

### **1.Situation**

Q1: Quelles étaient les circonstances de l'intervention ?

Donc c'était un monsieur suivi pour un glioblastome, qui était à presque un an de son diagnostic, et qui était en HAD à la maison. Lit médicalisé. Et on est appelés parce qu'il est encombré et qu'il a du mal à respirer.

C'est l'infirmière en fait qui nous appelle, l'épouse est présente, et finalement entre temps quand on va arriver, ya le médecin traitant finalement qui avait pas été mis dans la boucle, qui était là aussi.

Q2: Quelle a été votre prise en charge ?

Donc du coup ce monsieur il avait eu une lobectomie presque ya un an, et il avait gardé pas mal de... Il avait une hémiparésie gauche. Séquellaire. Et moi jle vois donc depuis le matin il avait une dyspnée, donc effectivement à l'arrivée des pompiers il était marbré.

Alors il avait déjà un peu d'oxygène à domicile mais jsais pas comment il faisait, de temps en

temps ils en mettaient de temps en temps ils en mettaient pas 'fin... Rien de... voilà. Et pour manger en fait il faisait pas mal de fausses routes, on suspectait en fait une pneumopathie d'inhalation.

Et c'est vrai que quand on est arrivés il était très crispé du membre supérieur droit comme ça, un peu marbré, polypnéique, voilà. Alors euh... avec une épouse en fait qui... qui craquait quoi. Qui savait plus trop quoi faire.

Et donc ça j'ai pas trop compris, une infirmière qui a choisi d'appeler directement le 15 sans appeler le médecin traitant. Et voilà, l'HAD non plus n'a pas été contactée enfin... Et nous on arrive dans ce contexte, où finalement jme rends compte que l'épouse... ouais elle est en train de craquer quoi. Elle était très focalisée sur le fait qu'il mange plus.

Mais yavait une lettre de Strauss qui datait de la veille qui avait été envoyée au médecin traitant où ils avaient décidé de plus mettre d'alimentation parentérale, et de choses comme ça. C'était déjà bien calé mais en fait j'ai l'impression que l'infirmière qui était sur place... je sais pas c'était bizarre, je pense qu'ils étaient pas en phase avec le médecin traitant. Ou elle voulait pas, ou elle percevait la détresse de la femme, enfin le médecin traitant c'est pas qu'il la percevait pas mais c'est vrai que l'épouse jusqu'à présent elle avait dit qu'elle voulait qu'il reste à la maison. Qu'il meure à la maison. Parce que là j pense que c'était en train de se mettre en place, et j pense qu'elle supportait pas de le voir respirer comme ça.

Alors du coup j'ai beaucoup discuté avec la femme qui a aussi appelé ses deux filles etc, j'ai aussi discuté avec le médecin traitant.

## **2.Décision de LATA**

Q3: Pour quelles raisons avez-vous pris la décision de LATA dans ce cas précis ?

Concernant la limitation on était tous d'accord quoi. Sauf que on se rendait compte que l'épouse elle était pas prête, je lui ai reparlé pour essayer de la rassurer parce que on a vraiment

l'impression qu'elle pensait qu'il allait mourir de faim et de soif en fait tu vois. Donc voilà on l'a réassurée sur ce point-là. Et puis après discussion avec les filles en fait, au téléphone la femme elle a téléphoné et puis... voilà on s'est dit que c'était pas possible de le maintenir à domicile parce que... voilà.

Maintenant euh, moi j'ai expliqué aussi que c'était la fin. Et qu'on pouvait pas lui dire combien de temps ça allait durer. Il était pas agonisant tu vois. Et... alors le paradoxe c'était aussi avec le médecin traitant, j'ai discuté directement avec lui mais tu vois le dernier épisode de pneumopathie qu'il avait fait ils mettent quand-même encore des antibio donc... tu vois ya quand-même de l'oxygène à domicile... c'est ça qui est pas logique, c'est que d'un côté on se dit on limite les traitements, mais d'un autre côté on met quand-même un peu d'oxygène, on met quand-même un peu d'antibio, donc ça ça prolonge quand-même. Tu vois. Donc là... on a maintenu l'oxygène que les pompiers avaient mis hein, et moi j'ai décidé de... l'hospitaliser parce que la femme elle en pouvait plus, mais en tout cas vu qu'il était très crispé je lui ai mis de la morphine et de l'hypnovel. Voilà. Et il était vachement... alors l'hypnovel pas beaucoup hein, on a mis 1mg, dans son site, et la morphine on a mis 10mg dans un petit flacon comme ça, et tout ça.

Et franchement quand on l'a mis dans l'ASSU, ou dans le VSAV plutôt, c'était jour et nuit. Il était paisible, et il crispait plus comme ça tu vois son bras. Voilà.

Mais bon c'est vrai qu'il y avait déjà une limitation à la base. Alors en fait ça aussi j'ai discuté avec le médecin traitant, j'ai dit mais, parce que dans le compte rendu de Strauss c'était clairement dit qu'il fallait plus faire des choses etc. Notamment ils proposaient une PCA. De morphine. Et j'ai dit au médecin traitant mais pourquoi vous continuez à mettre des perf, des antibiotiques, alors que ça va à l'encontre... et donc il m'a expliqué que cette lettre elle était arrivée la veille, qu'ils avaient pas encore eu le temps de mettre en place les choses.

Q4: Avez-vous sollicité un autre avis ? Si oui quels éléments ont contribué à votre décision de LATA ?

Ouais c'était le médecin traitant. L'infirmière c'était un peu bizarre parce que elle était très dans (une collègue nous interrompt pour chercher qqch dans le bureau)

En fait l'épouse au début elle voulait quand-même garder son époux à la maison le temps qu'il... enfin voilà pour mourir. C'était ce qui était décidé. Après, elle voit que c'est pas... enfin c'est pas qu'elle voit que c'est pas possible mais elle se rend compte que c'est difficile, elle flanche. Mais si tu veux l'infirmière elle était... à chaque fois que je parlais à l'épouse, elle allait dans le sens « il fallait l'hospitaliser » tu vois. Et donc ça ça me contrariait un peu parce que non, il fallait pas l'hospitaliser, il fallait le faire si elle flanchait mais elle était... Moi tu vois j'avais plutôt le discours dans le sens où on peut l'apaiser, on peut lui donner quelque chose pour qu'il ait pas mal. Et une fois qu'il sera apaisé est-ce que vous souhaitez le garder à la maison. Et ça ça m'a un peu fait mal au cœur je dois dire parce que... j'ai toujours un peu de mal parce que jme dis ce pauvre monsieur euh... il aurait été mieux à la maison. Voilà.

Donc oui j'ai pris l'avis de l'infirmière mais c'était un avis euh... tu vois je la trouvais très orientée. Alors jsais pas si yavait un conflit avec le médecin traitant ou quelque chose je sis pas, mais c'était, ça m'a énervé de, c'était pas neutre. Yavait déjà une orientation. Ca c'était compliqué à gérer.

Donc voilà on a pris l'avis du médecin traitant. On a pas appelé l'HAD. J'y ai pensé mais euh... jme suis dit bon là comme c'était la femme qui flanchait plus qu'autre chose moi j'étais... alors jdis pas ptetre qu'il m'aurait donné une idée, mais j'étais assez claire dans ma limitation à moi et de ce que je pouvais faire pour lui tu vois.

Q5: Il existe une loi à propos de la LATA, la loi Léonetti. En avez-vous connaissance, que pouvez-vous m'en dire ?

Alors en pré-hospitalier c'est vrai que c'est rendu un peu compliqué alors oui j'ai déjà eu des situations, notamment une qui m'avait aussi posé problème où y'avait des directives anticipées. En fait c'était un monsieur qui rapidement, avait un anévrisme cérébral, qui était inaccessible qu'ils pouvaient pas opérer etc, et donc il avait été prévenu qu'il pouvait mourir un jour de ça. Et en fait, bah un matin il a déjeuné et tout et puis il a été retrouvé dans le salon Glasgow 3, voilà. Et donc quand jsuis arrivée y'avait ses directives anticipées où y'avait marqué sur une feuille qu'il voulait pas d'acharnement thérapeutique. Sauf qu'en pré-hospitalier même si euh j'étais quasi sûre à 95% que son anévrisme il avait pétié, jpeux pas en être sûre quoi. Et du coup c'est j'intube, j'intube pas... je l'emmène au scanner pas intubé... enfin tu vois c'était compliqué. Et donc j'ai reposé la question à sa femme qui du coup disait euh, elle disait si ça peut lui faire passer un cap vous l'intubez, si il va rester légume c'est pas la peine. Enfin voilà. Donc du coup pour moi les directives anticipées elles étaient plus euh... il avait pas marqué « si jsuis dans le coma jveux pas être intubé » tu vois... Et du coup j'avais quand-même... bah jl'ai intubé. Et on l'a emmené au scanner et jcrois qu'après effectivement c'était ça qu'il y avait, y'avait une hémorragie cérébrale monstre, et du coup jcrois avec les réa, on a décidé après de l'extuber. Voilà, on a fait comme ça.

Mais du coup jme suis rendu compte que cette loi elle est bien. Mais en pré-hospitalier dans le contexte de l'urgence, c'est quand-même super compliqué à respecter. Parce que les gens en fait... Même pour moi, jme suis dit si un jour ça m'arrive. Qu'est-ce qu'il faut marquer ?? Tu vois parce que tu sais pas qu'est-ce qui va t'arriver, comment tu vas mourir, ou quel est le pépin qui va t'arriver tu vois. Et du coup dans l'urgence j pense que c'est... voilà le doute il doit bénéficier au patient mais du coup t'as l'impression quand-même... tu vois en l'intubant j'avais quand-même l'impression que je respectais ptetre pas les directives du monsieur.

Et après même si médico légalement c'est pas une peur énorme, tu te poses quand-même la question est-ce que je fais bien, est-ce que j'ai pas bien. Donc du coup, j'trouve c'est compliqué à respecter. Mais elle est bien, globalement j'trouve ça plutôt bien qu'on respecte l'avis des gens, mais dans l'urgence euh...

Oui parce que c'est jamais marqué... bon là en cas d'arrêt cardiaque ne pas réanimer, si y'avait marqué ça et qu'il avait été en arrêt je l'aurais fait tu vois. Mais ça correspond en fait rarement à la situation qui se déroule quoi. Donc j'imagine... enfin moi jme suis dit que... j'imagine que du coup il faut faire... enfin le doute bénéficie au patient. Mais bon il se retrouve ptetre quand-même en réa avec un tuyau, ce qu'il voulait pas quoi.

Mais jme dis c'est ptetre plus simple après aussi en réa, avec la famille, le diagnostic etc, de décider d'arrêter les soins quoi. Voilà une décision plus collégiale que juste... même si moi voilà des fois ça m'arrive de prendre l'avis de l'infirmier, ou même de l'ambulancier hein enfin j'essaie de les impliquer tous, mais t'es que trois quoi.

Q6: En général, quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour prendre une décision de LATA en médecine d'urgence pré-hospitalière ?

Et ben c'est que...

Alors déjà c'est sûrement que... on est formés pour sauver. Enfin... voilà. Donc j'pense que quand on arrive avec nos gros sabots, qu'est-ce qu'on fait, on se rue sur le scope, les paramètres vitaux, sur le machin, on met de l'oxygène, on met une voie veineuse, enfin... voilà. Et que... enfin du coup on est déjà induits là-dedans alors que des fois c'est pas la peine quoi. Et ça c'est déjà difficile d'avoir ce recul-là quand ça t'arrive de, d'écouter... alors ça dépend de ce que dit la famille, et comment est présentée l'inter mais... Voilà. Alors voilà, c'est déjà être à l'écoute des gens...

Après moi ce qui me pose aussi problème c'est que c'est pas facile de reconnaître si ils sont en

fin de vie ça dure longtemps, agonisant mais ça va... ça j'sais pas dire aux gens, enfin... c'est difficile de faire la part des choses quoi. Parce que après quand tu pars ça m'est déjà arrivé j'pense à une autre dame pareil qui avait un néo, j'sais pas quoi métastasé partout, et en fait ils nous appellent parce qu'elle est inconsciente depuis le matin, et qu'elle vomit des trucs noirâtres. En fait elle est en occlusion et elle vomit ses trucs noirâtres là, c'est horrible elle a probablement envie d'inhaler, une espèce de respiration en cheminée, des trucs noirs qui coulent, elle est dans un grand lit, enfin vraiment la vision tu vois, elle te fait mal au cœur quoi. Et là si tu veux on commence, donc paramètres vitaux etc, on perçoit rapidement, et tout de suite les enfants me disent on veut qu'elle meure ici, pas qu'elle aille à l'hôpital etc. Ils me parlent de ce truc métastasé donc j'me dis bon clairement on est dans du confort tu vois. Mais quand on est partis, alors on lui a mis une gastrique, on lui a fait du sous cut de morphine, on lui a ptetre mis aussi de l'hypnovel j'me rappelle plus, n l'a réinstallée tu vois dans le lit correctement... mais en fait quand tu pars tu sais pas combien de temps ça va durer. On est partis vers j'sais pas 1h du mat, et j'leur ai dit d'appeler le médecin traitant le matin mais... enfin ça me fait mal au cœur de les laisser comme ça en fait.

Et c'est ça qui est chiant, enfin qui est dur pour moi, c'est que j'sais pas la... enfin j'sais pas si on peut savoir d'ailleurs, mais j'sais pas combien de temps ça va durer, et que en SMUR on arrive comme ça pendant une demi-heure une heure, même si on prend le temps, mais c'est... très cheveu qsur la soupe quoi. Et on part. Et on disparaît et on les laisse... Ca c'est un peu... Un peu chiant. Voilà. Ca ça me plaît pas trop. Et du coup, parce que là tu te sens un peu... Alors maintenant j'ai appris entre temps qu'y'avait des astreintes en soins palliatifs qu'on pouvait appeler pour avoir un avis médical etc. Et donc voilà, ça c'est ptetre à faire quand on est sur place. Mais... ça c'est compliqué en fait.

Après j'trouve que ce qui est assez simple, c'est qu'en général quand la famille est claire, quand on te dit bon on veut qu'elle meure ici, c'est la fin... bon voilà. Mais c'est juste qu'on sait pas

trop où se situe la fin. C'est dur à gérer.

Et en plus tu vois, par exemple cette dame, j'ai pas de rétroaction quoi. Finalement jsais pas quand elle est morte. Ca ça m'aurait intéressé de savoir . Mais bon jme vois pas rappeler le lendemain... j'aurais pu ptetre appeler le médecin traitant mais je savais plus qui c'était. Voilà. Et puis maintenant, voilà clairement on est pas vraiment formés à ça quoi. On est plus dans les gestes de réanimation etc que dans l'accompagnement quoi. Alors bah on le fait avec nos tripes et nos... comme on pense que c'est bien. Mais t'as quand-même le ptit doute de se dire est-ce que c'est vraiment bien. Qu'est-ce que... des professionnels des soins palliatifs qu'est-ce qu'ils auraient fait quoi. Ca ça m'intéresserait de savoir. Voilà, ya toujours ce doute.

### **3. Prise en charge du patient**

Q7: La prise en charge a-t-elle nécessité un transport vers l'hôpital ? Si oui, a-t-il été médicalisé ? Pour quelles raisons ?

Alors oui lui j'ai accompagné en fait, pour la bonne et simple raison qu'on devait aller à Hautepierre aux urgences, et j'avais demandé au régulateur plutôt l'UHCD pour qu'il soit tranquille dans une chambre. Et on m'a dit, urgences ya plus de place à l'UHCD. Donc en fait j'étais inquiète, je voulais pas qu'il aille dans un couloir quoi. Et j'étais, du coup j'ai plus accompagné pour les transmissions à l'IAO quoi. Et pour expliquer la situation, et pour m'assurer qu'il soit dans un box tranquille. Et parce que... oui le transport, jle trouvais beaucoup mieux, il était calme, et puis de toute façon quoi qu'il se passait j'allais rien faire hein. Mais on l'a accompagné pour ça. Et effectivement il a été dans un box. Et du coup c'est vrai que c'est quand-même plus simple que ce soit moi qui fasse les trans aux infirmières et aux médecins de Hautepierre plutôt que les pompiers. Même si je leur avais expliqué, j'pense qu'ils avaient compris, mais voilà. Jme suis dit jpeux bien faire ça pour lui quoi. J'culpabilisais déjà un peu de le sortir de chez lui. Voilà. Jlui devais ça.

Et tu vois là ce monsieur si on m'avait dit euh bah il est attendu à l'UHCD il aura une chambre etc, c'était aussi par rapport à la famille parce que j'avais assuré la fille que... ils avaient un mauvais souvenir de HautePierre... Parce que en fait la femme elle était dans le déni ils avaient un mauvais souvenir de HautePierre parce que jsais pas quoi à un épisode de sa maladie il avait été bilanté et il était resté dans le couloir. Et là elle était toujours dans l'optique que il soit là dans le couloir et qu'il revienne à la maison quoi. Et donc j'ai dit non, à mon sens il va mourir à l'hôpital, enfin, tu vois c'est aussi dur d'affirmer ça parce que tu vois ça peut être dans deux jours on va pas le garder six jours tu vois il va quand-même peut-être rentrer encore. Mais voilà, je leur avais au moins garanti que il serait au calme quoi. Et pas dans un couloir.

Donc si on m'avait assuré que celui-là il allait à l'UHCD direct etc, non, parce que mes feuilles elles sont, je les remplis bien donc voilà. Et qu'il était pas algique. Oui je les médicalise plus si il faut faire de l'antalgie ou...

Q8: Avez-vous déterminé un niveau de soins ? Si oui pouvez-vous en décrire les modalités de prise en charge en résultant ?

J'étais avec ... l'IADE, elle est d'ailleurs venue un petit peu écouter ce que je disais à l'infirmière libérale, et donc en fait on s'était mis tout de suite d'accord de peut-être l'aspirer un peu. Voilà parce qu'il était très encombré. Et après une fois qu'elle avait aspiré oui elle est revenue me voir et...

Q9: Avez-vous prescrit vous-même des soins de confort ? Si oui pouvez-vous en décrire les modalités et les objectifs ?

Enfin je lui avais dit qu'on ferait aspiration, oxygène, que on allait probablement lui mettre un peu de morphine mais rien de plus. Et c'est d'ailleurs elle qui m'a proposé l'hypnovel comme il était contracté, j'ai dit oui il faut le détendre.

Q10: Quelles seraient vos suggestions pour une meilleure prise en charge de la fin de vie en médecine d'urgence pré-hospitalière ?

Ah bah, moi c'est orienté hein, forcément former les équipes hein, donc voilà. Former les équipes, ouais jcrois que clairement on doit faire passer le message que... parce que jcrois que pour beaucoup de gens c'est pas dans nos attributions mais c'est clairement dans nos attributions quoi. Et que oui le profil des sorties SMUR bah elles changent parce que on fait plus de social, on fait plus de personnes âgées, et on fait, on doit faire de l'accompagnement. Maintenant c'est clair que on est pas bien formés. Donc j pense que de former les gens après ils auront une impression d'être plus efficace et peut-être de...

Et alors aussi peut être un truc, ça j pense j'ai quand-même du mal à la régul ou en sortie euh, du mal à comprendre l'HAD, leur fonctionnement, quand ya un médecin quand ya une infirmière, les équipes de soins... Tu vois l'articulation du réseau de soins palliatifs. Parce que tu vois ya une HAD, et finalement c'est quand-même nous qu'on appelle. Donc on a un dossier au SAMU, on va le chercher, mais ya pas de médecin traitant, ya l'infirmière il lui faut une pres, enfin on a des fois du mal à comprendre comment ça marche. Et finalement jme dis que si on les connaissait mieux, ou si on travaillait plus en collaboration avec eux, yaurait ptetre moins de difficultés aussi à mettre en place les choses et ptetre qu'on interviendrait moins pour les fins de vie.

Et alors le regard extérieur aussi, bah moi jcomprends pas pourquoi ya certains patients qui sont en HAD d'autres qui le sont pas, alors qu'ils ont tous des pathologies où ils vont mourir. Ca j'ai du mal aussi à comprendre enfin.

Donc oui j pense que ça passe par la formation, ptetre par une rencontre... je sais pas. Mais en tout cas c'est un peu... On a du travail encore là-dessus. Même si j pense que voilà c'est de mieux en mieux mais... Et la sédation profonde et continue tout ça tu vois, quoi faire, quelles doses, enfin, c'est pas forcément très clair non plus pour tout le monde j pense. On fait un peu

au feeling comme on pense, comme tu vois jsuis chez un patient et que par exemple l'HAD ou les soins palliatifs ont déjà mis en place des choses, bah tu vois jme dis ah tiens ils font comme ça, tu vois je retiens et je me dis ah ben voilà. La dame qui avait l'occlusion là en fait c'est l'infirmière qui m'a dit ah bah la semaine dernière on a fait une inter avec les soins palliatifs ils ont mis trois fois milligrammes de morphine en sous cut. Et tu vois c'est parce que l'infirmière avait vu les soins palliatifs. Voilà. Moi toute seule j'aurais plutôt choisi de mettre une perf, alors c'est le problème de laisser une perf en surveillance à une famille... bon après elle est en fin de course il risque pas d'arriver grand-chose mais c'est ptetre plus stressant. Le sous cut finalement c'est mieux.

#### **ANNEXE 4. Palliative Performance Scale**

PALLIATIVE PERFORMANCE SCALE (PPS)								
%	Ambulation	Activity level Evidence of disease	Self-care	Intake	Level of consciousness	Estimated median survival in days (a) (b) (c)		
						(a)	(b)	(c)
100	Full	Normal <i>No disease</i>	Full	Normal	Full	NA	NA	108
90	Full	Normal <i>Some disease</i>	Full	Normal	Full			
80	Full	Normal with effort <i>Some disease</i>	Full	Normal or reduced	Full			
70	Reduced	Can't do normal job or work <i>Some disease</i>	Full	As above	Full	145		
60	Reduced	Can't do hobbies or housework <i>Significant disease</i>	Occasional assistance needed	As above	Full or confusion	29	4	
50	Mainly sit/lie	Can't do any work <i>Extensive disease</i>	Considerable assistance needed	As above	Full or confusion	30	11	41
40	Mainly in bed	As above	Mainly assistance	As above	Full or drowsy or confusion	18	8	
30	Bed bound	As above	Total care	Reduced	As above	8	5	
20	Bed bound	As above	As above	Minimal	As above	4	2	6
10	Bed bound	As above	As above	Mouth care only	Drowsy or coma	1	1	
0	Death							

**ANNEXE 5. Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)****Richmond Agitation Sedation Scale (RASS)**

<b>Target RASS</b>	<b>RASS Description</b>
<b>+ 4</b>	Combative, violent, danger to staff
<b>+ 3</b>	Pulls or removes tube(s) or catheters; aggressive
<b>+ 2</b>	Frequent nonpurposeful movement, fights ventilator
<b>+ 1</b>	Anxious, apprehensive , but not aggressive
<b>0</b>	Alert and calm
<b>- 1</b>	awakens to voice (eye opening/contact) >10 sec
<b>- 2</b>	light sedation, briefly awakens to voice (eye opening/contact) <10 sec
<b>- 3</b>	moderate sedation, movement or eye opening. No eye contact
<b>- 4</b>	deep sedation, no response to voice, but movement or eye opening to physical stimulation
<b>- 5</b>	Unarousable, no response to voice or physical stimulation

**ANNEXE 6. Score de Rudkin**

1. Patient complètement éveillé et orienté
2. Patient somnolent
3. Patient avec les yeux fermés, mais répondant à l'appel
4. Patient avec les yeux fermés, mais répondant à une stimulation tactile légère (traction du lobe de l'oreille)
5. Patient avec les yeux fermés, ne répondant pas à une stimulation légère

**ANNEXE 7. Caractéristiques des médecins interrogés**

	Q1: Age (années)	Q2: Statut	Q3: % SAMU	Q4: Exp (années)
E1	31	PHC	80	3
E2	38	PH	25	11
E3	35	PH	35	6
E4	33	Médecin militaire	3 gardes/mois	15
E5	32	PHC	50	4
E6	35	PH; Chef de service	35	6,5
E7	50	PC	100	25
E8	30	Assistant Spécialiste	50	1,5
E9	30	Chef de clinique	2 gardes/mois	1,5
E10	43	PH	20	16
E11	33	PH	25	5
E12	45	PH	50	15

E: Entretien, Q: Question

PH: Praticien Hospitalier, PHC: PH Contractuel; PC: Praticien Contractuel

Université  
de Strasbourg



Faculté  
de médecine

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

**Document avec signature originale devant être joint :**  
- à votre mémoire de D.E.S.  
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : FACHINGER Prénom : Mylène

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L.335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main :** « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance  
des suites disciplinaires ou pénales que j'encours  
en cas de déclaration erronée ou incomplète*

Signature originale :

A Strasbourg, le 10/12/2018

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**