

## **Limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence.**

Jean Reignier (SRLF-CE, CHU de Nantes), Thierry Boulain (SRLF, Orléans), Françoise Carpentier (SFMU, CHU de Grenoble), Tahar Chouihed (SFMU, CHU de Nancy), Denis Del Nista (SRLF-CMU, CH de Rochefort), Sandrine Dray (SRLF, Marseille), Anne-Laure Feral-Pierssens (SFMU, Paris), Delphine Hugenschmitt (SFMU, Lyon), Alexandra Laurent (SRLF, Besançon), Pierrick Le Borgne (SRLF-CMU, Strasbourg), Thierry Vanderlinden (SRLF-CE, CH Saint-Philibert, Lomme) pour la Société Française de Médecine d'Urgence et la Société de Réanimation de Langue Française.

### **Introduction**

Depuis plusieurs décennies, le public, la communauté médicale, les sociétés savantes et les législateurs ont reconnu les droits des patients à décider des traitements qui leur sont administrés et, pour les patients en fin de vie, à mourir dignement. Les lois et recommandations françaises récusent l'obstination déraisonnable et imposent le recueil de la volonté du patient (via ses directives anticipées lorsqu'il est inconscient), la réalisation d'une procédure collégiale le cas échéant et l'organisation d'une prise en charge palliative incluant, si nécessaire, une sédation profonde en fin de vie.

Pour autant, ces textes n'apportent que peu d'aide aux médecins concernant les décisions de limitation et d'arrêt des traitements dans le contexte de l'urgence. Chaque année en France, 600000 personnes décèdent dont près de 60% dans un établissement de santé. Dans 16% des cas, ces décès surviennent après un séjour bref de moins de 24 heures, souvent dans un service d'urgences. 0,1 à 0,2% des patients admis aux urgences y décèdent, constituant 5 à 7% des décès intra-hospitaliers. Parmi les patients âgés institutionnalisés, un quart des décès survient au cours d'une hospitalisation.

A l'évidence, les exigences règlementaires se heurtent à la réalité du quotidien. La majorité des patients, y compris ceux souffrant de pathologies chroniques sévères, n'a pas exprimé de souhaits précis ni rédigé de directives anticipées. Pour de nombreux patients, y compris ceux institutionnalisés dans des structures comme les EHPAD, une décision de fin de vie et une prise en charge palliative n'ont pas été anticipées. Lorsque ces patients sont pris en charge en urgence, la décision de ne pas entreprendre ou d'interrompre un traitement de suppléance vitale est difficile à prendre par le médecin et son équipe. Un éventuel médecin référent du patient est rarement joignable en situation d'urgence et la réunion de professionnels en vue d'une procédure collégiale telle que prévue par la Loi, pose un vrai problème pratique dans le contexte de l'urgence (y compris en pré-hospitalier).

Les équipes soignantes sont souvent démunies face à ces situations : les locaux des services d'urgences sont peu appropriés pour l'accueil et la prise en charge des patients en fin de vie, le temps et la disponibilité manquent en raison des flux incessants, la formation est souvent insuffisante. Les équipes médicales préhospitalières (SMUR) n'ont pas pour mission première de mettre en oeuvre des limitations et arrêts de traitements de suppléance qui auraient pu être anticipées et préparées antérieurement. La difficulté est de surmonter l'antagonisme apparent entre l'urgence de la prise de décision et l'élaboration complexe d'un projet thérapeutique pouvant aboutir à une limitation ou un arrêt des traitements. Ni les lois ni les dernières recommandations sur le sujet n'apportent de réponse spécifique à ces problématiques. C'est pourquoi la SRLF et la SFMU ont jugé utile de réunir un groupe de travail constitué d'experts issus de la médecine d'urgence et de la réanimation dont la mission était de rédiger un texte qui se veut à la fois une prise de position sur ce sujet des limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale dans le contexte de l'urgence, mais aussi un guide pour les professionnels exerçant dans le contexte de l'urgence. Le groupe a travaillé sur la base des textes de lois, recommandations et études publiées dont une sélection est répertoriée à la suite du texte.

### **Question 1 : Quels éléments clés sont à considérer lors de la prise de décision ?**

- En premier lieu, il est indispensable de rechercher la volonté du patient, soit par son expression directe s'il est capable de la formuler, soit au travers de ses directives anticipées, ou, à défaut, au travers du témoignage de sa personne de confiance ou de ses proches.
- Quand cette volonté n'est pas connue, l'âge ne doit pas être le seul critère pris en compte pour prendre une décision.
- Il faut tout mettre en œuvre pour récupérer le dossier médical complet du patient, ainsi que les informations concernant l'autonomie antérieure, l'état cognitif et la qualité de vie préalable. Les notions d'état général très altéré, de cachexie, de perte d'autonomie, de troubles cognitifs invalidants, mais aussi les possibilités de traitements curatifs, aideront à la décision du niveau de prise en charge, en particulier chez un patient souffrant d'une pathologie chronique évoluée, de pronostic vital défavorable.
- Il faut confronter le bénéfice attendu avec la lourdeur des thérapeutiques envisagées et l'impact éventuel des traitements ou d'un séjour en réanimation.
- L'admission systématique en réanimation ne contribue pas à améliorer le pronostic et la qualité de vie des patients très âgés. L'autonomie est un élément clé de la décision et la classification GIR peut constituer un outil d'aide à la décision. Les patients GIR1 ne doivent a priori pas recevoir de traitement visant à prolonger la vie, mais uniquement ceux visant à améliorer leur confort. En dehors d'une cause simplement et très rapidement réversible, les patients déments classés GIR2 doivent être considérés comme les patients GIR1.
- Dans les pathologies aiguës de pronostic vital et fonctionnel sombre nécessitant potentiellement un traitement d'exception, comme la craniectomie au cours des AVC malins, il est licite d'engager une réanimation d'attente avant le recueil des informations nécessaires. Ainsi, le niveau d'engagement thérapeutique doit être discuté au cas par cas avec le patient, ou à défaut ses proches, et le réanimateur.

### **Question 2 : Comment élaborer le projet thérapeutique en contexte d'urgence : les points clés.**

- Chaque service doit disposer d'une procédure écrite et disponible 24h/24 exposant les principes et modalités de prise de décision et de prise en charge d'un patient en fin de vie en urgence.
- Chez le patient en capacité de décider et d'exprimer ses souhaits, il faut prendre le temps de la discussion, l'informer de sa situation et des différentes options thérapeutiques et le laisser exprimer ses souhaits ou décisions.
- Chez le patient dans l'incapacité d'exprimer ses souhaits, il faut rechercher l'existence de directives anticipées et sinon recueillir l'avis des proches. Lorsqu'elles sont jugées adaptées à la situation, les directives anticipées du patient s'imposent au médecin « pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement ». Dans le contexte de l'urgence, les professionnels peuvent s'affranchir des directives anticipées si elles ne leur semblent pas adaptées ou si les proches s'opposent à leur application. Le médecin peut alors décider d'entreprendre une « réanimation d'attente » le temps d'évaluer leur pertinence.
- Dans tous les cas, il faut organiser une discussion collégiale associant médecins et paramédicaux présents.
- La recherche de la collégialité ne doit pas conduire à une situation d'obstination déraisonnable.

- Il faut tracer les entretiens et décisions dans le dossier médical. Il ne suffit pas de retranscrire la décision seule, mais préciser aussi l'argumentaire dont elle est issue et les modalités d'application qui l'accompagnent.
- La prudence s'impose devant des décisions de limitation ou d'arrêt thérapeutique antérieures. Celles-ci doivent être systématiquement réévaluées et ne peuvent être prises en compte que si elles sont jugées adaptées à la nouvelle situation et aux souhaits du patient.

### **Question 3 : Quelle définition et quelle place pour la « réanimation d'attente » ?**

- La « Réanimation d'attente » est la mise en œuvre de traitements de suppléance dans un contexte d'incertitude rendant nécessaire une période d'évaluation sans faire perdre de chance au patient.
- La « Réanimation d'attente » peut durer quelques heures et conduire à une réévaluation (permettant de préciser le diagnostic, l'état antérieur, une réponse aux traitements ou d'attendre l'arrivée de la famille en vue d'une annonce difficile).
- La « Réanimation d'attente » peut être débutée dès la phase pré-hospitalière et n'implique pas une admission systématique en réanimation, elle peut être poursuivie à la SAUV.
- Si l'incertitude se prolonge au-delà de quelques heures, la poursuite des investigations et des traitements actifs doit s'effectuer en réanimation ou en Unité de Surveillance Continue (USC) selon le niveau de soins requis.

### **Question 4 : Comment intégrer la possibilité de don d'organes dans le contexte de l'urgence ?**

- Lorsqu'un patient présente des lésions cérébrales sévères sans possibilité thérapeutique et pouvant conduire à la mort encéphalique, il doit être considéré comme un donneur potentiel quel que soit son âge.
- Une annonce anticipée de cette évolution doit être réalisée par le médecin permettant aux proches de se préparer à l'imminence du décès, de préciser les volontés émises du vivant par le patient et d'envisager un transfert médicalisé de l'éventuel donneur dans un établissement habilité aux prélèvements.

### **Question 5 : Quelles sont les conditions de la collégialité dans le contexte de l'urgence ?**

- Aux heures ouvrables, il faut respecter les conditions prévues par la loi. Il faut impliquer le patient, ses proches, les paramédicaux présents et un consultant extérieur adapté à la situation : le médecin traitant, un spécialiste référent, un réanimateur.
- Hors heures ouvrables, une « collégialité restreinte » doit au minimum être appliquée, associant le patient, ses proches, les paramédicaux présents et, chaque fois que possible, un autre médecin, éventuellement au téléphone, dont l'avis semble le plus pertinent dans le contexte.

### **Question 6 : Comment concilier communication avec les proches et spécificités de l'urgence ?**

- Dans le contexte des décisions de limitation et d'arrêt des traitements, l'entretien avec les proches du patient est une mission difficile pour le médecin souvent en manque d'outils et craignant l'émotion qu'il va susciter. La situation est fortement asymétrique : l'un détient le savoir et exerce sa profession, l'autre est dans l'attente et vit une situation exceptionnelle pouvant bouleverser le cours de sa vie. Si rien ne peut modifier la difficulté du contenu à entendre, il est important d'anticiper le déroulement et le contenu de l'entretien.
- Les conditions de l'entretien doivent respecter les modalités suivantes :

- o S'asseoir dans une pièce dédiée offrant un cadre accueillant, calme et confidentiel.
- o Être en présence de l'infirmier(e) et de l'aide-soignant(e) en charge du patient et éventuellement du (de la) psychologue du service
- o Éviter les interruptions extérieures. Si elles sont inévitables, les proches en sont informés au préalable.
- o L'entretien sera conduit de la manière suivante :
  - Avoir une attitude bienveillante (empathie, disponibilité et écoute)
  - Présenter aux proches les membres présents de l'équipe.
  - Informer les proches que la décision reste de la responsabilité entière de l'équipe soignante (« pour prendre une décision et agir dans l'intérêt de votre proche nous avons besoin de comprendre ce que votre proche aurait voulu que l'on fasse. Vous pouvez nous aider en témoignant sur ce sujet »).
  - Veiller à utiliser une communication verbale et non verbale adaptées à la situation.
  - Commencer par des questions sur ce que les proches savent déjà, donner les informations progressivement, laisser aux proches le temps d'intégrer l'information transmise (débit verbal adapté, arrêt dans le discours, reformulation, questionner les proches afin de savoir ce qui a été compris), comprendre et respecter leurs réactions, les aider à poser ou formuler leurs questions et à exprimer leurs émotions.
  - Éviter les termes techniques.
  - Conclure l'entretien et proposer du soutien aux proches.
- L'entretien au téléphone est déconseillé car il est vecteur d'incompréhensions et de conflits. S'il est inévitable, les principes sont ceux de l'entretien en face à face. Il convient de vérifier au préalable l'identité, le lien avec le patient et si le proche est en mesure d'avoir cette conversation importante.
- En pré-hospitalier, il convient de se rapprocher au mieux de ces conditions.

#### **Question 7 : Comment organiser l'arrêt de traitements de suppléance aux urgences ?**

- Le contexte de l'urgence ne doit pas modifier les modalités d'arrêt des thérapeutiques.
- Devant un patient initialement pris en charge de façon invasive (intubation, amines vaso-actives), l'arrêt de thérapeutiques de suppléance peut être secondairement réalisé aux urgences.
- Le délai habituellement rapide de survenue du décès après un arrêt des traitements de suppléance et/ou l'instauration d'une sédation profonde incite ici à une prise en charge intégrale par l'équipe des urgences dans le lieu le plus approprié (SAUV ou l'UHCD). Cela permet d'assurer la continuité de la prise en charge du patient et de son entourage.
- Cependant, si le décès n'est pas imminent après l'arrêt des traitements de suppléance, le patient doit être admis dans un secteur d'hospitalisation, en première intention dans le service référent où il est connu ou dans une unité de soins palliatifs. Le projet doit être détaillé dans le dossier patient et transmis clairement aux équipes concernées.

#### **Question 8 : Comment instaurer une sédation profonde dans le contexte de l'urgence ?**

- Il faut instaurer une sédation profonde dès que possible chez le patient en fin de vie inconscient ou présentant une souffrance réfractaire aux traitements.
- La sédation profonde doit associer un hypnotique et un analgésique morphinique.
- L'efficacité de la sédation et de l'analgésie doit être évaluée régulièrement et adaptée à des objectifs prédéfinis.
- Cette prise en charge doit être reportée de façon claire dans le dossier du patient.
- Le médecin veille à la compréhension de cette démarche par les proches et à la mise en œuvre de leur accompagnement.

### **Question 9 : Quelle place pour une prise en charge palliative en urgence ?**

- La fin de vie, y compris dans le contexte de l'urgence, doit répondre aux bonnes pratiques des soins palliatifs.
- Le secteur des urgences ne constitue pas un environnement adapté à la prise en charge optimale des situations palliatives. Par défaut, la SAUV et/ou l'UHCD sont des lieux d'accueil permettant d'instaurer provisoirement des conditions d'accueil plus humanisés.
- Tout ce qui contribue au confort du patient doit être mis en œuvre : soins de nursing adaptés, traitement de la douleur, de la dyspnée, d'un encombrement.
- Tout ce qui n'y contribue pas ou peut être source d'inconfort doit être suspendu : surveillance par scope, bilan biologique, contrôle de la glycémie capillaire.
- L'oxygénation est le plus souvent inutile et ne doit être utilisée que si elle améliore le confort du patient.
- L'alimentation et l'hydratation sont à proscrire, sauf si le patient le désire. La sensation de soif est rare ; une hydratation réduite, éventuellement associée aux anti-sécrétoires, participe à réduire l'encombrement.
- Les professionnels des soins palliatifs peuvent être sollicités dans le contexte de l'urgence et à distance pour les retours d'expérience ou débriefing de situations difficiles.
- Il faut favoriser la formation de référents médicaux et paramédicaux à la prise en charge palliative dans le contexte de l'urgence.

### **Question 10 : Peut-on prendre des décisions de LAT et les mettre en œuvre en pré-hospitalier ?**

- Malgré le caractère singulier de la médecine pré-hospitalière, les principes éthiques (bienfaisance, non malfaisance, autonomie et justice) doivent s'appliquer en toute circonstance.
- Les conditions de prise de décision précédemment décrites s'appliquent également en pré-hospitalier.
- La médicalisation pré-hospitalière peut permettre de débiter mais aussi d'arrêter des traitements de suppléance lorsque toutes les conditions sont réunies (informations complètes, et prise en charge palliative possible).
- Toutefois, en cas de difficulté, l'instauration d'une « réanimation d'attente » et un transport vers une structure hospitalière permettront de « se donner du temps » pour clarifier une situation parfois complexe.
- L'orientation pré-hospitalière des patients en fin de vie ne se fait pas nécessairement vers les urgences, ni même vers l'hôpital.
- L'équipe SMUR peut être déclenchée pour la prise en charge d'une détresse vitale et être ensuite amenée à débiter une prise en charge palliative en lien avec la régulation médicale.
- Une équipe médicalisée ne sera pas systématiquement mobilisée, notamment en EHPAD, si une prise en charge palliative optimale peut être assurée rapidement sur place.

### **Question 11 : Quels sont les intervenants participant à une décision en pré-hospitalier (par téléphone compris) ?**

- Le patient et ses proches
- Le médecin régulateur du Centre 15 a un rôle pivot dans cette démarche.
- Les membres de l'équipe pré-hospitalière

- Le médecin traitant ou un éventuel médecin hospitalier référent, si possible
- Les soignants d'un éventuel réseau ou d'une structure d'hébergement
- Le réanimateur ou l'urgentiste susceptible d'accueillir le malade

### **Question 12 : Comment organiser une prise en charge palliative en pré-hospitalier ?**

- Il est important de communiquer avec l'entourage du patient, le personnel soignant sur place et le médecin traitant ou référent afin d'obtenir leur adhésion et de ne pas exposer le patient à un inconfort ou à un transport ultérieur vers les urgences
- Une équipe médicale préhospitalière initialement mobilisée pour assurer la prise en charge d'une détresse vitale peut, face à la constatation d'une situation de fin de vie, être amenée à débiter une sédation profonde. Il conviendra d'organiser un relais avec les soignants éventuellement disponibles.
- Le médecin régulateur doit pouvoir, si besoin, remobiliser l'équipe pré-hospitalière pour une autre intervention ; ceci sous-entend son implication active et continue dans cette démarche. La prise en charge sera alors écourtée et complétée en intra-hospitalier si nécessaire.
- La traçabilité dans le dossier de soins et l'information des médecins correspondants sont indispensables à la continuité de la prise en charge.

## Annexes

### Textes et extraits choisis

- **Recommandation 1418 de l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe, 1999** (Conseil de l'Europe, Assemblée parlementaire. Protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants. Recommandation n°1418, 25 juin 1999. ) : « L'Assemblée recommande (...) d'encourager les Etats membres du Conseil de l'Europe à respecter et à protéger la dignité des malades incurables et des mourants à tous égards: en consacrant et en protégeant le droit des malades incurables et des mourants à une gamme complète de soins palliatifs, et en prenant les mesures nécessaires (...) pour qu'aucun malade incurable ou mourant ne reçoive de traitement contre sa volonté, tout en veillant à ce que l'intéressé ne subisse ni l'influence ni les pressions de tiers. (...) pour faire respecter les instructions ou la déclaration formelle («living will») rejetant certains traitements médicaux données ou faite par avance par des malades incurables ou des mourants désormais incapables d'exprimer leur volonté. (...) »
- **Loi n°2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 (« Loi Kouchner »)** (Journal Officiel de la République Française, 5 mars 2002 : 4118-59. <http://www.legifrance.gouv.fr>) : « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. » (...) « Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. » (...) « Ils (les établissements de santé) mènent, en leur sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale. »
- **Ethique et urgences. Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence, 2003.** (Journal Européen des Urgences. <http://www.sfm.org>): « Le groupe a d'abord tenu à souligner que recommandations, connaissances ou compétences n'empêcheront pas que l'exercice éthique, y compris en situation d'urgence, restera toujours difficile, au carrefour d'un « choix tragique ». Il ne peut y avoir ni recettes toutes faites, ni simple application d'arbre décisionnel. » (...) « Il ne peut y avoir d'abstention ou d'arrêt thérapeutique décidé sur une simple impression clinique. La connaissance des éléments anamnétiques, cliniques, para cliniques et pronostiques doit être obtenue et synthétisée... » (...) « Information et consentement s'imposent aux médecins urgentistes, aucune intervention thérapeutique ne pouvant être réalisée sans le recours à cette consultation. L'exception représentée par l'urgence ou l'impossibilité de réaliser la consultation des proches permet aux médecins urgentistes de choisir une réanimation d'attente jusqu'à ce que les conditions de la consultation soient réunies. » (...) « Le principe de justice distributive ne peut justifier ni le non recours aux techniques de réanimation ni leur arrêt tant que tous les critères de la décision n'ont pas été rassemblés. Il faut en avoir conscience, car il ne devrait pas s'immiscer dans les étapes de la réflexion. »
- **Dixième conférence de consensus sur la prise en charge de la personne âgée aux urgences de la de la Société Francophone de Médecine d'Urgence, 2003** (Journal Européen des Urgences. <http://www.sfm.org>): « L'émergence de la problématique des situations de fin de vie dans les Services d'Urgence, repose sur un sentiment d'obstination déraisonnable qui devra être formulée et déclinée sur des critères cliniques suivants: forte probabilité de décès, nature de la maladie chronique, souffrances extrêmes, incurabilité d'une affection aiguë, qualité de vie inacceptable. L'autonomie du patient, l'existence de troubles cognitifs et l'âge du patient viennent s'ajouter à ces éléments. »
- **Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (« Loi Léonetti »)** (Journal Officiel de la République Française, du 23 avril 2005. <http://www.legifrance.gouv.fr>) : « Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en oeuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté. » (...) « Ces actes ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris. Dans ce cas, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10. » (...) « Article L1110-10 : Les soins palliatifs sont 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. »
- **Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des Recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française, 2008** (<https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/12/2008-actualisation-des-recommandations-de-la-SRLF-concernant-les-limitations-therapeutiques.pdf>): « La décision de limitation ou d'arrêt des traitements n'est en aucun cas un arrêt des soins ou un abandon de soins. Elle entre dans le cadre d'une réorientation de la stratégie de soins vers une stratégie palliative. » (...) « Lors de la réflexion, il est indispensable de prendre en compte l'avis du patient, directement si celui-ci est apte à consentir, indirectement par la recherche de ses souhaits antérieurement exprimés » (...) « Au cas où le patient serait inapte à consentir, le médecin doit mettre en œuvre une procédure de réflexion dite collégiale dont la forme minimale a été définie par la loi. Au-delà des textes, il est recommandé de veiller à ce que cette démarche de réflexion soit réellement collégiale. » (...) « L'urgence ou l'absence de possibilité d'entreprendre une procédure collégiale, selon les termes définis par la loi, ne permet pas

d'engager un processus de décision de limitation ou d'arrêt des traitements. Néanmoins, ces deux situations ne doivent pas conduire à l'obstination déraisonnable (augmentation sans limite des catécholamines, dialyse, etc..) si l'issue est à l'évidence fatale à très brève échéance (quelques heures).»

- **Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (« Loi Léonetti Claeys »)** (Journal Officiel de la République Française, du 3 février 2016. <http://www.legifrance.gouv.fr>) :

« Article L1110-5-1- Les actes mentionnés à l'article L. 1110-5 ne doivent pas être mis en oeuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire. »

« Article R4127-37-2 : I. - La décision de limitation ou d'arrêt de traitement respecte la volonté du patient antérieurement exprimée dans des directives anticipées. Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés, au titre du refus d'une obstination déraisonnable, ne peut être prise qu'à l'issue de la procédure collégiale prévue à l'article L. 1110-5-1 et dans le respect des directives anticipées et, en leur absence, après qu'a été recueilli auprès de la personne de confiance ou, à défaut, auprès de la famille ou de l'un des proches le témoignage de la volonté exprimée par le patient. II. - Le médecin en charge du patient peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire à la demande de la personne de confiance, ou, à défaut, de la famille ou de l'un des proches. La personne de confiance ou, à défaut, la famille ou l'un des proches est informé, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en oeuvre la procédure collégiale. III. - La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient à l'issue de la procédure collégiale. Cette procédure collégiale prend la forme d'une concertation avec les membres présents de l'équipe de soins, si elle existe, et de l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est recueilli par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile. Lorsque la décision de limitation ou d'arrêt de traitement concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, selon les cas, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation. IV. - La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est motivée. La personne de confiance, ou, à défaut, la famille, ou l'un des proches du patient est informé de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement. La volonté de limitation ou d'arrêt de traitement exprimée dans les directives anticipées ou, à défaut, le témoignage de la personne de confiance, ou de la famille ou de l'un des proches de la volonté exprimée par le patient, les avis recueillis et les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. »

## Références bibliographiques

1. Lalande F, Veber O. La Mort à l'Hôpital. IGAS RAPPORT 2009;RM2009-124P.
2. Ferrand E, Jabre P, Vincent-Genod C and al .Circumstances of death in hospitalized patients and nurses perception - French multicenter Mort-à-l'Hôpital survey. Arch Intern Med 2008; 168 : 867-75
3. Le Conte P, Riochet D, Batard E, et al. Death in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. Intensive care medicine 2010;36:765-72.
4. Tardy B, Venet C, Zeni F, et al. Death of terminally ill patients on a stretcher in the emergency department: a French speciality? Intensive care medicine 2002;28:1625-8.
5. Rothmann C, Evrard D. La mort aux urgences. Journal Européen des Urgences 2005;18:3-9.
6. Volant S. 693 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. ÉTUDES et RÉSULTATS 2014;899.
7. Dolveck F. Questions éthiques liées à la pratique de la médecine d'urgence préhospitalière au SAMU et au SMUR. In : Puybasset L. Enjeux éthiques en réanimation. Paris, Springer 2010 : 447-55.
8. SFMU Ethique et urgences réflexions et recommandations Journal européen des urgences 2003,1-14
9. Ciais JF, Azoulay E, Pochard F, Halle I. Fin de vie in L'urgence et la mort 4<sup>ème</sup> journées scientifiques de SAMU de France – Actualités en réanimation pré-hospitalière. 2005. SFEM éditions. p 115-141
10. Reignier J, Dumont R, Katsahian S, et al. Patient-related factors and circumstances surrounding decisions to forego life-sustaining treatment, including intensive care unit admission refusal. Crit Care Med 2008;36:2076-83.
11. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des recommandations de la Société de réanimation de langue française. Réanimation 2010;19:679—98.
12. Quill TE, Holloway RG. Evidence, Preferences, Recommendations — Finding the Right Balance in Patient Care. *N Engl J Med* 2012;**366**:1653–5.
13. Ferrand E., Marty J. Prehospital withholding and withdrawal of life-sustaining treatments. The french LATASAMU survey. Intensive Care Med 2006 ; 32 : 1498-1505.
14. Duchateau F.X., Beaune S., Ricard-Hibon A., Mantz J., Juvin P. Prehospital noninvasive ventilation can help in management of patients with limitations of life-sustaining treatments. Eur J Emerg Med 2010 ; 17 (1) : 7-9
15. Couilliot M-F, Vassy C, Leboul D (2011) Le temps du mourir et le temps de l'hôpital : prise en charge des patients en fin de vie aux Urgences. Santé Publique 23:269–278.
16. Christoph HR Wiese, Christoph L Lassen, Utz E Bartels, Mahmoud Taghavi, Saleem Elhabash , Bernhard M Graf and Gerd G Hanekop. International recommendations for outpatient palliative care and prehospital palliative emergencies - a prospective questionnaire-based investigation. BMC Palliative Care 2013, 12:10
17. Guidet B, Leblanc G, Simon T, et al. Effect of Systematic Intensive Care Unit Triage on Long-term Mortality Among Critically Ill Elderly Patients in France: A Randomized Clinical Trial. JAMA 2017;318:1450-9.
18. Thuong M. Recommandations sur l'information et l'abord des proches des donneurs potentiels d'organes et de tissus décédés après arrêt cardiaque (DDAC), dans l'optique d'un prélèvement. Ann Fr Med Urgence 2011:438-41.

19. Siddiqui S (2016) A Physician's Moral Dilemma in the Emergency Department: Going Against a Patient's Perceived Wishes. *J Emerg Med* 51:748–749. doi: 10.1016/j.jemermed.2016.07.084
20. Wall J, Hiestand B, Caterino J (2015) Epidemiology of Advance Directives in Extended Care Facility Patients Presenting to the Emergency Department. *West J Emerg Med* 16:966–973. doi: 10.5811/westjem.2015.8.25657
- Couilliot M-F, Vassy C, Leboul D (2011) Le temps du mourir et le temps de l'hôpital : prise en charge des patients en fin de vie aux Urgences. *Santé Publique* 23:269–278.
21. Downar J, Delaney JW, Hawryluck L, Kenny L (2016) Guidelines for the withdrawal of life-sustaining measures. *Intensive Care Med* 42:1003–1017. doi: 10.1007/s00134-016-4330-7
22. Adams JA, Bailey DE, Anderson RA, Docherty SL (2011) Nursing Roles and Strategies in End-of-Life Decision Making in Acute Care: A Systematic Review of the Literature. *Nurs Res Pract* 2011:1–15. doi: 10.1155/2011/527834
23. McAndrew NS, Leske JS (2015) A Balancing Act: Experiences of Nurses and Physicians When Making End-of-Life Decisions in Intensive Care Units. *Clin Nurs Res* 24:357–374. doi: 10.1177/1054773814533791
24. Kentish-Barnes N, Azoulay E (2016) End-of-life care in the ICU: semper ad meliora (always strive for improvement). *Intensive Care Med* 42:1653–1654. doi: 10.1007/s00134-016-4463-8
25. Pochard F, Azoulay E, Chevret S, et al (2001) Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Crit Care Med* 29:1893–1897.
26. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, et al (2004) Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision-making process: a study in 78 French intensive care units. *Crit Care Med* 32:1832–1838.
27. Laurent A, Bonnet M, Capellier G, Aslanian P, Hebert P. (2017) Emotional impact of end-of-life decisions on professional relationships in the intensive care unit: an obstacle to collegiality? *Crit Care Med*. Doi : 10.1097/CCM.0000000000002710.
28. Bioy A (2012) L'aide-mémoire de psychologie médicale et psychologie du soin: en 58 notions. Dunod, Paris
29. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al (2000) SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist* 5:302–311. doi: 10.1634/theoncologist.5-4-302
30. Kentish-Barnes N. (2015) Communication et accompagnement en situation de fin de vie : le point de vue des familles. In Chahraoui K, Laurent A, Bioy A, et al (dir), *Vulnérabilité psychique et clinique de l'extrême en réanimation*. Dunod, Paris
27. George NR, Kryworuchko J, Hunold KM, et al (2016) Shared Decision Making to Support the Provision of Palliative and End-of-Life Care in the Emergency Department: A Consensus Statement and Research Agenda. *Acad Emerg Med* 23:1394–1402. doi: 10.1111/acem.13083
28. Curtis JR, Treece PD, Nielsen EL, et al (2008) Integrating palliative and critical care: evaluation of a quality-improvement intervention. *Am J Respir Crit Care Med* 178:269–275. doi: 10.1164/rccm.200802-272OC
29. Jean Reignier, A Cottureau, I Vinatier Limitations et arrêts des traitements ou réanimation d'attente? <http://docplayer.fr/21715558-Urgences-limitations-et-arrets-des-traitements-ou-reanimation-d-attente-chapitre-72-points-essentiels-j-reignier-1-a-cottureau-1-i.html>. Accessed 8 Mar 2017
30. Lakin JR, Isaacs E, Sullivan E, et al (2016) Emergency Physicians' Experience with Advance Care Planning Documentation in the Electronic Medical Record: Useful, Needed, and Elusive. *J Palliat Med* 19:632–638. doi: 10.1089/jp
31. Picard Y, Leheup BF, Piot É, et al (2016) Limitation et arrêt de traitement : collaboration entre une équipe mobile de soins palliatifs et un service de réanimation. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique* 15:78–85. doi: 10.1016/j.medpal.2015.11.003

32. Ciais JF, Pradier C, Ciais C, Berthier F, Vallageas M, Raucoules-Aimé M. Impact d'une équipe d'urgence spécialisée sur les hospitalisations non désirées de patients en phase terminale à domicile .La Presse Médicale, 2007 ; 36 : 404-409
33. Le Conte Ph, Guilbaudeau S, Batard E, Trewick D et all. Mise en place d'une procédure de limitation ou d'arrêt des soins actifs dans un service d'urgence. JEUR, 2005, 18, 188-192
34. Sedillot N, Holzapfel L, Jacquet-Francillon T, Tafaro N, Eskandanian A, Eyraud S, Metton p, Prost S Serre p, Souton L A five –step protocol for withholding and withdrawing of life support in an emergency department : an observational study Eur J Emerg med 2008; 15, 145-149