

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE : 2023

N° : 206

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention Médecine d'Urgence

PAR
GENET PERRINE
Née le 10/07/1994 à Strasbourg

Titre de la Thèse :

**Décès en structure d'urgence et limitation thérapeutique, étude rétrospective
au CHU de Strasbourg**

Président de thèse : Monsieur le Professeur BILBAULT Pascal

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur WEILL François



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition SEPTEMBRE 2022
Année universitaire 2022-2023

- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Première Vice Doyenne de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1983-1989)
(1989-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel
M. SIBILA Jean
Mme CHARLOUX Anne
M. MANTZ Jean-Marie
M. VINCENDON Guy
M. GERLINGER Pierre
M. LUDÉS Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GALY Michaël

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
DOLLFUS Héléne Génétique clinique

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

NOM et Prénoms	CS ⁹	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRÉS Emmanuel	RP6 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	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRP6	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	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	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)
BAUMERT Thomas	NRP6 CS	• Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice	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	RP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRP6 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	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)
COLLIGNES Nicolas	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Mathieu	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
FAITOT François	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoît	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRP6 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	NRP6 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

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RP6 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hautepierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRP6 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	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	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier	RP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDP	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / Hôpital de Hautepierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien	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	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• 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 / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDALHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'Urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales /Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe	NRPô 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	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

* : 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

A4 – PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatogastro-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYME-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BENOTMANE Ilias		• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme BRU Valérie		• 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 BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• 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)
Mme CEBULA Hélène		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DELHORME Jean-Baptiste		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• 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
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AXS / Hôpital de Hautepierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FILISSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERIN Eric		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KOCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénéréologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER	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		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• 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		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale /PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'Imagerie - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme PORTER Louise		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIOU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
ROGUE Patrick (cf. A2)		• 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 / Hôpital de Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• 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 SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique

NOM et Prénoms	CS ²	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emilie		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
TALHA Samy		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
---------------------------	---	-----	---

B3 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
M. DILLENGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Céline	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pre Ass. DUMAS Claire
Pr Ass. GRIES Jean-Luc
Pr Ass. GROB-BERTHOU Anne
Pr Ass. GUILLOU Philippe
Pr Ass. HILD Philippe
Pr Ass. ROUGERIE Fabien

C2 - MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette
Dr LORENZO Mathieu

C3 - MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé
Dr GIACOMINI Antoine
Dr HOLLANDER David
Dre SANSELMÉ Anne-Elisabeth
Dr SCHMITT Yannick

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr DEMARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Haute-pierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMC
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Haute-pierre
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (*membre de l'Institut*)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**
 - BELLOCO Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - GRUCKER Daniel (Physique biologique)
 - KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
 - MULLER André (Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur)
 - ROUL Gérard (Cardiologie)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 - DANION Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEUMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BARREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépto-gastro-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
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BOURIAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
BURSSTEIN Claude (Pédoopsychiatrie) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameleddine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
DUCLLOS Bernard (Hépto-Gastro-Hépatologie) / 01.09.19	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUFOUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa. Chir.) / 01.09.13	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GAY Gérard (Hépto-gastro-entérologie) / 01.09.13	STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
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
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESSEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	

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

ICANS - Institut de Cancérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 68 76 67 67

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

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

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Pascal Bilbault,

Président du Jury,

Professeur des universités, praticien hospitalier

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous exprime toute ma gratitude et mon plus sincère respect.

Aux membres du Jury,

Monsieur le Docteur François Weill, directeur de thèse, praticien hospitalier

Je ne te remercierai jamais assez pour ton implication et tes précieux conseils ; je n'y serai jamais arrivée sans ton inestimable contribution. Merci d'avoir cru en moi.

Monsieur le Docteur Xavier Leroux, CCU-AH

Je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail, et pour le temps que tu y as consacré. Merci pour ton enseignement au long de mon semestre au SAMU.

À mes co-internes urgentistes,

Quel bonheur d'avoir grandi à vos côtés. Je n'aurai pas pu espérer meilleure compagnie pour parcourir ces années d'internat. Je vous aime.

À mes amis,

Ce travail n'existerait pas sans vous, je vous dois tellement.

Juliette, ma personne, merci pour ton réconfort et ta présence depuis le début.

Alia, merci pour tes relectures, tes encouragements, et ton amour.

Mathilde, merci de me faire rire chaque jour qui passe et pour ton oreille attentive.

Jacques, merci d'être entré dans ma vie et d'y rester.

Sarah, mon binôme, merci d'être toujours plus en retard que moi.

À ma famille,

Mes parents, *pour votre soutien indéfectible toutes ces années. Merci d'avoir fait de moi la personne que je suis. Merci de m'avoir tant donné.*

Thibault, *merci d'être le meilleur petit frère que l'on puisse espérer.*

Baptiste, *mon pilier, merci pour ces précieuses années à tes côtés, et les prochaines à venir. Je t'aime.*

Camille, *merci d'être la sœur que mon cœur a choisi depuis tant d'années, et pour ta présence à mes côtés, envers et contre tout.*

TABLE DES MATIÈRES

SERMENT D'HIPPOCRATE	13
REMERCIEMENTS	14
ILLUSTRATIONS	18
LEXIQUE	19
I. Introduction	21
II. Généralités	23
1. Définitions	23
2. Directives anticipées	24
3. Cadre légal.....	24
4. Recommandations de bonne pratique	25
A. <i>Le rôle de l'Infirmière d'Orientation et d'Accueil (IOA)</i>	26
B. <i>Les arguments nécessaires à la prise de décision</i>	26
C. <i>Le rôle du médecin</i>	27
D. <i>La pluridisciplinarité</i>	27
E. <i>L'entourage familial</i>	28
F. <i>Thérapeutiques</i>	29
5. La sédation terminale.....	33
A. <i>La Sédation Proportionnée Transitoire (SPT)</i>	33
B. <i>La Sédation Profonde et Continue Maintenu jusqu'au Décès (SPCMD)</i>	35
C. <i>La réévaluation</i>	36
III. Matériel et méthode	38
1. Matériel	38
A. <i>Type d'étude</i>	38
B. <i>Les urgences du CHU de Strasbourg</i>	38
2. Méthode	39
A. <i>Critères d'inclusion</i>	39
B. <i>Critères d'exclusion</i>	39
C. <i>Données recueillies</i>	39
D. <i>Critère de jugement</i>	42
E. <i>Statistiques</i>	42
IV. Résultats	43
1. Démographie.....	43
2. Avis	44
A. <i>Avis du patient</i>	44
B. <i>Avis de l'entourage familial</i>	44
C. <i>Collégialité</i>	45
3. Symptomatologie	46
A. <i>Motif d'admission</i>	46
B. <i>Les symptômes inconfortables</i>	47
C. <i>Les thérapeutiques</i>	48
D. <i>Le décès</i>	52

V.	Discussion	54
1.	Limites de notre étude.....	54
2.	Comparaison à d'autres centres	54
a)	<i>Démographie</i>	54
b)	<i>Collégialité</i>	55
c)	<i>Thérapeutique</i>	56
d)	<i>Le ressenti du personnel soignant</i>	58
3.	Perspectives.....	59
a)	<i>Collégialité</i>	60
b)	<i>Environnement</i>	60
c)	<i>Développement de formations spécifiques</i>	62
d)	<i>Synthèse</i>	63
VI.	Conclusion	64
	RÉFÉRENCES	67

ILLUSTRATIONS

<i>Figure 1 Proportions des décisionnaires de la LATA</i>	45
<i>Figure 2 Diagramme des fréquences des motifs d'admission au SAU</i>	46
<i>Figure 3 Fréquence d'utilisation de la morphine selon la douleur</i>	48
<i>Figure 4 Fréquence d'utilisation de la morphine selon l'inconfort respiratoire</i>	49
<i>Figure 5 Fréquence de l'hydratation intra-veineuse selon l'encombrement</i>	50
<i>Figure 6 Principales causes de décès</i>	53
<i>Tableau 1 Différences entre la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès et l'euthanasie, HAS (35)</i>	36
<i>Tableau 2 Échelle de vigilance-agitation de Richmond (Richmond agitation sedation scale RASS) ; validation française par Chanques et coll (36)</i>	37
<i>Tableau 3 Caractéristiques démographiques des patients</i>	43
<i>Tableau 4 Corrélation entre la douleur et sa réévaluation</i>	47
<i>Tableau 5 Corrélation entre l'inconfort respiratoire et sa réévaluation</i>	47
<i>Tableau 6 Synthèse des thérapeutiques</i>	51

LEXIQUE

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INED : Institut National d'Études Démographiques

SAU : Service d'Accueil des Urgences

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

LATA : Limitations et Arrêts des Thérapeutiques Actives

RPU : Résumé de Passage aux Urgences

NHC : Nouvel Hôpital Civil

HAS : Haute Autorité de Santé

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SRLF : Société de Réanimation de la Langue Française

IOA : Infirmière d'Orientation et d'Accueil

SAUV : Service d'Accueil des Urgences Vitales

GIR : Groupe Iso Ressource

RBP : Recommandations de Bonne Pratique

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

PCA : Patient Controlled Analgesia

ARS : Agence Régionale de Santé

SC : Sous-Cutanée

IV : Intra-Veineuse

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

SPT : Sédation Proportionnée Transitoire

IM : Intra-Musculaire

IR : Intra-Rectale

SPCMD : Sédation Profonde et Continue Maintenu jusqu'au Décès

PSE : Pousse Seringue Électrique

RASS : Richmond Agitation Sedation Scale

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

I. Introduction

On compte en moyenne 600.000 décès par an en France, plus d'un sur deux (59%) survenant dans une structure de soins hospitalière publique ou privée (1). Les décès aux urgences ou à l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) représentent 7 à 17% des décès intra hospitaliers, soit plus d'un patient sur 10 d'après le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) 2009 (2).

Selon l'enquête de l'Institut National d'Études Démographiques (INED) 2010 *La Fin de vie en France*, le médecin déclare « avoir pris une décision médicale en ayant conscience qu'elle était susceptible d'abrégé la vie du patient » dans 48% des cas (3). Dans des services type Service d'Accueil des Urgences (SAU) et UHCD soumis à beaucoup de contraintes organisationnelles, la prise en charge palliative de ces malades n'est pas toujours optimisée. En effet, la rotation fréquente des équipes, la courte durée de séjour réglementaire, le flux de nouveaux arrivants, et la culture médicale de l'efficacité peuvent mettre en difficulté soignants et médecins face aux situations palliatives de fin de vie (4).

Dans une étude menée en service de réanimation au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nîmes quant au ressenti des équipes médicales et paramédicales face aux Limitations et Arrêts des Thérapeutiques Actives (LATA), seulement 77% des Personnels Non Médicaux (PNM) considéraient qu'elles étaient en accord avec la loi, 73% des répondants jugeaient qu'elles n'étaient pas assez discutées et faisaient ressentir un sentiment d'échec à 23% des PNM (5).

Finalement, une sédation palliative peut rester violente, culpabilisante, et procurer un sentiment de malaise chez le médecin surtout lorsqu'elle est réalisée dans le cadre de l'urgence, dans des services pourtant confrontés quotidiennement à la mort (6).

En 2021, 1 433 092 Résumés de Passage aux Urgences (RPU) ont été décomptés dans le Grand-Est par Est-Rescue (7), dont 74 307 passages (nombre de RPU transmis) au SAU adulte du CHU de Strasbourg sur les sites de Hautepierre et du Nouvel Hôpital Civil (NHC) . 350 personnes y sont décédées, représentant 0,47% des séjours au SAU. 80 % de ces décès sont survenus dans les suites d'une limitation thérapeutique, ce qui représente 280 patients sur l'année 2021. Devant ces chiffres non négligeables, nous avons décidé d'étudier les dossiers des patients décédés aux urgences adulte du CHU de Strasbourg dans les suites d'une limitation thérapeutique sur l'année 2021, afin de comparer la prise en charge palliative aux urgences en pratique, versus les recommandations de bonne pratique.

II. Généralités

1. Définitions

- La loi de 2002 du code de la Santé Publique définit les soins palliatifs comme
« des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. » (8).
- La sédation terminale est définie par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme
« la recherche, par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience. Son but est de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient, alors que tous les autres moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en œuvre sans permettre le soulagement escompté. La sédation peut être appliquée de façon intermittente, transitoire ou continue. » (9).
- L'obstination déraisonnable est le fait de poursuivre ou d'entreprendre des
« traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. » (10).
- Dignité : Du latin *dignitas*, « *mérite, estime, considération* ». Valeur éminente, excellence qui doit commander le respect (11)

2. Directives anticipées

Les directives anticipées permettent à toute personne majeure de faire connaître par avance ses souhaits pour sa fin de vie en cas de décès à court terme. Elles peuvent être rédigées sur un formulaire dédié ou sur papier libre permettant l'identification du patient, et conservées par un proche, le médecin traitant ou en ligne sur l'espace numérique de santé. Elles ont une durée illimitée et sont révocables ou modifiables à tout moment. Depuis 2016, les directives anticipées s'imposent au médecin « *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.* » (12). De nombreux outils d'aide à la rédaction des directives anticipées sont disponibles en ligne sur des sites officiels accessibles au grand public, tels que les site de la HAS (13) ou du Gouvernement (14) par exemple.

3. Cadre légal

La loi hospitalière du 31 juillet 1991 (15) introduit en France les soins palliatifs dans les missions des établissements de santé et en fait un droit pour le malade, soutenue par la loi de 1999 (16) qui vient garantir un droit d'accès égal et universel à un accompagnement de fin de vie.

La première loi propre à la fin de vie est la loi Leonetti en 2005 (17), qui introduit la notion d'obstination déraisonnable en permettant au médecin de ne pas poursuivre ni entreprendre des soins qui « *apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie* ». Elle mettra l'accent sur la prise en charge de la souffrance d'une personne malade au stade terminal en autorisant la mise en

place d'« *un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrégé sa vie* ». L'avis de la personne de confiance doit être sollicité et, en dehors de l'avis médical, prime désormais chez un malade « *hors d'état d'exprimer sa volonté* ». Le médecin doit prendre en compte les directives anticipées du patient qui peuvent être rédigées par toute personne majeure et valables 3 ans.

La loi Claeys-Leonetti (18) vient autoriser en 2016 l'instauration d'une sédation terminale, associée à l'antalgie adéquate et à l'arrêt des thérapeutiques de maintien artificiel de la vie « *à la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable* ». Elle renforce le rôle des directives anticipées, conservées sur un registre national, sans limite de validité, et qui s'imposent désormais au médecin en dehors du cadre de l'urgence vitale, ou lorsqu'elles paraissent déraisonnables.

4. Recommandations de bonne pratique

Devant les difficultés techniques, morales et éthiques d'une prise en charge palliative de fin de vie aux urgences, un groupe de travail d'experts de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) et de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) s'est réuni en 2018 pour rédiger un guide d'aide à l'arrêt des thérapeutiques pour les professionnels aux urgences (19) abordant principalement les points suivants :

A. Le rôle de l'Infirmière d'Orientation et d'Accueil (IOA)

Première étape d'admission du patient, le passage à l'accueil permet une évaluation immédiate par l'IOA du malade potentiellement en fin de vie. Son rôle sera notamment de prévenir l'équipe médicale afin d'obtenir une évaluation rapide et de limiter le temps passé dans un couloir. Deux situations peuvent se dégager :

- Le niveau de soin du patient n'est pas clairement défini à l'admission : il sera orienté rapidement en box ou en Service d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) selon le niveau de défaillance, afin de procéder à une réanimation d'attente avec suppléance des fonctions vitales, le temps de trouver ou de statuer un niveau thérapeutique.
- Le niveau de soins est défini à priori par la présence de directives anticipées ou d'une trace dans le dossier médical si le patient est connu du service : nécessité d'une installation rapide du patient pour son confort et prévenir sans délai le médecin pour évaluation et soulagement rapide si nécessaire (20).

B. Les arguments nécessaires à la prise de décision

- Premièrement, le médecin doit s'efforcer de recueillir les souhaits du patient, de manière verbale s'il en est capable, sinon par la recherche de directives anticipées, ou à défaut par l'avis de la personne de confiance. Toute personne majeure a le droit de désigner une personne de confiance à tout moment. Il s'agit d'une personne majeure de son entourage, désignée avec son accord par écrit sur papier libre ou sur un formulaire consultable en ligne, cosigné par la personne désignée, et qui pourra être intégré dans le dossier médical du médecin traitant, de la structure d'hébergement, ou conservé par le patient

directement. Elle joue un rôle d'accompagnement dans les démarches médicales, de soutien, et peut assister aux entretiens médicaux. Lorsque la personne est incapable de communiquer, elle joue le rôle de porte-parole en tant que référent auprès de l'équipe médicale, et est consultée en priorité quant aux souhaits de la personne malade hors d'état d'exprimer ses volontés. Il est possible de changer d'avis ou de personne de confiance à tout instant en le consignait par écrit (21) (22).

- Le dossier médical complet du patient doit être recherché, afin d'obtenir une liste exhaustive des antécédents médicaux notamment pathologies chroniques, néoplasies évolutives, état général du patient, l'existence de troubles cognitifs, état d'autonomie en s'aidant du niveau de Groupe Iso Ressource (GIR) si nécessaire.
- Évaluer le rapport bénéfice/risque à procéder à des soins invasifs de réanimation.

C. Le rôle du médecin

Il doit définir le niveau thérapeutique du patient, prescrire les soins et thérapeutiques adaptées, réunir l'ensemble du dossier médical, et rechercher un lit d'aval.

D. La pluridisciplinarité

« 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. » (23).

Il est en pratique souvent difficile aux urgences de recourir à une procédure collégiale conforme aux dispositions légales du fait des contraintes horaires et organisationnelles. Dans ce contexte, la SFMU et la SRLF ont abordé ce point dans leurs recommandations de 2018. Pendant les heures ouvrables, il faut appliquer la loi et impliquer, en dehors du patient, de ses proches, et du personnel paramédical, un médecin consultant extérieur qui peut être un réanimateur, le médecin traitant ou un médecin spécialiste. Une « collégialité restreinte » est tolérée en dehors des heures ouvrables avec consultation si possible d'un autre médecin « *dont l'avis semble le plus pertinent dans le contexte* », éventuellement par téléphone (19).

E. L'entourage familial

L'entretien médical d'annonce d'une fin de vie est une situation délicate à réaliser aux urgences. Quelques principes éthiques doivent néanmoins être respectés car bien que ne changeant pas le pronostic du malade, obtenir l'adhésion et la compréhension de l'entourage permet d'apaiser la difficulté du contenu à entendre et de favoriser le processus de deuil. L'entretien ne doit en aucun cas se dérouler dans un couloir du SAU mais dans une pièce dédiée, dans un environnement calme permettant de minimiser les interruptions, entouré du personnel paramédical prenant en charge le malade. Il faut laisser le temps à la famille de s'exprimer sur ce qu'ils ont compris, leurs souhaits, leurs craintes, et répondre à leurs éventuelles interrogations. Il faut bien entendu adopter une attitude empathique, dans la bienveillance, et un langage adapté

au niveau de compréhension de la famille. Bien que déconseillé, si l'entretien téléphonique ne peut être évité en raison d'un éloignement familial, il doit respecter les mêmes principes.

F. Thérapeutiques

De nombreuses thérapeutiques sont utilisables en soins palliatifs. Nous développerons ici uniquement les traitements médicamenteux les plus fréquemment utilisés lors d'une prise en charge de fin de vie aux urgences. Les traitements plus spécifiques aux services spécialisés ne feront pas l'objet de cette étude.

- Les benzodiazépines sont largement utilisées en soins palliatifs, pour leurs propriétés anxiolytiques, sédatives, anticonvulsivantes et myorelaxantes. En dehors du contexte de sédation, le midazolam peut notamment être utilisé dans le traitement de l'anxiété, en situation d'agitation aiguë, en pré-médication d'actes ou de soins douloureux, ou pour atténuer la composante anxieuse d'une dyspnée. Le clonazépam et le diazépam seront favorisés en cas de comitialité. Les benzodiazépines n'ont pas d'effet propre dans la prise en charge de la douleur mais leur utilisation permet de potentialiser l'effet des opioïdes (24).
- La morphine : Antalgique de référence de palier 3, la morphine présente un effet analgésique dose-dépendant. Son utilisation en soins palliatifs ne fait pas l'objet de recommandations nationales spécifiques, son schéma posologique étant souvent détaillé dans des protocoles centres dépendants, et les adaptations de dose se faisant à l'appréciation du médecin prenant en charge le patient. Néanmoins, dans le cadre de la prise en charge de la douleur en médecine d'urgence, les Recommandations de Bonne Pratique (RBP) de la HAS de 2022

suggèrent une titration IV selon des bolus de 2 mg (patient < 60 kg) à 3 mg (patient > 60 kg) toutes les 5 à 7 minutes avec intervalle rallongé ou posologie réduite chez les sujets âgés fragiles. La voie sous-cutanée (SC) est utilisable uniquement en cas d'impossibilité d'utiliser la voie Intra-Veineuse (IV) ou orale (25). En soins palliatifs, les doses administrées en débit continu sont classiquement celles ayant permis une antalgie satisfaisante sur les dernières 24 heures, ce qui n'est pas compatible avec une fin de vie en service d'urgence dont le décès est souvent attendu à court terme, ne permettant pas le recul nécessaire. La Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) a publié en 2006 des recommandations pour l'utilisation de la Patient Controlled Analgesia (PCA) chez un patient oncologique douloureux, dont on pourrait imaginer les recommandations de posologie de la morphine en débit continu applicables dans le contexte d'antalgie en soins palliatifs aux urgences. Il est proposé, à la suite d'un accord d'experts, d'appliquer un débit continu horaire selon une titration réalisée sur 4h. Le débit horaire nécessaire en mg/h sera donc : (la dose de titration permettant de soulager le patient sur 4 heures) $\times 6 / 24$. Des bolus correspondant à la dose horaire pourront être ajoutés si nécessaire, et la dose réajustée toutes les 4 heures (26). Un document d'aide à la prescription rédigé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Haute-Aquitaine publié en 2015 suggère l'utilisation de morphine dans un contexte de détresse respiratoire aiguë des personnes en fin de vie pour son effet dépresseur respiratoire. Le schéma d'injection proposé dans ce contexte est le suivant : morphine 5 mg + midazolam 5 mg, dilué dans 10 mL de sérum physiologique, en injectant mL par mL toutes les 30 à 60 secondes jusqu'à apaisement (27). Il convient néanmoins d'être attentif aux recommandations

locales, les pharmacies de certains centres contre-indiquant le mélange de morphine et de midazolam dans la même seringue.

- La scopolamine peut être utilisée pour traiter l'hypersialorrhée et l'encombrement bronchique. Elle est administrée sous forme de dispositif transdermique à appliquer sur peau glabre derrière l'oreille délivrant une dose de 1 mg sur 72 heures, ou par voie Sous-Cutanée (SC) sous forme de bolus de 0,2 à 0,6 mg toutes les 4 heures ou sous forme de perfusion SC de 0,8 à 2,4 mg par jour (28).
- L'oxygénothérapie, souvent peu efficace sur la symptomatologie de dyspnée, ne doit pas être poursuivie à tout prix. Les effets indésirables à type d'inconfort lié au matériel et de sécheresse buccale n'étant pas négligeables, elle doit être arrêtée si les bénéfices ne sont pas supérieurs. Si elle doit être poursuivie devant une difficulté de compréhension de l'entourage familial, il s'agit de la rendre la moins contraignante possible en utilisant des débits faibles avec un matériel léger à type de lunettes, et éventuellement de manière discontinue (29).
- Les soins d'hygiène et de nursing sont primordiaux et doivent être poursuivis tout au long de la phase palliative. Ils englobent notamment les soins de bouche, la surveillance d'une rétention d'urine, la toilette, la surveillance cutanée (sites de ponction, pansements, escarres,) et la réévaluation régulière des signes d'inconfort du patient (30).
- Depuis 2016, l'hydratation et l'alimentation sont définies comme des traitements dans le code de la Santé Publique, et peuvent donc être arrêtés au même titre que tout autre traitement s'ils « *résultent d'une obstination déraisonnable* » (31).

Cette dimension peut parfois être difficile à assimiler pour l'entourage familial, en raison de la perception de l'alimentation, de son rôle social, et des croyances culturelles et psychologiques. La crainte de laisser le malade mourir de faim et de soif étant souvent présente, il convient d'apporter les réponses nécessaires à la famille. La perception de la faim et de la soif diminue voire s'atténue chez les patients en fin de vie (32) (33). En revanche, il faudra accorder une attention accrue aux soins de bouche afin d'éviter la sensation de bouche sèche, et si la sensation de soif se fait ressentir par le patient, elle peut être facilement apaisée par des compresses humides, un glaçon, ou une petite quantité de boisson. L'hydratation IV peut également nuire au confort du patient en fin de vie par la majoration de l'encombrement bronchique, des œdèmes, et de la diurèse avec risque de globe urinaire. Si malgré ces explications l'arrêt de l'hydratation n'est pas accepté par l'entourage, elle pourra être poursuivie à faible volume, aux alentours de 250 mL/24h (34).

- Il n'existe pas de consensus quant à l'utilisation d'une antibiothérapie lors d'une prise en charge de fin de vie. Certaines études lui démontrent un rôle symptomatique favorable qui permettrait une amélioration de la fonction respiratoire lors d'infections pulmonaires, un effet antalgique dans certaines infections cutanées, ... Son arrêt ou son maintien sera déterminé à l'appréciation du praticien selon une balance bénéfice/risque favorable au patient, sans tendre vers de l'obstination déraisonnable.

5. La sédation terminale

Le midazolam est le médicament de première intention retenu dans l'indication de sédation en phase palliative, et le seul disposant de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour cette indication depuis 2021 (35). Des RBP ont été rédigées par la HAS en 2020 quant à son utilisation (36) :

A. La Sédation Proportionnée Transitoire (SPT)

D'intensité et de durée proportionnelle aux symptômes, elle permet un soulagement rapide en cas de situation de détresse vitale.

- Hors contexte d'urgence : Par voie IV, il est recommandé de débuter par une titration progressive de midazolam à hauteur de 0.5 à 1 mg à renouveler toutes les 2 à 3 minutes. Par voie SC si la voie IV est impossible, le bolus initial sera de 0.05 à 0,1 mg/kg, renouvelé toutes les 20 à 30 minutes jusqu'à l'obtention du niveau de sédation désiré. Dans les deux cas, une dose d'entretien peut être poursuivie si nécessaire, correspondant à une dose horaire de 50% de la dose nécessaire à l'obtention du niveau de vigilance désiré lors de la titration. Par voie IV et SC, si la titration initiale n'a pas pu être réalisée, l'administration continue d'emblée se fera à la dose de 0.5 à 1 mg/h, réévaluée toutes les 30 minutes. Des bolus supplémentaires peuvent être prescrits en amont en plus du débit continu, correspondant à la dose reçue en une heure, toutes les 2 à 3 minutes en IV et toutes les 20 à 30 minutes par voie SC.
- Dans un contexte de détresse importante nécessitant un apaisement rapide (asphyxie par exemple), il est autorisé de réaliser un bolus de 2 à 5 mg, après

avis d'un médecin compétent dans les prises en charge palliatives. Il est possible d'associer un bolus d'opioïdes en présence d'une douleur. Si la voie IV est impossible, cette même dose peut être pratiquée par voie Intra-Musculaire (IM) qui aura un délai d'action plus rapide que la voie SC.

- Si le midazolam n'est pas accessible, d'autres benzodiazépines peuvent être utilisées, seulement de manière transitoire :
 - Le diazépam : bolus initial de 5 mg par voie IV ou Intra-Rectale (IR) si non disponible, renouvelable une fois après 15 minutes.
 - Le clonazépam : 0,5 mg par voie IV renouvelable après 15 minutes ou 1 mg par voie SC renouvelable après 30 minutes.

- Si les doses de midazolam ne cessent d'être augmentées, que l'effet ne persiste pas ou ne semble pas efficace, ou que les bolus de secours sont utilisés trop fréquemment, il n'est pas recommandé d'essayer une autre benzodiazépine mais de passer aux molécules de deuxième intention, avec l'aide d'un médecin expert des pratiques sédatives pour la prescription. La kétamine et les neuroleptiques sont les drogues de choix, en association au midazolam protégeant des effets psychodysléptiques.
 - Chlorpromazine : Bolus initial de 25mg en IV lent qui peut être renouvelé après 30 minutes. La dose d'entretien sera de 25 à 100 mg/jour en débit continu ou scindée en 2 à 3 bolus journalier. Des bolus de 25 mg pourront être rajoutés si la dose basale n'est pas suffisante, en ne dépassant pas une dose totale cumulée de 300 mg/jour.
 - Les posologies d'administration de la lévomépromazine sont les mêmes que pour la chlorpromazine, en utilisant en revanche la voie SC et en espaçant les bolus lors de la titration de 60 à 90 minutes.

- La kétamine s'administre habituellement à une dose initiale de 0,5 mg/kg, suivi d'un entretien de 1 mg/kg/jour, pouvant être augmenté progressivement jusqu'à un maximum de 5 mg/kg/jour.
- Le propofol, le phénobarbital, le gamma-hydroxybutarate et la dexmédétomidine peuvent également être administrés en deuxième intention. Leur utilisation étant rare et souvent réservée aux milieux spécialisés, leur schéma d'administration ne sera pas détaillé ici. Ils sont néanmoins consultables dans le guide de la HAS 2020 *Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives de l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie* (36).

B. La Sédation Profonde et Continue Maintenu jusqu'au Décès (SPCMD)

Permet une « *altération de la conscience maintenue jusqu'au décès* » (36).

- Il faut procéder à une titration de midazolam soit par bolus de 1 mg renouvelables toutes les 2 à 3 minutes, soit au Pousse Seringue Électrique (PSE) à hauteur de 1 mg/h en réévaluant la posologie toutes les 30 minutes. Si la sédation initiale a été obtenue par bolus, la dose d'entretien sera une dose horaire de 50 à 100% de la dose ayant été appliquée lors de la sédation. Des bolus de 1 mg en 30 secondes toutes les 2 minutes peuvent être ajoutés si le niveau de sédation du patient ne semble pas suffisant.
- Le clonazépam et le diazépam peuvent également être utilisés en recours en cas non-accessibilité au midazolam.

- Les drogues de seconde intention restent les mêmes que dans le contexte d'une SPT.
- Des antalgiques doivent être associés à la sédation de manière systématique.
- La HAS a établi en 2018 la liste des principes permettant de bien différencier la SPCMD d'une euthanasie. Ils sont résumés dans le tableau suivant, consultable dans les fiches Parcours de soins de la HAS (37) :

	Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès	Euthanasie
Intention	Soulager une souffrance réfractaire	Répondre à la demande de mort du patient
Moyen	Altérer la conscience profondément	Provoquer la mort
Procédure	Utilisation d'un médicament sédatif avec des doses adaptées pour obtenir une sédation profonde	Utilisation d'un médicament à dose létale
Résultat	Sédation profonde poursuivie jusqu'au décès dû à l'évolution naturelle de la maladie	Mort immédiate du patient
Temporalité	La mort survient dans un délai qui ne peut pas être prévu	La mort est provoquée rapidement par un produit létal
Législation	Autorisée par la loi	Illégale (homicide, empoisonnement, ...)

Tableau 1 Différences entre la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès et l'euthanasie, HAS (37)

C. La réévaluation

- Si le recours aux thérapeutiques de première et seconde intention ne semble pas suffisant, le patient doit être transféré en service spécialisé.
- Il est nécessaire de réévaluer régulièrement le patient tout au long de la sédation, notamment en évaluer la profondeur par le score RASS, surveiller la douleur et l'inconfort respiratoire, ainsi que les éventuels effets secondaires.

+4	combatif	combatif, danger immédiat envers l'équipe.
+3	très agité	tire, arrache tuyaux et cathéters et/ou agressif envers l'équipe
+2	agité	mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur
+1	ne tient pas en place	anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vifs, non agressifs
0	éveillé et calme	
-1	acomplément	Est complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 sec)
-2	diminution légère de la vigilance	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10 sec)
-3	diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (ex : ouverture des yeux) mais pas de contact visuel
-4	diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)
-5	non réveillable	Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)

Tableau 2 Échelle de vigilance-agitation de Richmond (Richmond agitation sedation scale RASS) ; validation française par Chanques et coll (38)

- Le médecin en charge du patient est responsable de rédiger la prescription. La sédation sera débutée par l'infirmière en présence du médecin, suivie d'une surveillance étroite du patient jusqu'à stabilisation, au moins toutes les 15 minutes pendant la première heure. Le patient doit être réévalué au moins trois fois par jour par l'infirmière, et une fois par jour par le médecin.
- Les soins de confort, d'hygiène et de nursing doivent être poursuivis tout au long d'une sédation palliative.

III. Matériel et méthode

1. Matériel

A. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective monocentrique au CHU de Strasbourg sur les urgences des sites du NHC et de Hautepierre. Les données ont été recueillies sur le logiciel DxCare et répertoriées à l'aide du logiciel Excel. Les statistiques ont été réalisées sur le site EasyMedStat.

B. Les urgences du CHU de Strasbourg

Les urgences au CHU de Strasbourg sont réparties sur 2 sites :

- L'hôpital de Hautepierre comprend :
 - Un service d'urgences pédiatriques
 - Des urgences gynécologiques
 - Un SAU adulte à orientation digestive, ORL, oncologique, orthopédique, neurologique avec la filière neurovasculaire, et traumatologique par son rôle de trauma center.
- Le NHC contient :
 - Les urgences ophtalmologiques
 - Un SAU adulte orienté vers la prise en charge des pathologies cardiovasculaires médicales et chirurgicales, digestives, respiratoires, urologiques, et infectieuses.

Notre étude intéressera uniquement les patients admis au SAU adulte de l'hôpital de Hautepierre et du NHC.

2. Méthode

A. Critères d'inclusion

Nous avons recueilli la liste de tous les patients décédés aux urgences du CHU de Strasbourg du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2021. Nous avons inclus les patients décédés par suite d'une limitation thérapeutique, soit une inclusion de 280 patients sur 350 dossiers. Les patients ont été inclus lors qu'apparaissent les mots "LATA", "pas de réanimation", "soins de confort" dans le dossier médical.

Notre étude ayant été réalisée sur la base de données du SAU adulte, seulement des malades majeurs ont été inclus.

B. Critères d'exclusion

Ont été exclus les patients dont le décès aux urgences ne relevait pas d'une prise en charge palliative et dont le décès n'était pas attendu.

C. Données recueillies

- Les caractéristiques des patients

Les données inhérentes au patient comportaient :

- L'âge
- Le sexe

- La provenance : Domicile, Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), autre (service hospitalier, voie publique)
 - Les antécédents : la présence de pathologies cardiovasculaires, de maladies pulmonaires chroniques, d'une néoplasie active, d'une pathologie neurodégénérative étiquetée ou séquellaire (AVC séquellaire, maladie de Parkinson, pathologie congénitale neurologique, handicap moteur, ...), et la notion de troubles cognitifs.
- La recherche des désirs du patient et de la famille
- La recherche de la volonté du patient : discussion antérieure avec la famille ou verbalisation du souhait du patient lors de la prise en charge
 - Recherche de directives anticipées écrites : rédigées de manière formelle ou notées dans un dossier médical
 - Recherche du souhait de la famille : en accord avec la prise en charge proposée ou non
 - Présence de la famille : ont visité le patient avant le décès lors de son séjour, famille présente sur place au moment du décès, famille non présente et prévenue par téléphone
- La symptomatologie du patient
- Inconfort respiratoire
 - Douleur ou angoisse
 - Encombrement
 - Réévaluation de la fonction respiratoire
 - Réévaluation de la douleur et de l'anxiété

- Thérapeutiques mises en place
 - Morphine : en titration ou en débit continu
 - Midazolam : en titration ou en débit continu
 - Hydratation IV
 - Antibiothérapie
 - Autre : Scopoderm, Doliprane, Aérosols, corticothérapie
- Pathologie
 - Motif d'admission par symptôme général : respiratoire (détresse respiratoire, toux, dyspnée, hémoptysie, ...), digestif (nausées, vomissement, douleur abdominale, hématomèse, méléna, ...), trouble de la conscience, altération de l'état général, douleur, état de choc, chute, signe neurologique focal, autre
 - Cause du décès : infectieuse (pneumopathie, choc septique, infection urinaire, infection digestive, ...), cardiovasculaire (infarctus, décompensation cardiaque, ...), évolution terminale d'une néoplasie, métabolique (trouble ionique, trouble endocrinien, ...), neurologique (accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique, saignement intracrânien traumatique, ...), autre
- Prise de décision
 - Urgentistes seuls
 - Avis réanimatoire sollicité
 - Recherche de l'avis du médecin traitant
 - Avis du médecin spécialiste
 - Discussion en pré-hospitalier avec le SAMU
 - Statut non réanimatoire déjà connu

- Tenue du dossier médical
 - Notification du décès dans le dossier médical ou non
 - La durée totale de séjour correspondant au delta entre l'admission et le décès du patient.

D. Critère de jugement

Le critère de jugement principal étudié est la conformité des dossiers à la loi Claeys-Leonetti (recherche des directives anticipées, respect de la volonté du patient, ...).

Le critère de jugement secondaire est l'évaluation des thérapeutiques instaurées.

E. Statistiques

Les données quantitatives ont été exprimées sous forme de moyennes ou de médianes (entre le 25^{ème} et le 75^{ème} percentile). Les données qualitatives ont été reportées sous forme de pourcentage avec un intervalle de confiance à 95%.

Les associations entre les variables qualitatives ont été testées avec le test du χ^2 , avec un risque alpha de 0.05.

IV. Résultats

1. Démographie

Du 1^{er} janvier 2021 au 31 décembre 2021, 350 décès ont eu lieu aux urgences du CHU de Strasbourg, dont environ deux tiers au NHC (224), et le restant à l'hôpital de Hautepierre (124). Soixante-dix patients ont été exclus de l'étude, leur décès n'étant pas lié à une limitation thérapeutique mais à un échec de réanimation.

Finalement, 280 patients ont été inclus, dont 53.9% de femmes et 46.1% d'hommes (Sex-Ratio 0.85). Les patients sont âgés de 43 à 101 ans, avec une moyenne de 83.05 ans et une médiane de 86 ans. La grande majorité des patients provient du domicile (66.43%) contre 29.64% d'un EHPAD. Le restant (4%) des patients a été admis depuis un endroit divers type service hospitalier ou voie publique.

Il s'agit de patients aux antécédents souvent lourds et multiples, 86,79% d'entre eux par exemple étant atteints d'une pathologie cardiovasculaire.

	Patients (n = 280)
Âge	83.05
Ratio Homme/Femme	129/151
Domicile	186 (66.43%)
EHPAD	83 (29.64%)
Antécédent cardiovasculaire	243 (86.79%)
Maladie pulmonaire chronique	61 (21.79%)
Néoplasie active	81 (28.93%)
Troubles cognitifs	107 (38.21%)
Maladie neurodégénérative	98 (35.00%)

Tableau 3 Caractéristiques démographiques des patients

2. Avis

A. Avis du patient

Dans plus de deux tiers des cas (74,55%), l'avis du patient n'a pas été recherché, malgré des troubles cognitifs étiquetés chez seulement 38,21% des patients. Parmi les 71 patients dont l'avis a été sollicité, 62 d'entre eux ont exprimé souhaiter bénéficier de soins de confort, antérieurement ou lors de la prise en charge. Chez 7 malades, la volonté a été recherchée mais non retrouvée en l'absence de discussion antérieure avec l'entourage familial. Deux patients ont exprimé être favorables à des soins de réanimation lourds malgré une pathologie et un âge avancé.

Des directives anticipées rédigées en faveur d'un non-acharnement thérapeutique ont été retrouvées chez seulement 24 patients soit 8,6% de l'effectif global. Elles ont été recherchées mais n'existaient pas chez 46 patients, soit 16,49%. La recherche de directives anticipées n'a malheureusement pas été effectuée dans environ 75% des cas.

B. Avis de l'entourage familial

La volonté de l'entourage familial a été recherchée pour 85% des patients, la grande majorité étant en accord avec la prise en charge palliative proposée par l'équipe médicale (78,57%). Dans une faible proportion, un avis n'a pas pu être obtenu en raison de l'absence d'entourage familial ou de non-réponse au téléphone. Pour 4 patients, une adhésion au projet de limitation des thérapeutiques n'a pas pu être obtenue lors du premier entretien avec l'équipe médicale. Les incompréhensions et les objections ont pu être levées après discussion avec le médecin traitant, le réanimateur, ou l'aggravation du patient.

C. Collégialité

Dans près de la moitié des cas (46,6%), la collégialité avec concertation d'un médecin extérieur au service n'a pas été respectée, et la décision de limitation thérapeutique a été prise par des urgentistes seuls. Cependant, une collégialité intra-service a tout de même été appliquée avec, pour la plupart des cas, concertation avec un autre médecin urgentiste présent dans le service.

Le médecin traitant a été impliqué dans la décision d'arrêt des thérapeutiques actives pour seulement 12 patients ; le médecin spécialiste en charge du malade a été sollicité quant à lui pour 19 patients. Une discussion avec le SAMU en pré-hospitalier ou lors de l'admission a eu lieu pour 18 patients. Dans 21.6% des cas, une concertation pluridisciplinaire s'est déroulée avec les confrères réanimateurs. Pour 15.2% des patients, le niveau de soins non réanimatoire était déjà connu à l'admission via une précédente hospitalisation ou une pathologie incurable au stade palliatif.

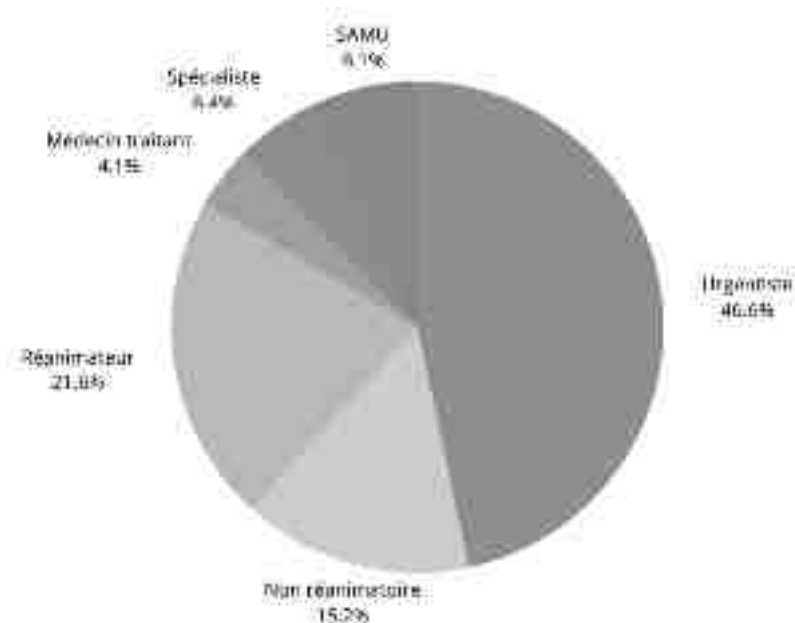


Figure 1 Proportions des décisionnaires de la LATA

3. Symptomatologie

A. Motif d'admission

A l'admission, les patients souffraient pour la moitié d'entre eux d'une symptomatologie respiratoire (49,3 %), les troubles de la conscience étant le second motif d'admission à hauteur de 18,2%. La proportion des motifs d'admission est représentée dans le diagramme suivant.

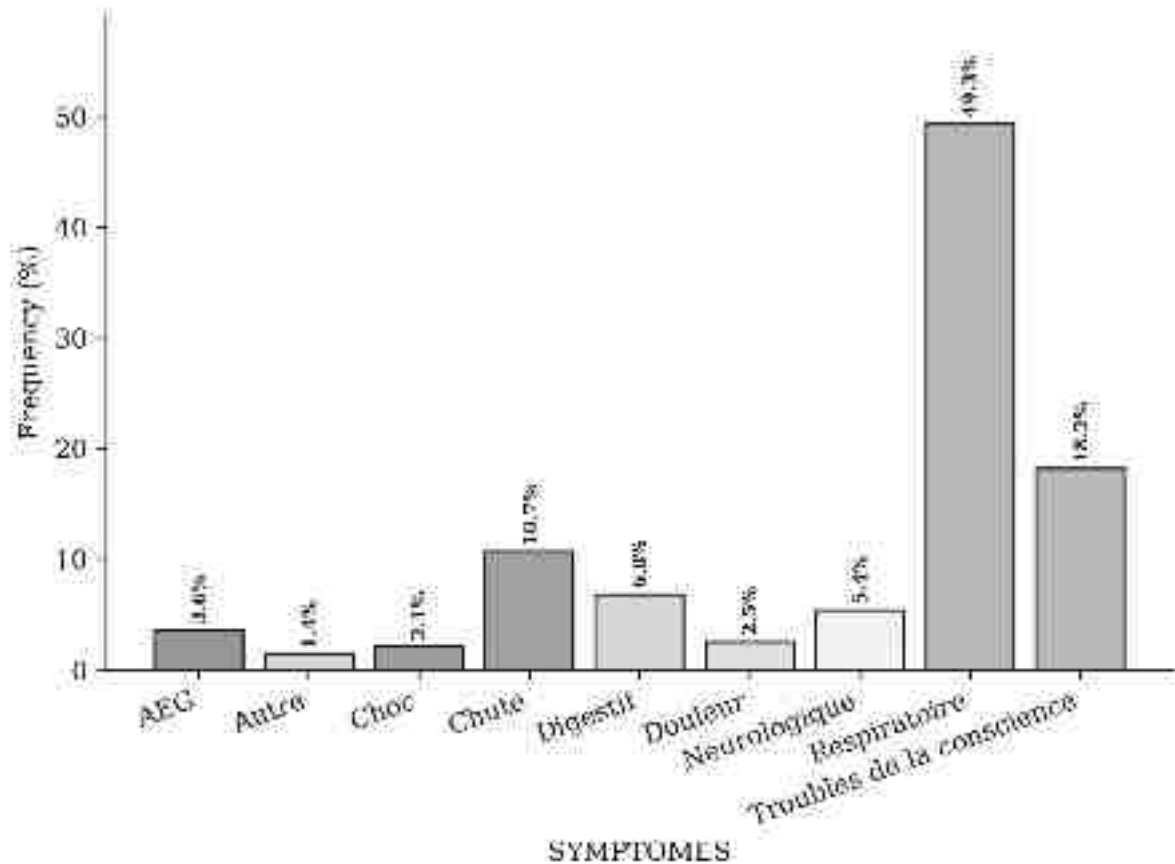


Figure 2 Diagramme des fréquences des motifs d'admission au SAU

B. Les symptômes inconfortables

Lors de la décision de limitation thérapeutique, 61,43% des patients étaient inconfortables sur le plan respiratoire, 30% présentaient des symptômes à type de douleur ou d'anxiété, et 22,14% présentaient une gêne liée à un encombrement.

Plus d'un tiers des patients douloureux (36.9%) n'a pas été réévalué cliniquement après décision de limitation thérapeutique ; les patients non douloureux initialement n'ont été réévalués que dans 26% des cas. Sur le plan respiratoire, 80% des patients ne présentant pas de signe d'inconfort initialement n'ont pas été réévalués, tandis que la moitié des patients inconfortables initialement n'a pas été réévaluée non plus.

Les résultats sont résumés dans les tableaux ci-dessous :

	Douleur (n = 84)	Pas de douleur (n = 196)	Total n = 280
Réévaluation (n = 104)	53 (63.1%)	51 (26.02%)	104 (37.14%)
Pas de réévaluation (n = 176)	31 (36.9%)	145 (73.98%)	176 (62.86%)
Total n = 280	84 (30.0%)	196 (70.0%)	280

Tableau 4 Corrélation entre la douleur et sa réévaluation

	Inconfort respiratoire (n = 172)	Pas d'inconfort (n = 108)	Total n = 280
Réévaluation (n = 99)	77 (44,77%)	22 (20,37%)	99 (35.36%)
Pas de réévaluation (n = 181)	95 (55.23%)	86 (79,63%)	181 (64.64%)
Total n = 280	172 (61.43%)	108 (38.57%)	280

Tableau 5 Corrélation entre l'inconfort respiratoire et sa réévaluation

C. Les thérapeutiques

- La morphine a été utilisée chez 76,79% des patients. Le diagramme ci-dessous montre que le taux d'utilisation de la morphine chez des patients pourtant non douloureux est d'environ 70%, et qu'approximativement un dixième des patients douloureux n'a pas reçu de morphine. La morphine a été administrée chez 83% des patients présentant un inconfort respiratoire.

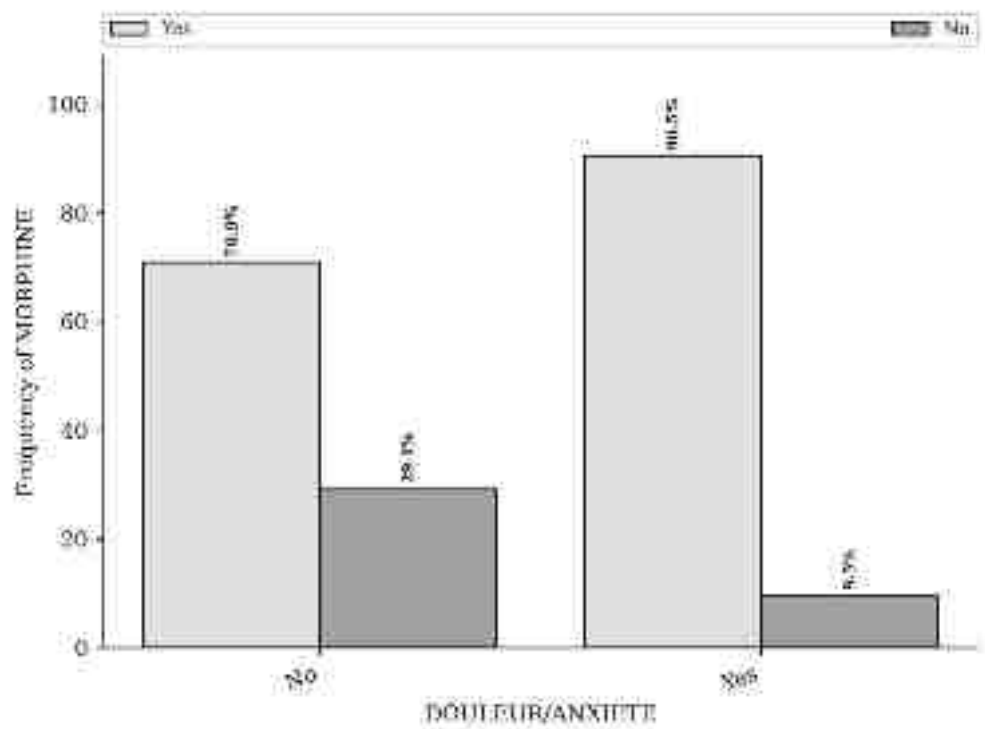


Figure 3 Fréquence d'utilisation de la morphine selon la douleur

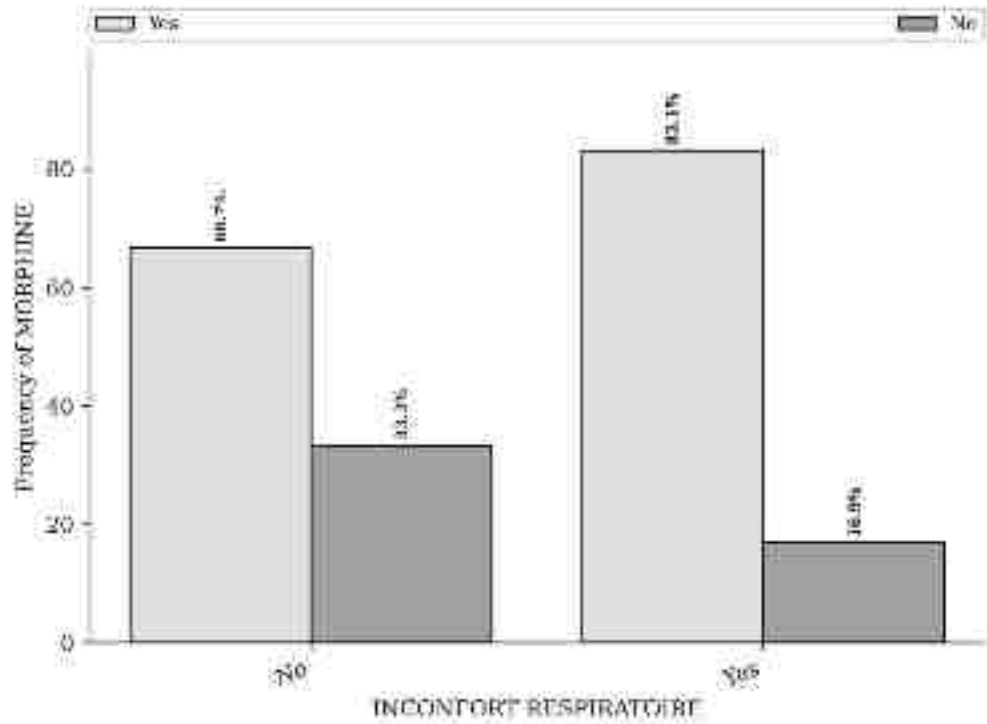


Figure 4 Fréquence d'utilisation de la morphine selon l'inconfort respiratoire

- Le midazolam a été utilisé chez la moitié des patients (49.64%), notamment en association chez 60,93% des patients ayant reçu de la morphine.
- Une antibiothérapie a été administrée pour 58,21% des patients, surtout chez des patients qui présentaient des signes d'inconfort respiratoire (68,1%).
- Une hydratation intraveineuse a été poursuivie ou instaurée chez 80% de la totalité des patients. Elle a été administrée chez 80,6% des patients qui présentaient des symptômes d'encombrement.

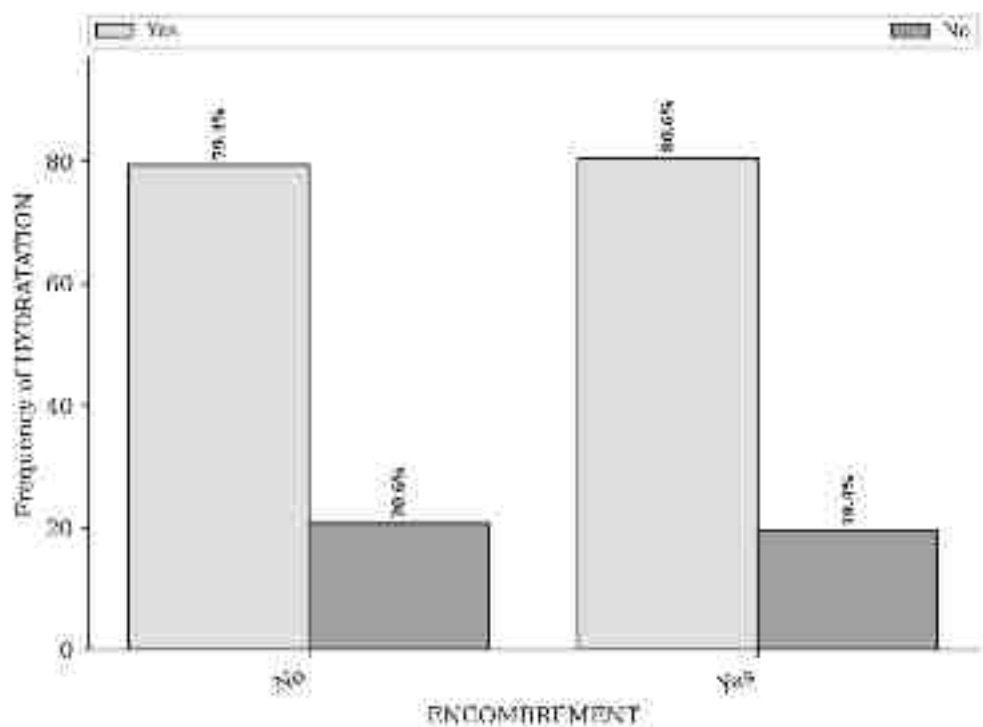


Figure 5 Fréquence de l'hydratation intra-veineuse selon l'encombrement

- Des thérapeutiques annexes (Paracétamol, corticoïdes, aérosols et Scopoderm) ont été administrées à la moitié des patients de notre étude (49.29%).

La synthèse des thérapeutiques utilisées lors d'une prise en charge de fin de vie liée à une limitation thérapeutique aux urgences est représentée dans le tableau suivant :

	N	%	IC 95
MORPHINE			
Oui	215	76,8	[71.8% , 81.7%]
Non	65	23,2	[18.3% , 28,2%]
MIDAZOLAM			
Oui	139	49,6	[43.8% , 55.5%]
Non	141	50,4	[44.5% , 56.2%]
ANTIBIOTHÉRAPIE			
Oui	163	58,2	[52.4% , 64.0%]
Non	117	41,8	[36.0% , 47.6%]
HYDRATATION			
Oui	223	79,6	[74.9% , 84.4%]
Non	57	20,4	[15.6% , 25.1%]
AUTRE			
Oui	138	49,3	[43.4% , 55.1%]
Non	142	50,7	[44.9% , 56 .6%]

Tableau 6 Synthèse des thérapeutiques

D. Le décès

Dans quasiment 90% des cas, le patient est décédé à l'UHCD ; dans les 10% restants, le décès s'est produit aux urgences.

La durée médiane de séjour (delta entre l'admission du patient et son décès) est de 21 heures, avec une moyenne de 31,38 heures.

Le décès du patient n'est pas mentionné dans le dossier médical, et le dossier est clôturé sans conclusion dans 17.9% des cas, soit 50 dossiers.

La majorité des familles (36.43%) n'a pas visité le patient lors de son séjour aux urgences, et a été prévenue du décès par téléphone. Seulement un quart des patients était entouré de leurs proches au moment de leur décès, et 23% ont reçu leur visite antérieurement. Dans 33 dossiers, aucune trace écrite n'a été retrouvée quant à une éventuelle visite de famille avant ou lors du décès. Huit patients étaient isolés et n'avaient pas d'entourage familial. Deux familles sont restées injoignables lors de la prise en charge du patient.

Les causes de décès sont résumées dans le diagramme suivant. Pas loin de la moitié des patients sont décédés dans les suites d'une pathologie infectieuse. Quarante-sept patients sont décédés de l'évolution terminale d'une néoplasie chronique étiquetée antérieurement au séjour aux urgences.

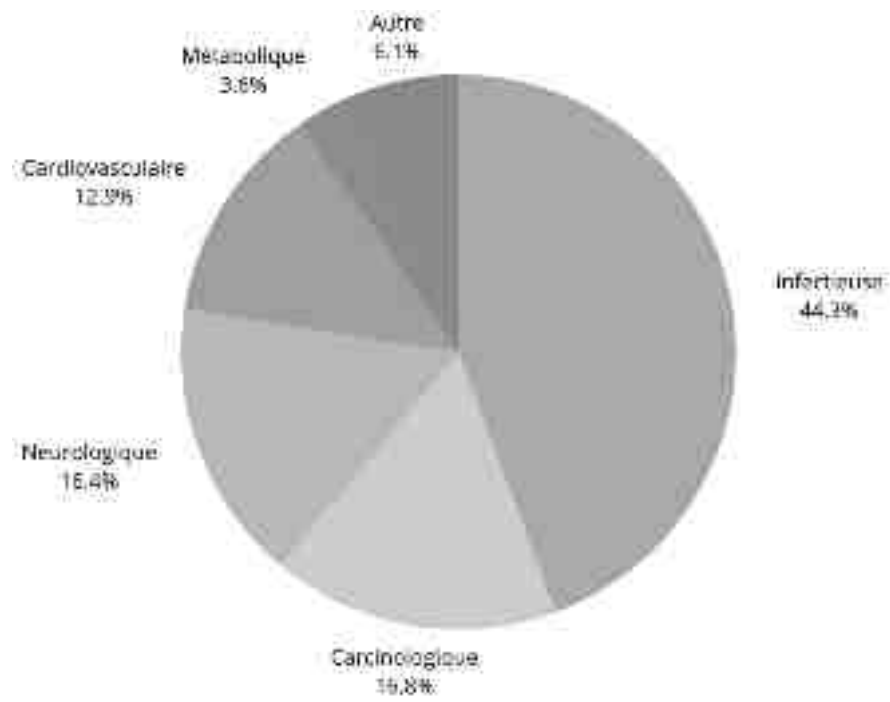


Figure 6 Principales causes de décès

V. Discussion

1. Limites de notre étude

La principale limite de notre étude concerne le recueil des données. En effet, les données ayant été analysées de manière rétrospective, certaines informations peuvent être manquantes ou erronées via une mauvaise rédaction des dossiers médicaux informatisés.

D'autre part, notre analyse étant monocentrique, les résultats ne sont pas nécessairement représentatifs à l'échelle nationale.

2. Comparaison à d'autres centres

a) Démographie

Sur l'année 2021, 350 personnes sont décédées au CHU de Strasbourg. 280 de ces décès, soit 80%, ont fait suite à une limitation thérapeutique. Ces chiffres sont en accord avec les données de la littérature ; nous pouvons citer deux études rétrospectives similaires corroborant ces valeurs avec un taux d'abstentions et de limitations de soins concernant 76% des décès au centre Hospitalier de Metz (39), et 80% à Nantes (40).

Les décès aux urgences du CHU de Strasbourg représentent 0.47% de l'activité globale du service, incidence intermédiaire à celles retrouvée dans diverses études, avec par exemple 0.2% à Metz (39) et 0,5% à Nantes (41).

Dans une étude monocentrique réalisée sur 3 mois au CHU de Nantes, les auteurs ont recueilli les caractéristiques des patients décédés aux urgences dans les suites

d'une limitation thérapeutique (41). Ils étaient âgés en moyenne de 77 ans, versus 83 ans dans notre étude avec une durée médiane de séjour de 24 heures similaire à celle retrouvée dans notre étude (21 heures).

En revanche, à Nantes, seulement 48% des décès ont eu lieu à l'UHCD, valeur bien inférieure aux 90% retrouvés à Strasbourg.

Tardy et Viallon ont résumé en 2005 les caractéristiques des patients admis en fin de vie aux urgences dans une méta-analyse française (42). Les tendances sont similaires à celles que nous mettons en avant, avec une majorité de patients provenant du domicile, et un quart de maisons de retraites. Les motifs principaux d'admission restent tout à fait cohérents également, avec l'apparition d'une détresse respiratoire ou d'une altération de la conscience en premier lieu.

Globalement, les patients décédés aux urgences dans les suites d'une limitation thérapeutique sont des personnes âgées, souvent fragiles et polypathologiques.

b) Collégialité

Notre étude a démontré que dans quasiment la moitié des cas, la collégialité dans la prise de décision n'est pas respectée. Ces résultats diffèrent grandement de ceux mis en évidence dans l'étude de P. Vaithinada Ayar en 2018 au SAU de l'hôpital Cochin à Paris, où la collégialité est appliquée dans plus de 80% des décisions de LATA (avec le réanimateur dans 75% des cas) (43).

A l'inverse, la famille ne serait consultée pour la prise de décision de LATA que dans 57% des cas, alors qu'elle l'est de manière quasi systématique chez 85% des patients à Strasbourg. L'étude LATASAMU publiée en 2006 montre quant à elle un taux d'implication de la famille dans la décision de fin de vie dans 73% des cas (44).

La médecine a entretenu pendant des siècles une relation paternaliste entre un médecin détenteur du savoir médical et un patient soumis à son autorité, expliquant qu'il puisse encore persister dans la pratique quotidienne des comportements automatiques, en écartant l'entourage de la discussion. Ce phénomène serait exacerbé dans les services d'urgence, où tout doit toujours aller plus vite, et où, selon le rythme de travail, le flux de patient et le degré d'urgence, la discussion avec la famille pourrait parfois être omise.

Dans une étude réalisée sous forme de questionnaire auprès des médecins généralistes à Créteil, les auteurs déplorent également le manque d'implication du médecin traitant dans la décision de LATA avec seulement un quart des médecins généralistes contactés à propos de l'arrêt des traitements, valeur tout de même bien au-delà des 4 % retrouvés dans notre étude (45).

c) Thérapeutique

Nous avons mis en évidence l'utilisation de morphine chez 76% des patients dans notre étude, utilisée de manière plus systématique dans 96% des cas dans l'enquête réalisée au SAU de l'hôpital Cochin (43). Le taux de sédation par midazolam est également plus élevé dans 60% des cas versus 50% dans notre étude. L'antibiothérapie est au même titre poursuivie ou introduite de manière plus large chez 88% des patients contre seulement 58% dans notre étude.

Enfin, l'hydratation est poursuivie de manière quasi systématique dans les deux centres avec encore une fois une utilisation plus fréquente dans l'étude de P. Vaittinada Ayar (97%) que dans notre service (80%) (43).

Cette étude ayant été réalisée en 2018, donc après la loi Clayes-Leonetti de 2016, nous pouvons considérer la comparaison à notre étude significative.

Dans une étude française réalisée en 2004, les auteurs regrettent l'absence d'harmonisation des pratiques palliatives, liée notamment au turnover constant des équipes médicales selon les horaires du service. L'absence de protocole formalisé ainsi que les habitudes de prescription propres à la pratique de chaque médecin amplifient ce sentiment d'incohérence dans la prise en charge (4).

Nous avons décrit plus tôt dans nos résultats l'utilisation de morphine chez des patients non douloureux. La morphine, opioïde de palier 3, possède au-delà de ses propriétés antalgiques un effet dépresseur du système respiratoire, pour lequel nous avons déjà décrit les modalités d'utilisation. Nous pouvons imaginer qu'elle a été utilisée à cette visée chez les patients non douloureux.

L'hydratation n'est que très rarement arrêtée, tendance globale retrouvée dans les diverses études. Rappelons qu'au même titre que l'alimentation, elle est considérée depuis 2016 comme une thérapeutique qui peut être arrêtée si elle est jugée délétère. Pourtant, elle semble être prescrite de manière systématique presque réflexe, malgré les effets secondaires inconfortables dont nous avons déjà parlé.

Nous avons relevé précédemment l'absence de réévaluation clinique systématique du patient après décision de LATA et instauration de drogues spécifiques, surtout lorsqu'aucun signe d'inconfort n'était présent initialement. Effectivement, 80% des patients qui ne présentaient pas de signe d'inconfort respiratoire et 74% des patients qui ne semblaient pas douloureux n'ont jamais bénéficié de réévaluation clinique après instauration de la LATA. Malheureusement, les patients qui ont nécessité des thérapeutiques d'emblée au moment de la décision de LATA devant un inconfort

douloureux ou respiratoire n'ont pas non plus été réévalué de manière suffisante (respectivement 63% et 45%). Ces valeurs vont à l'encontre des recommandations de bonne pratique suggérant une réévaluation médicale au moins journalière dans un contexte de soins de confort ou de sédation terminale.

d) Le ressenti du personnel soignant

Décrit dans plusieurs études françaises, le sentiment d'inconfort de l'équipe soignante vis-à-vis des prises en charge palliatives aux urgences semble être partagé à l'échelle internationale.

Une enquête française exploratoire de 2008 met en avant des modifications d'attitude thérapeutique des médecins devant la crainte de poursuites judiciaires. Certains médecins admettent envisager de réanimer certains patients par suite d'une demande familiale « *de peur d'aller en prison* », tandis que d'autres se déchargent de la décision de LATA en impliquant la famille à outrance et en leur demandant « *de choisir* » (46).

En Australie, les infirmières qualifient les urgences comme inappropriées pour les prises en charge de fin de vie et souhaiteraient y éviter les décès (47).

A Singapour, les équipes interrogées relèvent la difficulté d'annoncer une prise en charge palliative lors d'un premier contact à une famille rencontrée quelques heures auparavant, pouvant donner l'impression à la famille un sentiment d'abandon bien trop précoce dans la prise en charge (48).

Une enquête menée auprès des infirmières du service d'accueil des urgences d'Ottawa au Canada souligne encore l'atmosphère bruyante et chaotique régnant aux urgences, non propice à un décès dans des conditions adéquates. Il persiste dans les

équipes un sentiment de frustration par rapport au manque de temps pouvant être accordé à ce type de patients, et la sensation d'être tiraillé entre une famille souvent très demandeuse et l'obligation de passer au patient suivant (49).

3. Perspectives

Depuis une vingtaine d'années, plusieurs études s'intéressant au sujet de la fin de vie aux urgences sont publiées. Le thème de la mort, longtemps peu abordé, commence à se démocratiser dans le grand public et ne reste plus cantonné au milieu hospitalier.

De nombreux sites internet officiels accessibles à tous fleurissent sur internet, permettant à chacun de se renseigner sur ses droits et de démystifier la fin de vie, longtemps taboue en France.

La Convention citoyenne sur la fin de vie tenue en 2022 témoigne d'un intérêt grandissant de la société pour l'amélioration de l'accompagnement de fin de vie, nécessaire pour 97% des participants. De nombreuses propositions ont été élaborées autour du respect de la volonté du patient, du développement de l'accompagnement à domicile, du développement de budgets nécessaires, du renforcement de la formation des professionnels de santé, et de l'accès de l'aide active à mourir (50).

Le cadre légal, en évolution perpétuelle depuis une trentaine d'années, est maintenant bien défini, avec la loi Claeys-Leonetti autorisant la sédation terminale et renforçant le rôle des directives anticipées depuis 2016.

Malgré ces avancées, notre étude fait ressortir que l'application de la théorie au quotidien se heurte encore à de nombreux écueils, rendant ces prises en charge encore imparfaites.

Différentes études viennent corroborer nos résultats, témoignant d'une défaillance non seulement Strasbourgeoise mais nationale voire internationale du système de santé à prodiguer des soins adéquats dans un contexte de fin de vie dans un service d'accueil des urgences.

a) Collégialité

Nous avons démontré que près de la moitié des décisions de LATA se font en dehors du cadre légal, sans recours à l'avis d'un médecin extérieur. Du fait de la permanence d'accueil aux urgences et de l'organisation des services, l'urgentiste se retrouve souvent isolé lors de la prise de décision notamment en dehors des heures ouvrables, menant à une collégialité restreinte, souvent intra-service avec sollicitation d'un collègue urgentiste.

L'avis du médecin traitant n'a été recueilli que dans 4% des cas, alors qu'il est souvent celui au cœur de la prise en charge globale du patient, tant médicale que sociale. Une étude réalisée en 2003 par E Ferrand et al sous forme de questionnaires adressés à 161 médecins traitant met en lumière les résultats suivants (45) : 71% d'entre eux jugent leur participation nécessaire dans la décision de LATA et plus de 90% considèrent avoir assez de temps et les capacités pour participer à ces discussions. De plus, plus de la moitié des familles de l'étude ont discuté avec le médecin traitant du décès de leur proche, à priori ou à posteriori.

b) Environnement

Nous avons abordé plus tôt les raisons pour lesquelles les services d'accueil des urgences ne sont pas des lieux appropriés à des prises en charge de fin de vie. La

charge de travail, l'organisation des locaux, le bruit et le manque d'intimité complexifient encore ces prises en charge pour l'équipe soignante, en plus de la charge émotionnelle qu'elles peuvent déjà susciter.

Dans notre étude, quasiment 90% des décès se déroulent à l'UHCD, valeur nettement supérieure à celle retrouvée dans d'autres papiers similaires. Ces chiffres excellents témoignent d'un bon fonctionnement du SAU du CHU de Strasbourg avec mobilisation des équipes de manière efficace et transfert rapide du patient dès lors que la situation de fin de vie est identifiée, pour permettre un décès dans un environnement plus adéquat.

Au cours d'une enquête réalisée sous forme de questionnaire auprès des équipes soignantes des urgences en Utah, ces dernières répondent principalement qu'il est nécessaire de pouvoir augmenter le temps disponible de l'infirmière pour le patient mourant et faciliter les visites de l'entourage familial. La plupart des participants sont en faveur de la création d'une chambre spécifique à la fin de vie, plus paisible et plus intime, au sein des urgences ; ils évoquent également la création d'une salle de deuil pour les familles, lieu de discussion, de recueillement, et de décisions avec l'équipe médicale (51).

Ce sentiment est partagé à Hong-Kong avec la création d'une chambre spéciale aux urgences, la chambre "Osiris" dédiée à la prise en charge des fins de vie. Il s'agit d'une chambre individuelle rénovée permettant le recueillement de la famille auprès du patient, les rituels religieux, la diffusion de musique, dans un environnement paisible en dehors du désordre présent dans le service des urgences. Une infirmière ayant reçu une formation préalable y est affectée pour prodiguer les soins médicaux, psychosociaux et spirituels (52).

c) Développement de formations spécifiques

L'utilisation inappropriée de certaines thérapeutiques médicamenteuses de fin de vie, le non-respect du cadre légal et l'absence d'évaluation clinique exhaustive témoignent d'un manque de connaissance des équipes soignantes vis-à-vis de ces prises en charge palliatives en fin de vie.

En réalité, aucune formation spécifique n'est dispensée au médecin au cours des études médicales entraînant souvent par conséquent une auto-formation par l'expérience et un apprentissage par le compagnonnage, pouvant mener à des erreurs éthiques, légales et de pratique.

Deb Rawlings et al ont étudié en Australie en 2021 les bénéfices pour le personnel des urgences à suivre une formation spécifique en ligne, gratuite, contenant 10 modules sous forme d'articles, schémas, vidéos et cas cliniques. Les résultats ont mis en avant un impact positif du module d'apprentissage sur les connaissances théoriques et pratiques, sur la confiance en ses capacités à effectuer des soins de fin de vie, et sur les capacités de communication avec le patient et son entourage (53).

Une méta-analyse espagnole recensant 12 études souligne que les champs de compétences sur lesquels le personnel souhaiterait être mieux formé sont les capacités de communication en fin de vie (l'annonce d'une mauvaise nouvelle, le dialogue avec la famille, discuter à propos du pronostic et des traitements proposés) ainsi que l'aspect éthique et légal (recherche de l'avis du patient et des directives anticipées) (54). Rappelons que dans notre étude, ces dernières n'ont pas été recherchées dans 75% des cas.

d) Synthèse

Les gens meurent aux urgences. Même s'il semble illusoire de pouvoir apporter des soins de confort adéquats dans ce chaos perpétuel, la réalité de la situation est indiscutable et ne peut être évitée. Ainsi, il est plus que nécessaire d'adapter les conditions d'accueil et de prise en charge de ces personnes, pour leur permettre une fin de vie digne.

De nombreuses perspectives d'amélioration restent à explorer et à mettre en œuvre afin d'obtenir une meilleure harmonisation des pratiques et de meilleures conditions pour le patient mourant.

« Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort. » (55)

VI. Conclusion

Bien qu'intégrée dans la pratique courante des médecins urgentistes, la prise en charge des fins de vie liées aux limitations thérapeutiques aux urgences n'est pas toujours aisée. Les services d'accueil des urgences n'étant pas optimisés pour la prise en charge de ces malades souvent âgés et polypathologiques, la qualité de l'accompagnement palliatif peut être insuffisante.

Avec une étude rétrospective portant sur 280 patients, nous avons étudié ces accompagnements de fin de vie aux urgences du CHU de Strasbourg selon les pratiques courantes sur l'année 2021.

L'avis du patient, au moment de la prise en charge ou exprimé antérieurement, ainsi que les directives anticipées ne sont que très rarement recherchées malgré les principes éthiques de libre arbitre. Lorsque ces directives ont été recherchées, elles étaient rédigées seulement dans très peu de cas, témoignant d'une probable méconnaissance du grand public.

Le cadre légal n'est pas toujours respecté avec une dérogation au principe de collégialité dans près de la moitié des cas de décision de limitation thérapeutique. Le médecin traitant n'est que trop peu sollicité dans la décision de limitation des thérapeutiques, alors qu'il serait le plus à même d'orienter les équipes médicales des SAU pour lesquelles le patient est souvent inconnu.

Une utilisation parfois inadéquate des thérapeutiques médicamenteuses de fin de vie révèle un manque de connaissance des soignants vis-à-vis de ces médicaments pour leur usage dans ce cadre, probablement liée à une formation insuffisante.

Les principaux symptômes inconfortables de la fin de vie que sont l'encombrement, la douleur, l'anxiété ou l'inconfort respiratoire sont souvent recherchés lors de

l'évaluation initiale, mais ne sont que trop peu réévalués après instauration des thérapeutiques adéquates.

L'avis de l'entourage familial est souvent sollicité lors de la décision de limitation des thérapeutiques, qui est dans la grande majorité des cas en accord avec la prise en charge de confort proposée par l'équipe médicale. Cependant, le patient reste rarement entouré de ses proches au moment de son décès.

La réactivité des équipes médicales et paramédicales ainsi que l'organisation du service permettent une raréfaction des décès sur un brancard aux urgences, la grande majorité des patients décédant dans un lit à l'UHCD.

Dans quasiment un cinquième des cas, le décès n'est pas notifié dans le dossier informatique du patient, malgré la valeur médico-légale de sa rédaction.

La prise en charge palliative des malades en fin de vie est maintenant bien encadrée par le cadre légal. La discussion autour de la fin de vie se démocratise progressivement dans le grand public avec de nombreux sites internet spécifiques dédiés, et l'inclusion des citoyens dans les réflexions gouvernementales autour de ce thème, avec par exemple la Convention citoyenne sur la fin de vie, tenue en 2022.

Cependant, comme l'a montré notre étude, peu de patients ont abordé avec leur entourage leurs souhaits en cas de décès à court terme et rares sont ceux qui ont rédigé des directives anticipées. Le rôle du médecin traitant pourrait être renforcé dans cette prise en charge, en abordant en amont avec ses patients le sujet de la fin de vie et des directives anticipées, et devrait être plus sollicité par les équipes des urgences lors de la prise en charge du patient mourant.

Une collégialité dans la décision devrait être plus souvent appliquée, notamment pendant les heures ouvrables, avec recours à un médecin extérieur ; en cas de difficulté l'avis d'un médecin spécialisé en soins palliatifs devrait être

sollicité. Cependant, du fait de l'activité continue d'un service d'accueil des urgences, les possibilités de recours à un médecin extérieur peuvent être limitées. En dehors des heures ouvrables, certains spécialistes et surtout les médecins généralistes sont injoignables. De ce fait, l'urgentiste est souvent isolé lors de la décision de limitation thérapeutique, d'où l'application d'une collégialité restreinte intra-service avec un collègue présent aux urgences au même moment.

Une formation accrue des équipes médicales et paramédicales exerçant aux urgences permettrait de mieux appréhender ces situations de limitation tant sur le plan médical, éthique, légal que moral.

La création d'un onglet spécifique à la LATA dans les logiciels informatisés pourrait permettre un recensement plus facile de toutes les informations, éviter la perte de données, et dématérialiser les fiches de rédaction de LATA, qui seraient facilement accessibles à un éventuel médecin extérieur au service appelé en tant que médecin consultant.

Notre étude a montré que la gestion des fins de vie liées à des limitations thérapeutiques, quasi-quotidienne aux urgences, reste souvent imparfaite et que plusieurs axes d'amélioration pourraient déboucher vers une optimisation de ces prises en charge palliatives.

Strasbourg, le 15 SEP. 2023
 Le Doyen de la Faculté de
 Médecine, Médecine et Sciences de la Santé
 Professeur Jean SIBLIA

Strasbourg, le 12/09/2023
 Le président du jury de thèse
 Professeur *Le Bihan*
 Vu et approuvé

RÉFÉRENCES

1. Bellamy V. Insee Focus. 594 000 personnes décédées en France en 2016, pour un quart d'entre elles à leur domicile - Insee Focus - 95. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3134763#titre-bloc-13>
2. La mort à l'hôpital - Rapport IGAS 2009 [Internet]. Disponible sur: https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/mort_alhopital-rm2009-124p.pdf
3. Pennec S, Monnier A, Pontone S, Aubry R. Les décisions médicales en fin de vie en France: Popul Sociétés. 17 mars 2012;N° 494(10):1-4.
4. Couilliot MF, Vassy C, Leboul D. Le temps du mourir et le temps de l'hôpital : prise en charge des patients en fin de vie aux Urgences. Santé Publique. 2011;23(4):269-78.
5. Boutin C, Roger C, Castelli C, Lefrant JY, Vachier-Lahaye F, Muller L. Ressenti de l'activité de prélèvement d'organes et de tissus : enquête auprès des personnels soignants des secteurs de soins critiques de l'inter région sud Méditerranée. Ann Fr Anesth Réanimation. sept 2013;32:A57-8.
6. Chazot I, Henry J. La sédation en soins palliatifs : représentations des soignants et jeunes médecins. Jusqu'à Mort Accompagner Vie. 2016;124(1):89-100.
7. Chiffres Clés Urgences Grand Est - 2021 [Internet]. Disponible sur: <https://www.est-rescue.fr/chiffres-cles-urgences-grand-est-2021>
8. Article L1110-10 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006685753
9. Haute Autorité de Santé [Internet]. Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ? Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2832000/fr/comment-mettre-en-oeuvre-une-sedation-profonde-et-continue-maintenue-jusqu-au-deces
10. Article R4127-37 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032973602
11. française A. Dictionnaire de l'Académie française [Internet]. Disponible sur: <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9D2495>
12. Article 8 - LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031970283
13. Haute Autorité de Santé [Internet]. Pour tous, comment rédiger vos directives anticipées. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2722363/fr/pour-tous-comment-rediger-vos-directives-anticipees

14. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023. Rédiger ses directives anticipées. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/les-soins-palliatifs-et-la-fin-de-vie/la-prise-en-charge-palliative-et-les-droits-des-personnes-malades-et-ou-en-fin/article/rediger-ses-directives-anticipees>
15. LOI n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (1). 91-748 juill 31, 1991.
16. LOI no 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs (1). 99-477 juin 9, 1999.
17. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1). 2005-370 avr 22, 2005.
18. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1). 2016-87 févr 2, 2016.
19. Feral-Pierssens AL, Boulain T, Carpentier F, Le Borgne P, Del Nista D, Potel G, et al. Limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence. Vincent F, éditeur. Médecine Intensive Réanimation. juill 2018;27(4):384-90.
20. Preau M, Papin-Couturier O. Fin de vie aux urgences. 2008;
21. La personne de confiance HAS [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_personne_confiance_v9.pdf
22. DGOS. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023. Fiche 9 : la personne de confiance. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-9-la-personne-de-confiance-215415>
23. Article R4127-37-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043588182#
24. Gilles PB, Jean-François PB, Charles PC, Bernard PD, Michel PA, Bernard PB, et al. SOINS PALLIATIFS : spécificité d'utilisation des médicaments courants hors antalgiques. AFFSAPS; 2002 oct.
25. RECOMMANDATION Bon usage des médicaments opioïdes : antalgie, prévention et prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-03/reco_opioides.pdf
26. Barbier C, Bouillet C, Charvin S, Chevallier J, Carroz G, Chwetzoff G. Recommandations pour l'indication et l'utilisation de la PCA à l'hôpital et à domicile pour l'administration de morphine chez le patient atteint de cancer et douloureux, en soins palliatifs. SFAP; 2006 févr.

27. Anticiper les troubles respiratoires des personnes âgées en fin de vie - Aide à la prescription [Internet]. Disponible sur: https://palliaquitaine.org/palliaquitaine/documents/2015_09_anticiper_les_troubles_respiratoires.pdf
28. VIDAL [Internet]. Scopolamine : substance active à effet thérapeutique. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/medicaments/substances/scopolamine-3966.html>
29. VIDAL [Internet]. Recommandations Soins palliatifs et accompagnement. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/soins-palliatifs-et-accompagnement-1781.html>
30. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs - Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2002 déc. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/BF03019434>
31. Article 2 - LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1) - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031970261
32. « En fin de vie, on laisse les patients mourir de faim et de soif » [Internet]. Disponible sur: https://sfap.org/system/files/16.01.20_fact_checking_on_laisse_les_patients_mourir_de_faim_et_de_soif_.pdf
33. Legenne M. Alimentation, nutrition et hydratation en soins palliatifs: Jusqu'à Mort Accompany Vie. 1 juin 2012;n° 109(2):77-84.
34. Haute Autorité de Santé [Internet]. Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ? Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2832000/fr/comment-mettre-en-oeuvre-une-sedation-profonde-et-continue-maintenue-jusqu-au-deces
35. Commission de la Transparence - Avis - 20 octobre 2021 [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-19470_MIDAZOLAM_MYLAN_PIC_EI_AvisDef_CT19470.pdf
36. Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie [Internet]. HAS; 2020 janv. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco_fin_vie_med.pdf
37. Différences entre la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès et l'euthanasie - Parcours de soins [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/difference_entre_sedation_et_euthanasie_web.pdf
38. Echelle de vigilance-agitation de Richmond (Richmond agitation sedation scale RASS) [Internet]. Disponible sur: https://sfap.org/system/files/echelle_de_vigilance_-_agitation_de_richmond.pdf

39. Rothmann C, Evrard D. La mort aux urgences. *J Eur Urgences*. 1 mars 2005;18(1):3-9.
40. Leconte P, Batard E, Pinaud V, Evain Y, Potel G. Décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives dans les services d'urgence. *Réanimation*. déc 2008;17(8):802-6.
41. Le Conte P, Amelineau M, Trewick D, Batard E. [Emergency room deaths: 3-month retrospective analysis]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 23 avr 2005;34(8):566-8.
42. Tardy B, Viallon A. Fin de vie aux urgences. *Réanimation*. 1 déc 2005;14(8):680-5.
43. Vaittinada Ayar P, Ayllon-Milla S, Damas-Perrichet C, Villoing B, Doumenc B, Dumas F. Évaluation des prises de décisions de limitations et d'arrêt des thérapeutiques chez les patients décédés aux urgences. *Ann Fr Médecine D'urgence*. août 2018;8(4):217-22.
44. Ferrand E, Marty J, French LATASAMU Group. Prehospital withholding and withdrawal of life-sustaining treatments. The French LATASAMU survey. *Intensive Care Med*. oct 2006;32(10):1498-505.
45. Ferrand E, Jabre P, Fernandez-Curiel S, Morin F, Vincent-Genod C, Duvaldestin P, et al. Participation of French general practitioners in end-of-life decisions for their hospitalised patients. *J Med Ethics*. déc 2006;32(12):683-7.
46. Tourneret M, Mino JC. Les décisions de limitation de thérapeutiques actives aux urgences, une étude qualitative exploratoire. *Santé Publique*. 2008;20(6):517-26.
47. Decker K, Lee S, Morphet J. The experiences of emergency nurses in providing end-of-life care to patients in the emergency department. *Australas Emerg Nurs J AENJ*. mai 2015;18(2):68-74.
48. Tiah L, Chua MT, Kuan WS, Tan A, Tay E, Yash Pal R, et al. Perspectives towards End-of-Life Care in the Emergency Department of Tertiary Public Hospitals- A Qualitative Analysis. *Med Kaunas Lith*. 24 févr 2023;59(3):456.
49. Hogan KA, Fothergill-Bourbonnais F, Brajtman S, Phillips S, Wilson KG. When Someone Dies in the Emergency Department: Perspectives of Emergency Nurses. *J Emerg Nurs*. mai 2016;42(3):207-12.
50. [Conventioncitoyenne_findevie_Rapportfinal.pdf](https://conventioncitoyennesurlafindevie.lecese.fr/sites/cfv/files/Conventioncitoyenne_findevie_Rapportfinal.pdf) [Internet]. Disponible sur: https://conventioncitoyennesurlafindevie.lecese.fr/sites/cfv/files/Conventioncitoyenne_findevie_Rapportfinal.pdf
51. Beckstrand RL, Wood RD, Callister LC, Luthy KE, Heaston S. Emergency nurses' suggestions for improving end-of-life care obstacles. *J Emerg Nurs*. sept 2012;38(5):e7-14.

52. Tse JWK, Hung MSY, Pang SMC. Emergency Nurses' Perceptions of Providing End-of-Life Care in a Hong Kong Emergency Department: A Qualitative Study. *J Emerg Nurs.* mai 2016;42(3):224-32.
53. Rawlings D, Winsall M, Yin H, Devery K. What is a compassionate response in the emergency department? Learner evaluation of an End-of-Life Essentials online education module. *Emerg Med Australas EMA.* déc 2021;33(6):983-91.
54. Ortega Romero S, Velando-Soriano A, Romero-Bejar JL, Vargas-Román K, Albendín-García L, Suleiman-Martos N, et al. Nurses Training and Capacitation for Palliative Care in Emergency Units: A Systematic Review. *Med Kaunas Lith.* 26 nov 2020;56(12):648.
55. Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. 2019 Article 2 - Respect de la vie et de la dignité de la personne. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-generaux-medecins-art-2-31/article-2-respect-vie-dignite>

RÉSUMÉ

Introduction : On compte en moyenne 600.000 décès par an en France, plus d'un sur deux (59%) survenant dans une structure de soins hospitalière publique ou privée. Sur l'année 2021, 280 personnes sont décédées aux urgences adultes du Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg dans les suites d'une limitation thérapeutique. Ces prises en charge palliatives, bien que quasi-quotidiennes en médecine d'urgence, restent souvent des situations délicates du fait de la complexité du cadre légal, éthique, émotionnel et des modalités pratiques dans un environnement souvent peu propice à une prise en charge de fin de vie.

Méthode : Nous avons réalisé une étude rétrospective observationnelle afin de comparer la prise en charge palliative de ces patients aux urgences en pratique, versus les recommandations de bonne pratique.

Résultats : Nous avons inclus tous les patients décédés dans les suites d'une limitation thérapeutique aux urgences adultes du CHU de Strasbourg entre le 1^{er} janvier 2021 et le 31 décembre 2021, représentant un effectif de 280 patients. Nous avons étudié leurs caractéristiques démographiques, la sollicitation ou non de l'avis du patient via la recherche de directives anticipée, le rôle de l'entourage familial, les thérapeutiques administrées selon la symptomatologie du patient, et le respect ou non de la collégialité lors d'une décision de limitation thérapeutique.

Conclusion : La gestion des fins de vie liées à des limitations thérapeutiques, quasi-quotidienne aux urgences, reste souvent imparfaite. Plusieurs axes d'amélioration pourraient déboucher vers une optimisation de ces prises en charge palliatives dans un service d'accueil des urgences.

Rubrique de classement : Médecine d'Urgence

Mots-clés : Limitation thérapeutique, fin de vie, urgences, sédation terminale

Président : Monsieur le Professeur Pascal Bilbault

Assesseurs : Monsieur le Docteur François Weill, Praticien Hospitalier
Monsieur le Docteur Xavier Leroux, CCU-AH

Adresse de l'auteur : Perrine Genet, 26 rue Étroite, 67450 Lampertheim

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine
maïeutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : GENET Prénom : Renée

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 L335-1 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 Lampenbourg, le 10/09/2023

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.