

2015-2016

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

**Mise en place et évaluation de l'impact
d'une intervention concernant
les décisions de Limitation et d'Arrêt des
Thérapeutiques Actives
aux Urgences du
Centre Hospitalier Universitaire d'Angers**

Fieni Aurélie

Née le 22 mars 1988 à Nantes (44)

Sous la direction de M. le Docteur Hamdan David

Membres du jury

Monsieur le Professeur Roy Pierre-Marie | Président

Monsieur le Docteur Hamdan David | Directeur

Monsieur le Professeur Beydon Laurent | Membre

Monsieur le Professeur Connan Laurent | Membre

Madame le Docteur Armand Aurore | Membre

Madame le Docteur Roy Corinne | Membre

Soutenue publiquement le :
27 octobre 2016



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Aurélie Fieni,
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **22/09/2016**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACCOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérard	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline
TRICAUD Anne
TURCANT Alain

Hématologie ; transfusion
Biologie cellulaire
Pharmacologie

Médecine
Pharmacie
Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane
AUTRET Erwan
BRUNOIS-DEBU Isabelle
CAVAILLON Pascal
CHIKH Yamina
FISBACH Martine
LAFFILHE Jean-Louis
LETERTRE Elisabeth
O'SULLIVAN Kayleigh

Informatique
Anglais
Anglais
Pharmacie Industrielle
Économie-Gestion
Anglais
Officine
Coordination ingénierie de formation
Anglais

Médecine
Médecine
Pharmacie
Pharmacie
Médecine
Médecine
Pharmacie
Médecine
Médecine

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Roy Pierre-Marie,
Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

À Monsieur le Docteur Hamdan David,
Merci de m'avoir guidée et rassurée, durant tout ce travail. Merci pour ta patience et ton écoute. Travailler avec toi a toujours été un plaisir que cela soit auprès des patients ou concernant ce travail de thèse.

À Monsieur le Professeur Beydon Laurent et à Monsieur le Professeur Connan Laurent,
Je vous remercie de faire partie de mon jury et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

À Madame le Docteur Armand Aurore et à Madame le Docteur Roy Corinne,
Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci de m'avoir appris la médecine d'Urgence en travaillant à vos côtés. Merci de m'avoir fait part de vos réflexions et de vos connaissances concernant les problèmes éthiques, l'abord du patient et les relations entre les professionnels de santé. Grâce à vous j'ai pu approfondir ma réflexion. J'ai beaucoup appris à vos côtés.

À Madame le Docteur Bourgeais Blandine, Madame Frontera Nadine et Monsieur Pilleron Benjamin,
Merci de m'avoir aidée à animer les séances de rencontre avec les soignants. Notre travail collectif n'est qu'un avant-goût d'une future collaboration professionnelle.
Merci à Blandine d'avoir en plus participé à l'élaboration des protocoles.

À Monsieur le Professeur Saulnier Patrick,
Merci de m'avoir initiée au monde étrange des statistiques que vous avez réussi à rendre agréable de part votre bonne humeur. Ce fut un plaisir de travailler avec vous.

Merci à Gauthier, Olivia, Violette, Lise, Cécile et Thierry, pour l'aide qu'ils m'ont apportée pour la rédaction de ce travail.

REMERCIEMENTS

À Gauthier,

Merci de faire partie de ma vie. Merci pour ta patience, ton écoute, ton soutien et tous les moments de bonheur que tu me fais vivre.

À mes parents et à ma famille,

Merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir poussée à donner toujours le meilleur de moi-même. Je n'en serais pas là sans vous.

À Audrey,

Merci d'être mon alliée. Merci pour les moments incroyables et à jamais gravés dans ma mémoire que nous avons vécus ensemble ici ou à l'autre bout du monde. Tu sais que « à toi, je peux tout te dire ».

À Violette,

Le destin fait que nous suivons le même parcours mais il n'aurait pas la même saveur sans toi.

À mes amis de l'internat, Kamélia et Romain, Anne-Gaëlle, Maelys, Lise, JM, Cécile et Ben, Daphnée, Noémie, Greg, Marie, Romain, Anne et Simon,

Merci pour les moments de joies que je vis avec vous, merci pour votre tolérance, votre bienveillance, votre ouverture d'esprit, votre humour. Je me sens bien parmi vous.

Aux Transbordeurs,

Merci d'être des compagnons de scène comme de vie, merci pour ce lien si spécial qui nous uni.

À la famille « Caillou »,

Merci pour l'accueil chaleureux que vous m'avez réservé dans votre si jolie famille.

Aux soignants qui m'ont encadrée pendant tout mon parcours d'interne,

Merci particulièrement aux équipes des Urgences et du SAMU d'Angers, des Urgences de Cholet et de la Réanimation de Cholet. J'ai trouvé parmi vous des modèles. Vous m'avez permis d'apprendre les bases scientifiques et humaines de notre si beau métier avec bienveillance et bonne humeur.

Liste des abréviations

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
LATA	Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SFAP	Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SRLF	Société de Réanimation de Langue Française
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

Plan

INTRODUCTION

1. Les limitations et les arrêts des thérapeutiques actives

- 1.1. Définition
- 1.2. Épidémiologie

2. Prise en charge d'un patient en LATA

- 2.1. Encadrement des LATA
- 2.2. Recommandations concernant la prise en charge des patients en LATA
- 2.3. Modifications apportées par la loi du 2 février 2016
- 2.4. Décision de LATA et prise en charge des patients aux Urgences

3. Question de recherche

METHODES

1. Type d'étude

2. Population étudiée

3. Intervention

4. Données recueillies

5. Le critère de jugement principal

- 5.1. Description du critère de jugement principal
- 5.2. Analyse principale

6. Les critères de jugement secondaires

7. Outils statistiques

8. Aspects éthiques

RESULTATS

1. Diffusion de l'information

2. Diagramme de flux

3. Épidémiologie

- 3.1. Âge et sexe
- 3.2. Structure d'origine
- 3.3. Antécédents
- 3.4. Motif de recours aux Urgences
- 3.5. Aptitude du patient à consentir à ses soins

4. Analyse principale

5. Analyses secondaires

- 5.1. Nombre de décisions conformes selon l'aptitude du patient à consentir à ses soins
- 5.2. Répartition des dossiers selon le taux de réalisation des critères décisionnels
- 5.3. Détails des critères décisionnels d'une LATA

DISCUSSION

1. Discussions et comparaisons de nos résultats par rapport aux données de la littérature

- 1.1. La population
- 1.2. Le critère de jugement principal, comparaison du nombre de décisions de LATA conformes aux recommandations
- 1.3. Nombre de décisions conformes selon l'aptitude du patient à consentir à ses soins
- 1.4. Répartition des dossiers selon le taux de réalisation des critères décisionnels
- 1.5. Détails des critères décisionnels d'une décision de LATA

2. Biais et limites de notre étude

3. Perspectives

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

Annexe 1 : Poster limitation de soins aux urgences

Annexe 2 : Livret prise en charge des patients en limitation de soins et/ou situation de fin de vie

INTRODUCTION

1. Les limitations et les arrêts des thérapeutiques actives

1.1. Définition

La problématique des limitations et des arrêts des thérapeutiques actives (LATA) est un questionnement sociétal. Avec le vieillissement de la population et une médicalisation de plus en plus poussée, les soins dits curatifs ne paraissent plus appropriés dans toutes les situations et peuvent alors être qualifiés d'obstination déraisonnable.

Il s'agit là d'un problème éthique majeur de la médecine moderne que d'appréhender la distinction entre la persévérance thérapeutique, salutaire pour la vie et l'obstination déraisonnable, qui porte plus atteinte à la dignité humaine qu'elle ne sauve.

Trois situations ont été identifiées comme pouvant faire partie de l'obstination déraisonnable : les situations d'échec des thérapeutiques curatives, les situations où les soins curatifs ne permettent pas d'aller à l'encontre d'un pronostic très défavorable et les demandes du patient d'arrêt des suppléances d'organe [1].

Pour autant, une fois ces situations définies, la décision et la mise en place d'une LATA sont complexes car uniques et spécifiques à chaque patient.

Dans ces situations, où la médecine curative se pondère, les soins ont un autre objectif. Ils ne visent pas la guérison mais le soulagement et l'accompagnement du patient. Loin d'être définies par une dichotomie entre soins curatifs et soins de confort, les LATA s'envisagent

dans le cadre d'une réflexion éthique propre à chaque patient concernant chaque thérapeutique qui sera administrée, limitée ou arrêtée.

Les LATA peuvent s'intégrer dans le cadre de la fin de vie. Pour autant, il a été clairement établi que les LATA ne représentent pas une aide à mourir ou un suicide assisté [2 ; 3] mais une prise en charge basée sur la réflexion de la pertinence thérapeutique.

Le bien-être du patient est toujours un impératif dans l'exercice médical. Il le devient d'autant plus dans le contexte de LATA et notamment dans les situations de fin de vie, où il devient la priorité. Le soignant doit changer son approche du patient qui devient alors, non plus un malade, mais une personne en fin de vie. La mort est replacée comme une étape naturelle de la vie.

1.2. Épidémiologie

Avec le vieillissement de la population et le développement de poly-pathologies, les situations de LATA sont de plus en plus fréquentes. À la limite du tabou, l'appréhension et l'accompagnement à la mort ne se font plus au sein des familles mais en institution [4]. Ainsi, plus de la moitié des français meurent à l'hôpital, dont 16 % dans les vingt-quatre premières heures [5]. Au vu du parcours de soins habituel, ces patients décédant quelques heures après leur entrée à l'hôpital auront été pris en charge par les équipes des Urgences dans la grande majorité des cas.

Les services d'accueil des Urgences (SAU) sont le recours pour toutes les situations d'urgences réelles ou ressenties. Les équipes travaillant aux Urgences sont amenées à mener le processus décisionnel de LATA puis à prendre en charge ces patients, la plupart du temps

face à des situations de détresse aiguë, chez des patients fragiles, ayant un pronostic vital engagé à court terme ou une qualité de vie compromise.

Les Urgences, et notamment l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), gèrent de plus en plus les situations de fin de vie dans le cadre des LATA, accompagnant jusqu'au décès les patients [6]. En effet, les décès aux Urgences représentent 0.2% à 0.5% des passages [7 ; 8] soit 5% des décès en France [9] et 7 à 17.5% des décès hospitaliers [5 ; 9]. Plus de 60% (63% à 79% selon les études) des décès aux Urgences sont précédés d'une décision de LATA [7 ; 8].

La plupart des études ont caractérisé les démarches de LATA à partir de la population décédée aux Urgences. Cela ne représente pas forcément toutes les décisions de LATA qui ne concernent pas seulement des patients en fin de vie. Une étude incluant tous les patients hospitalisés aux Urgences dans la filière médecine sur 250 jours montrait un taux de décision de LATA à 0.8% du total des passages [10]. Une autre étude montrait un résultat similaire avec 0.96% des passages correspondant à une décision de LATA [11].

Ainsi, les décisions de LATA, puis la prise en charge de ces patients, font parties du quotidien d'un service d'Urgence. Il est donc nécessaire que les équipes y travaillant soit formées aux recommandations savantes et légales ainsi qu'aux principes éthiques les encadrant afin d'optimiser la prise en charge de ces patients.

2. Prise en charge d'un patient en LATA

2.1. Encadrement des LATA

Les LATA placent le patient au centre d'une réflexion pluridisciplinaire :

- Une réflexion médicale, avec les recommandations des sociétés savantes : la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) [12], la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) [13] et la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) [14].
- Une réflexion légale, avec le Code de Déontologie Médicale (articles 35 sur l'information, 36 sur le consentement, 37 sur l'obstination déraisonnable, 38 sur les soins de confort [15]) et le Code de Santé Publique avec la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie [3], actualisation de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie [16], la loi du 9 juin 1999 visant à garantir l'accès aux soins palliatifs [17], la loi de mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [18].
- Une réflexion éthique avec les principes de bienfaisance, de non malfaisance, d'autonomie [19].

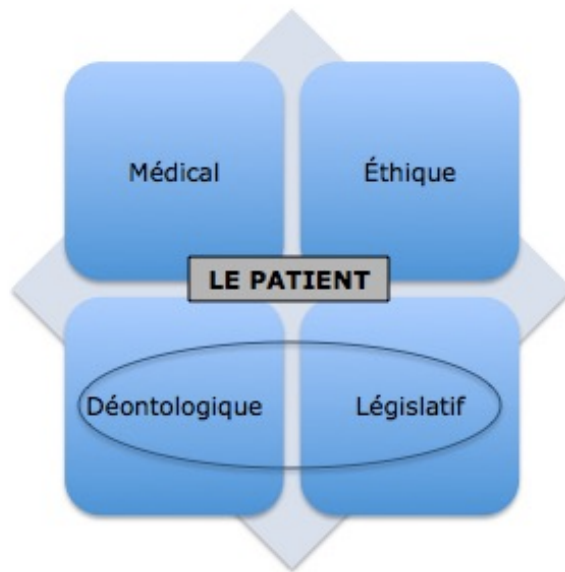


Figure 1 Les LATA, le patient au centre d'une réflexion pluridisciplinaire

2.2. Recommandations concernant la prise en charge des patients en LATA

Quand le patient est apte à consentir à ses soins, les actes de santé qui sont réalisés doivent être décidés avec lui. Ils ne peuvent pas être réalisés sans le consentement du patient hors situation d'urgences vitales [15]. Il en est de même pour un acte de limitation ou d'arrêt d'une thérapeutique. En respect du principe d'autonomie et de la dignité de la personne humaine, il faut pouvoir discuter avec le patient de ce qui, pour lui, correspond à de l'obstination déraisonnable.

Quand le patient n'est pas apte à consentir à ses soins, les thérapeutiques correspondant à de l'obstination déraisonnable ne doivent pas être entreprises [3]. Toutefois, l'impossibilité du patient à choisir pour lui-même dans ce contexte, impose une rigueur décisionnelle pour

respecter au mieux la dignité du patient et répondre aux objectifs éthiques de bienfaisance et de non-malfaisance.

La décision doit être collégiale, prise par le médecin en charge du patient après concertation avec l'équipe de soins et sur l'avis motivé d'au moins un autre médecin dit consultant [3].

Elle prend en compte les désirs du patient qui sont transmis par les directives anticipées, la personne de confiance, la famille ou les proches [3].

Le patient doit être informé de la décision prise s'il est apte à la recevoir [3 ; 15]. S'il n'en est pas apte, l'information doit être donnée à la personne de confiance, la famille ou les proches [3].

Une fois la décision de LATA prise, le niveau de soins, correspondant aux actes et aux thérapeutiques qui sont possibles, limités ou arrêtés, doit être déterminé.

Les soins de confort, visant le bien-être du patient, doivent être introduits s'ils sont nécessaires [3]. De même, les soignants doivent accompagner de manière médicale et non médicale le patient, dans toutes les étapes de sa fin de vie si tel est le cas [14].

La traçabilité dans le dossier médical est une obligation [3].

2.3. Modifications apportées par la loi du 2 février 2016

Cette récente loi renforce les droits des patients concernant l'acharnement thérapeutique, le respect de leur volonté et le soulagement de toutes les souffrances [3 ; 20].

Les principales nouveautés apportées sont :

- Les soins dits déraisonnables, parce qu'ils n'ont comme objectif que la prolongation artificielle de la vie, *doivent* être arrêtés alors qu'auparavant ils *pouvaient* être arrêtés.
- La place des directives anticipées est renforcée. Les directives anticipées n'ont plus de durée de validité. Elles priment sur l'avis de la personne de confiance, des proches ou de la famille. Elles s'imposent aux médecins, sauf situation d'urgence vitale le temps de faire le diagnostic, ou si elles sont manifestement inappropriées après la réflexion collégiale.
- La sédation profonde et continue, dite sédation terminale, est autorisée dans les situations de mort imminente.
- La nutrition et l'hydratation artificielle sont des traitements qui peuvent être arrêtés dans le cadre des LATA.
- La formation des soignants et l'octroi de moyen en faveur des soins palliatifs sont renforcés.

2.4. Décision de LATA et prise en charge des patients aux Urgences

Il existe plusieurs difficultés concernant la prise de décision et la mise en place des LATA aux Urgences. La méconnaissance du patient, l'intensité de l'activité, les sollicitations répétées, la nécessité de parfois prendre une décision rapidement et la saturation des lits d'aval font la complexité de ces prises en charge. De plus il a été démontré que les médecins et les

paramédicaux sont insuffisamment sensibilisés aux problèmes éthiques et au processus décisionnel des LATA [5 ; 21 ; 22].

Par ailleurs, les études ont mis en évidence des défauts dans la prise en charge de ces patients aux Urgences concernant le processus décisionnel ainsi que pour les soins apportés aux patients :

- La collégialité n'est pas systématique [8 ; 10 ; 23 ; 24].
- L'équipe paramédicale n'est que très peu impliquée dans le processus décisionnel [8 ; 10 ; 23 ; 24].
- Le patient, s'il est apte à consentir à ses soins, n'est pas assez consulté [8 ; 23 ; 24].
- Les directives anticipées et la personne de confiance ne sont pas assez recherchées [23].
- Les familles et proches ne sont pas assez impliqués [8 ; 10 ; 23 ; 24].
- Les soins de confort sont insuffisamment prescrits [8 ; 25].

Récemment, dans le cadre d'une thèse, une étude observationnelle concernant la prise en charge des patients en LATA a été réalisée aux Urgences du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers [26]. Conformément aux autres études, elle a pu mettre en évidence des manquements au processus décisionnel des LATA, notamment en terme de collégialité de la décision, d'implication de l'équipe paramédicale, de recherche des directives anticipées et de la personne de confiance, d'implication à la décision et d'information du patient apte à consentir à ses soins.

3. Question de recherche

En connaissance des manquements au processus décisionnel optimal des LATA aux Urgences du CHU d'Angers, nous avons, par ce travail, souhaité améliorer leur réalisation.

Dans ce but, nous avons mis en place une intervention basée sur l'information concernant la décision et la prise en charge des patients en situation de LATA aux Urgences.

Puis nous avons étudié si la mise en place de cette intervention permettait l'amélioration escomptée.

METHODES

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude descriptive, rétrospective, s'axant autour d'une intervention. Elle s'est déroulée au SAU et à l'UHCD du CHU d'Angers, sur deux périodes de 4 mois réparties entre décembre 2014 et août 2016.

2. Population étudiée

Les critères d'inclusion étaient :

- Une hospitalisation à l'UHCD du CHU d'Angers entre le 1^{er} décembre 2014 et le 31 mars 2015 (période pré-interventionnelle) puis entre le 1^{er} mai et le 31 août 2016 (période post-interventionnelle).
- Un âge supérieur ou égal à 18 ans.
- Une décision de LATA prise au SAU ou à l'UHCD, qu'elle soit clairement établie (mention dans le dossier) ou déductible de la lecture du dossier (arrêt ou non introduction de thérapies curatives dans un contexte où elles auraient été nécessaires).

Les critères d'exclusion étaient :

- Un patient mineur.
- Une décision de LATA antérieure à la prise en charge aux Urgences.
- Un dossier administratif incomplet.

Critères d'inclusion	<ul style="list-style-type: none">- Une hospitalisation à l'UHCD du CHU d'Angers entre le 1^{er} décembre 2014 et le 31 mars 2015 (période pré-interventionnelle) puis entre le 1^{er} mai et le 31 août 2016 (période post-interventionnelle).- Un âge supérieur ou égal à 18 ans.- Une décision de LATA prise au SAU ou à l'UHCD, qu'elle soit clairement établie (mention dans le dossier) ou déductible de la lecture du dossier (arrêt ou non introduction de thérapeutiques curatives dans un contexte où elles auraient été nécessaires).
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none">- Un patient mineur.- Une décision de LATA antérieure à la prise en charge aux Urgences.- Un dossier administratif incomplet.

Tableau I : Description de la population étudiée

3. Intervention

L'intervention a été réalisée en avril 2016. Elle consistait à informer les équipes médicales et paramédicales des principaux points scientifiques, législatifs et éthiques concernant la décision et la prise en charge des patients en LATA.

Elle s'est axée sur 3 points :

- La création d'un poster (annexe 1) permettant de structurer la décision de LATA en 4 étapes et d'en décrire les principaux éléments nécessaires à chacune de ces étapes :

- ♦ *La motivation de la décision* : il s'agit de rechercher les éléments qui orientent les soignants vers une décision de LATA.

- ♦ *La confrontation de la décision* : il s'agit de la prise de décision de LATA, avec le patient s'il est apte à consentir ou selon une procédure collégiale s'il est inapte à consentir.

- ♦ *L'écriture de la décision* : il s'agit de déterminer le niveau de soins et de prescrire les soins de confort si le patient en nécessite.

- ♦ *La réévaluation de la décision* : il s'agit de réévaluer la décision de LATA en elle-même et d'adapter le niveau de soins ainsi que les soins de confort, selon l'évolution du patient et la récupération d'informations le concernant.

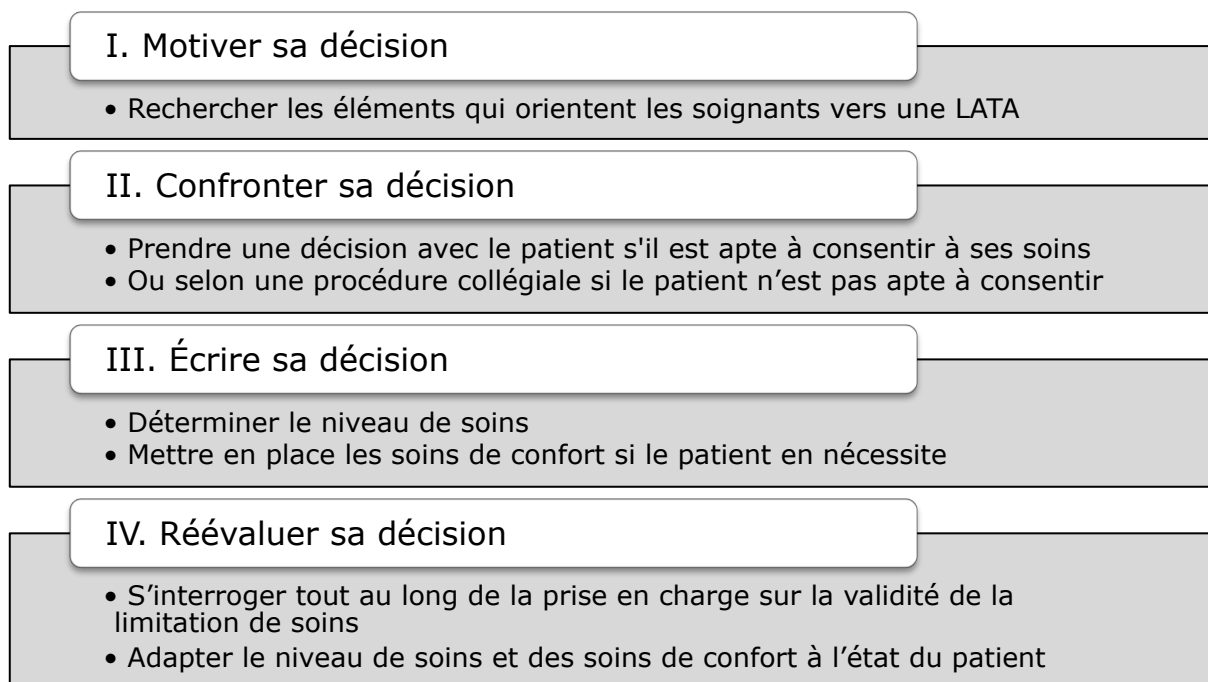


Figure 2 : Les 4 étapes décisionnelles d'une LATA

Le poster a été présenté aux équipes médicales et paramédicales et affiché dans la salle de staff du SAU du CHU d'Angers.

- La transmission d'un livret (annexe 2) comprenant les principales mesures de soins de confort et les principes de prise en charge d'un patient algique, dyspnéique ou nécessitant une sédation dans le cadre des LATA. Ce livret était accompagné d'une feuille explicative.
- La rencontre des équipes médicales et paramédicales où il leur était présenté le processus décisionnel d'une LATA et les principes de prise en charge des patients en LATA en prenant comme support les différents éléments mis en place lors de cette intervention (poster et livret).

Un infirmier et une aide-soignante, faisant partie du groupe éthique des Urgences et ayant déjà effectué un travail sur le sujet, s'étaient joints à nous pour l'animation des rencontres avec le personnel paramédical ce qui permettait une vision globale du patient en LATA.

Les informations transmises ont été issues des recommandations de la SFMU, de la SRLF, de la SFAP, des principes éthiques et du cadre légal.

4. Données recueillies

Le recueil de données s'est effectué du 1^{er} décembre 2014 au 31 mars 2015 pour la période pré-interventionnelle et du 1^{er} mai au 31 août 2016 pour la période post-interventionnelle.

Les données étaient recueillies à partir des dossiers médicaux informatisés des patients correspondant aux critères d'inclusion dans les périodes étudiées.

Les données recueillies sont présentées dans le tableau II :

	Données recueillies
Intervention	<ul style="list-style-type: none"> - le personnel médical et paramédical ayant reçu l'information orale - le personnel médical et paramédical ayant reçu l'information écrite
Épidémiologie	<ul style="list-style-type: none"> - l'âge, le sexe, la structure d'origine - les pathologies chroniques du patient - le motif de recours aux Urgences
Motivation de la décision	<ul style="list-style-type: none"> - la justification de la mise en place d'une LATA
Confrontation de la décision	<ul style="list-style-type: none"> - la capacité du patient à consentir à ses soins <p>L'incapacité du patient à consentir à ses soins était définie par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La notification dans le dossier de l'incapacité à consentir du patient • Les troubles de la conscience (score de Glasgow inférieur à 14) • La démence • La présence d'une détresse vitale majeure (asphyxie, douleur intense, hémorragie massive)
	<p>Si le patient était apte à consentir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'association du patient à la décision - l'information du patient
	<p>Si le patient n'était pas apte à consentir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la recherche des directives anticipées - la consultation et l'information de la personne de confiance - la prise de décision collégiale - le nom et la fonction du médecin consultant - la consultation et l'information des proches
Prescription de la décision	<ul style="list-style-type: none"> - la détermination des thérapeutiques limitées - l'utilisation de termes flous ne permettant pas de caractériser les thérapeutiques limitées
Réévaluation de la décision	<ul style="list-style-type: none"> - la présence d'une nouvelle réflexion sur la décision de limitation de soins ou sur le niveau de soins

Tableau II : Données recueillies

5. Le critère de jugement principal

5.1. Description du critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était la comparaison du taux de réalisation des critères décisionnels d'une LATA, avant et après intervention. Les critères décisionnels d'une LATA ont été déterminés selon les recommandations de la SFMU, de la SRLF et de la SFAP, selon la législation et selon les principes éthiques concernant ces situations.

Pour un patient apte à consentir à ses soins, les critères décisionnels sont au nombre de 5 et décrits dans le tableau III :

1/ Motivation de la décision

- Fait : justification de la décision de la LATA
- Non fait : pas de justification de la décision de LATA

2/ Association du patient à la décision

- Fait : décision prise en consultant le patient
- Non fait : décision prise sans consulter le patient

3/ Information du patient

- Fait : information du patient sur son état de santé et sur le niveau de soins décidé
- Non fait : patient non informé

4/Détermination d'un niveau de soins

- Fait : précision des thérapeutiques limitées ou arrêtées
- Non fait : pas de précision des thérapeutiques limitées ou arrêtées ou termes flous seuls

5/ Réévaluation de la décision

- Fait : réévaluation de la décision de LATA ou du niveau de soins
- Non fait : pas de réévaluation de la décision de LATA ou du niveau de soins

Tableau III : Les critères décisionnels d'une LATA chez le patient apte à consentir à ses soins

Pour un patient inapte à consentir à ses soins, les critères décisionnels sont au nombre de 8 et décrits dans le tableau IV :

1/ Motivation de la décision

- Fait : justification de la décision de la LATA
- Non fait : pas de justification de la décision de la LATA

2/ Collégialité de la décision

- Fait : décision prise par au moins 2 médecins
- Non fait : décision prise par 1 médecin seulement

3/ Précision du nom et de la fonction du médecin consultant

- Fait : nom et fonction du médecin consultant précisés
- Non fait : pas de précision du nom et de la fonction du médecin consultant

4/ Recherche des directives anticipées

- Fait : directives anticipées recherchées
- Non fait : pas de recherche des directives anticipées

5/ Avis et information de la personne de confiance

- Fait : consultation et information de la personne de confiance
- Non fait : pas de consultation ou d'information de la personne de confiance

6/ Avis et information de la famille ou des proches

- Fait : consultation et information de la famille ou des proches
- Non fait : pas de consultation ou d'information de la famille ou des proches

7/ Détermination d'un niveau de soins

- Fait : précision des thérapeutiques limitées ou arrêtées
- Non fait : pas de précision des thérapeutiques limitées ou arrêtées ou termes flous seuls

8/ Réévaluation de la décision

- Fait : réévaluation de la décision de LATA ou du niveau de soins
- Non fait : pas de réévaluation de la décision de LATA ou du niveau de soins

Tableau IV : Les critères décisionnels d'une LATA chez le patient inapte à consentir à ses soins

5.2. Analyse principale

Nous avons arbitrairement considéré que le processus décisionnel de LATA était conforme aux recommandations quand étaient présents 4 critères décisionnels sur 5 chez les patients aptes à consentir à leurs soins et 6 critères décisionnels sur 8 chez les patients non aptes à consentir à leurs soins. Ceci correspond à un taux d'adéquation aux recommandations de 80% pour les patients aptes à consentir et de 75% pour les patients non aptes à consentir.

Nous avons considéré que l'intervention était efficace si elle induisait une augmentation significative (définie par $p < 0.05$) du nombre de décisions conformes aux recommandations, entre les phases pré et post interventionnelles.

6. Les critères de jugement secondaires

Nous avons comparé le nombre de décisions conformes entre les périodes pré et post-interventionnelles pour les patients aptes à consentir à leurs soins et pour les patients inaptes à consentir à leurs soins.

Par ailleurs, nous avons étudié la répartition des dossiers entre les périodes pré et post-interventionnelles, en fonction du nombre de critères décisionnels réalisés.

Enfin nous avons évalué dans le détail chaque critère décisionnel entre les périodes pré et post-interventionnelles.

7. Outils statistiques

Les données ont été collectées grâce à un tableur EXCEL (Microsoft) à partir des logiciels «URQUAL» et «HEO», utilisés aux Urgences du CHU d'Angers.

L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel SPSS 15.0 et le site BIOSTATGV. Les données ont été comparées par le test du Chi2, par le test exact de Fisher ou par le test d'indépendance de Aochrane-Armitage.

Il s'agit d'une étude bilatérale, avec un seuil de significativité de 5% ($p < 0.05$). Il n'y a pas eu de contrôle de la puissance du test.

8. Aspects éthiques

Le comité d'éthique du CHU d'Angers ainsi que le comité d'éthique des Urgences du CHU d'Angers ont émis un avis favorable concernant cette étude.

RESULTATS

1. Diffusion de l'information

L'information écrite a été reçue par la totalité du personnel des Urgences en activité au moment de la réalisation de l'intervention (poster, livret et fiche explicative).

L'information orale a été dispensée à 42% du total du personnel médical et paramédical travaillant aux Urgences. En détail, 100% des médecins, 31% des infirmier(e)s et 23% des aide-soignant(e)s ont reçu l'information orale.

2. Diagramme de flux

Durant les deux périodes d'étude, 3437 patients ont été hospitalisés à l'UHCD. Pour 231 patients, soit 7% du total des patients hospitalisés à l'UHCD, la prise en charge a conduit à la mise en place d'une LATA. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes pré et post-interventionnels concernant le nombre de patients hospitalisés à l'UHCD ayant eu une décision de LATA ($p=0.673$).

Parmi les 3437 dossiers de patients hospitalisés à l'UHCD, 39 dossiers ont été exclus (respectivement 16 dossiers pour le groupe pré-interventionnel et 23 dossiers pour le groupe post-interventionnel) en raison d'un manque de données administratives, d'une décision de LATA antérieure à la prise en charge aux Urgences ou de l'impossibilité à déterminer avec certitude si la prise en charge correspondait à une LATA. Un total de 3398 dossiers a donc été pris en compte.

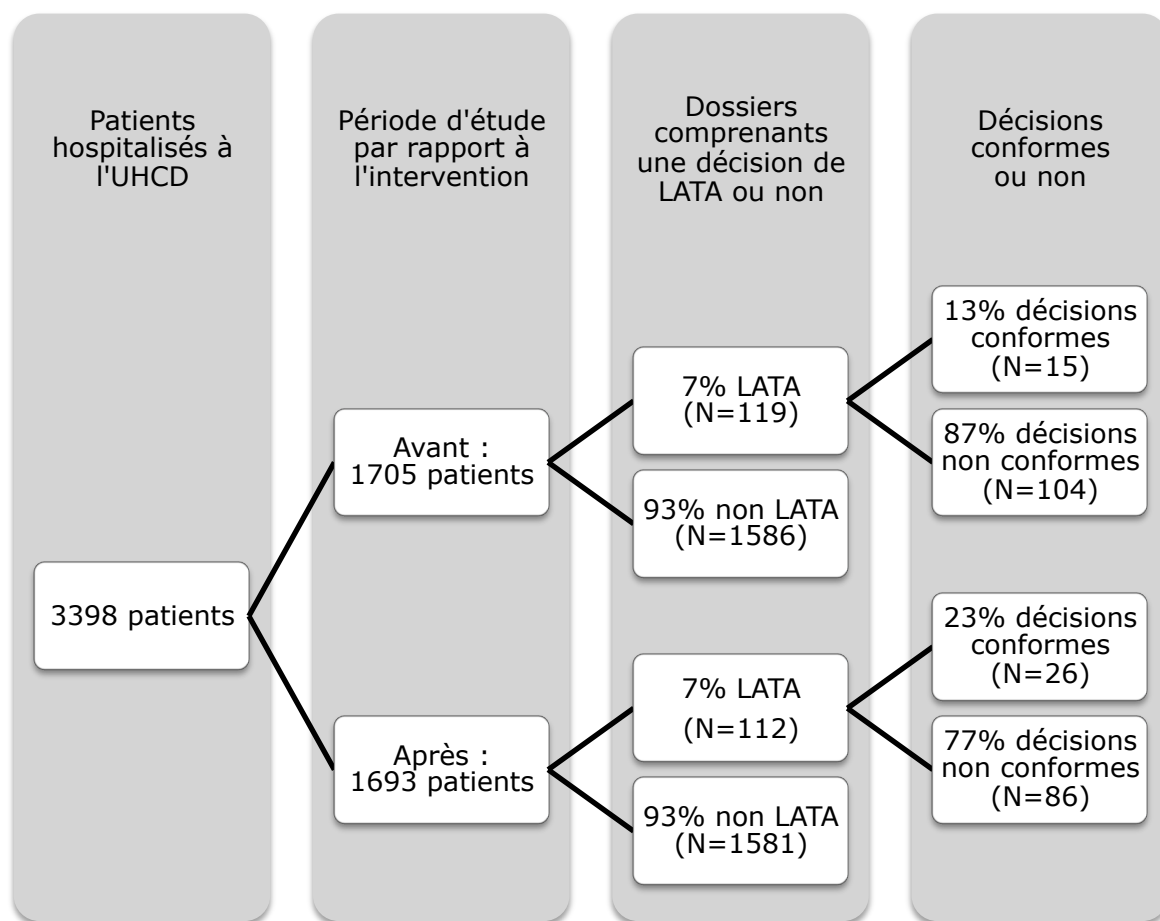


Figure 3 : Diagramme de flux

3. Épidémiologie

Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes pré et post interventionnels concernant l'âge, le sexe, la structure d'origine, les antécédents et le nombre de patients inaptes à consentir à leurs soins. Des différences significatives ont pu être mises en évidence concernant le motif de recours aux Urgences et la cause d'incapacité du patient à consentir à ses soins.

3.1. Âge et sexe

La moyenne d'âge pour les deux groupes étaient de 84.5 ans. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes ($p=0,479$).

La population totale était à 60% composée de femmes (respectivement 59% pour le groupe pré-interventionnel et 62% pour le groupe post-interventionnel). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant le rapport hommes/femmes (H/F) ($p=0,666$).

Critères	Pré-interventionnel	Post-interventionnel	Significativité $p<0.05$
Age moyen	84 ans	85 ans	$p = 0,479$
Sexe ratio (H/F)	0.7	0.6	$p = 0,666$

Tableau V : Comparaison de l'âge et du sexe

3.2. Structure d'origine

Il n'y avait pas de différence significative concernant la structure de provenance du patient entre les groupes pré et post-interventionnel. Les patients provenaient majoritairement d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Structure	Pré-interventionnel	Post-interventionnel	Significativité $p<0.05$
EHPAD	40% (N=48)	40% (N=45)	$p=0.981$
Domicile	35% (N=42)	38% (N=43)	$p=0.625$
Maison de retraite	13% (N=15)	16% (N=18)	$p=0.452$
Hôpital	8% (N=10)	4% (N=4)	$p=0.124$
Foyer logement	4% (N=4)	2% (N=2)	$p=0.684$

Tableau VI : Comparaison de la structure d'origine

3.3. Antécédents

Le principal antécédent présenté par les patients était la démence en pré comme en post-interventionnel. Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant les antécédents.

Antécédents	Pré-interventionnel	Post-interventionnel	Significativité p<0.05
Démence	34% (N=40)	45% (N=50)	p=0.086
Trouble neurologique invalidant	30% (N=36)	23% (N=26)	p=0.228
Insuffisance cardiaque	21% (N=25)	24% (N=27)	p=0.573
Coronaropathie	20% (N=24)	21% (N=23)	p=0.471
Cancer local	17% (N=20)	23% (N=26)	p=0.223
Diabète	19% (N=23)	15% (N=17)	p=0.405
Pathologie respiratoire	18% (N=21)	17% (N=19)	p=0.891
Cancer métastatique	12% (N=14)	15% (N=17)	p=0.447
Pathologie thrombotique	15% (N=18)	11% (N=12)	p=0.319
Insuffisance rénale	8% (N=9)	11% (N=12)	p=0.405
Hémopathie	9% (N=11)	7% (N=8)	p=0.561
Hépatopathie	5% (N=6)	5% (N=6)	p=0.914

Tableau VII : Comparaison des antécédents

3.4. Motif de recours aux Urgences

Le motif de consultation aux Urgences était principalement d'ordre infectieux pour le groupe pré-interventionnel et respiratoire pour le groupe post-interventionnel. Il y avait significativement plus de patients consultant aux Urgences pour un motif infectieux dans le groupe pré-interventionnel (p=0.003).

Motif de recours aigu	Pré-interventionnel	Post-interventionnel	Significativité p<0.05
Infectieux	60% (N=72)	41% (N=46)	p=0.003
Respiratoire	53% (N=63)	44% (N=49)	p=0.071
Neurologique	18% (N=22)	24% (N=27)	p=0.296
Cardiaque	14% (N=17)	19% (N=21)	p=0.360
Digestif	8% (N=9)	9% (N=10)	p=0.706
Autre	8% (N=10)	4% (N=5)	p=0.225
Endocrinien	3% (N=4)	1% (N=1)	p=0.198
Traumatique	0% (N=0)	3% (N=3)	p=0.072

Tableau VIII : Comparaison du motif de recours aux Urgences

3.5. Aptitude du patient à consentir à ses soins

La population totale comprenait 16% de patients capables de consentir à leurs soins (18% (N=22) dans le groupe pré-interventionnel et 14% (N=16) dans le groupe post-interventionnel). Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes pré et post-interventionnels concernant le nombre de patients non aptes à consentir à leurs soins (p=0,389).

Le principal motif d'incapacité d'un patient à consentir à ses soins était les troubles de la vigilance dans les deux groupes. Il y avait significativement plus de patients incapables de consentir à leurs soins en raison de trouble de la vigilance en pré-interventionnel (p=0.008) et en raison d'une détresse vitale aiguë en post-interventionnel (p=0.012).

Critères	Pré-interventionnel (N=97)	Post-interventionnel (N=96)	Significativité p<0.05
Trouble de la vigilance	75% (N=73)	57% (N=55)	p=0.008
Démence	21% (N=20)	28% (N=27)	p=0.224
Détresse vitale aiguë	4% (N=4)	15% (N=14)	p=0.012

Tableau IX : Comparaison des motifs d'inaptitude à consentir des patients

4. Analyse principale

Dans le groupe pré-interventionnel, il y a eu 15 sur 119 (13%) décisions de LATA conformes aux recommandations. Dans le groupe post-interventionnel, il y a eu 26 sur 112 (23%) décisions de LATA conformes aux recommandations.

Il y a eu significativement plus de décisions de LATA conformes ($p=0.035$) en post-interventionnel.

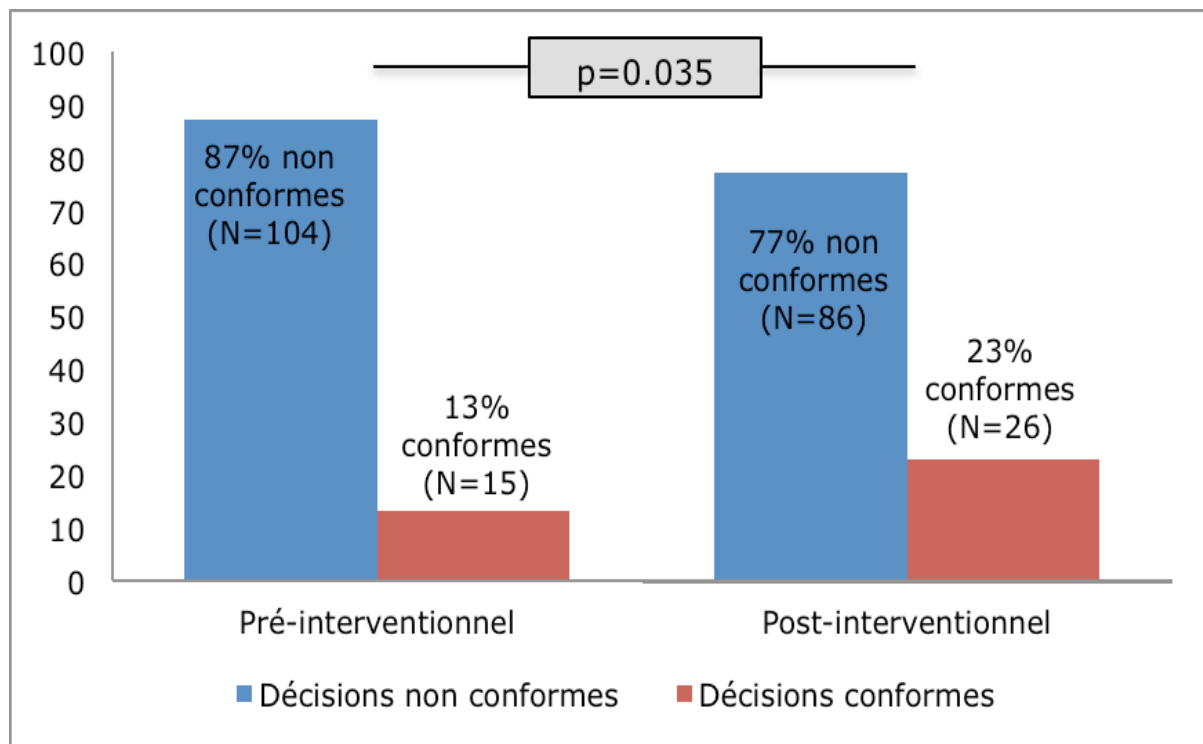


Figure 4 : Critère de jugement principal, comparaison du nombre de décisions de LATA conformes

5. Analyses secondaires

5.1. Nombre de décisions conformes selon l'aptitude du patient à consentir à ses soins

Chez les patients inaptes à consentir à leurs soins, il y avait significativement plus de décisions conformes en post-interventionnel ($p=0.008$).

Pour les patients aptes à consentir à leurs soins, il n'y avait pas de différence significative entre les phases pré et post-interventionnelle concernant le nombre de décisions conformes ($p=0.578$).

Population et période	Décisions conformes	Décisions non conformes	Significativité p<0.05
Patient non apte à consentir (N=193)			
Pré-interventionnelle (N=97)	6% (N=6)	94% (N=91)	p=0.008
Post-interventionnelle (N=96)	19% (N=18)	81% (N=78)	
Patient apte à consentir (N=38)			
Pré-interventionnelle (N=22)	41% (N=9)	59% (N=13)	p=0.578
Post-interventionnelle (N=16)	50% (N=8)	50% (N=8)	

Tableau X : Comparaison du nombre de décisions conformes chez les patients aptes et inaptes à consentir à leurs soins

5.2. Répartition des dossiers selon le taux de réalisation des critères décisionnels

Chez les patients aptes à consentir à leurs soins

Il y avait une majorité de décisions prises avec 4 critères décisionnels réalisés en pré-interventionnel (32%). En post-interventionnel, la majorité des décisions comprenaient 4 ou 5 critères décisionnels (25% dans les deux cas).

Pour les patients aptes à consentir à leurs soins, il n'y avait pas de différence significative concernant la répartition des décisions selon le nombre de critères décisionnels réalisés entre les groupes pré et post-interventionnels ($p=0.29$).

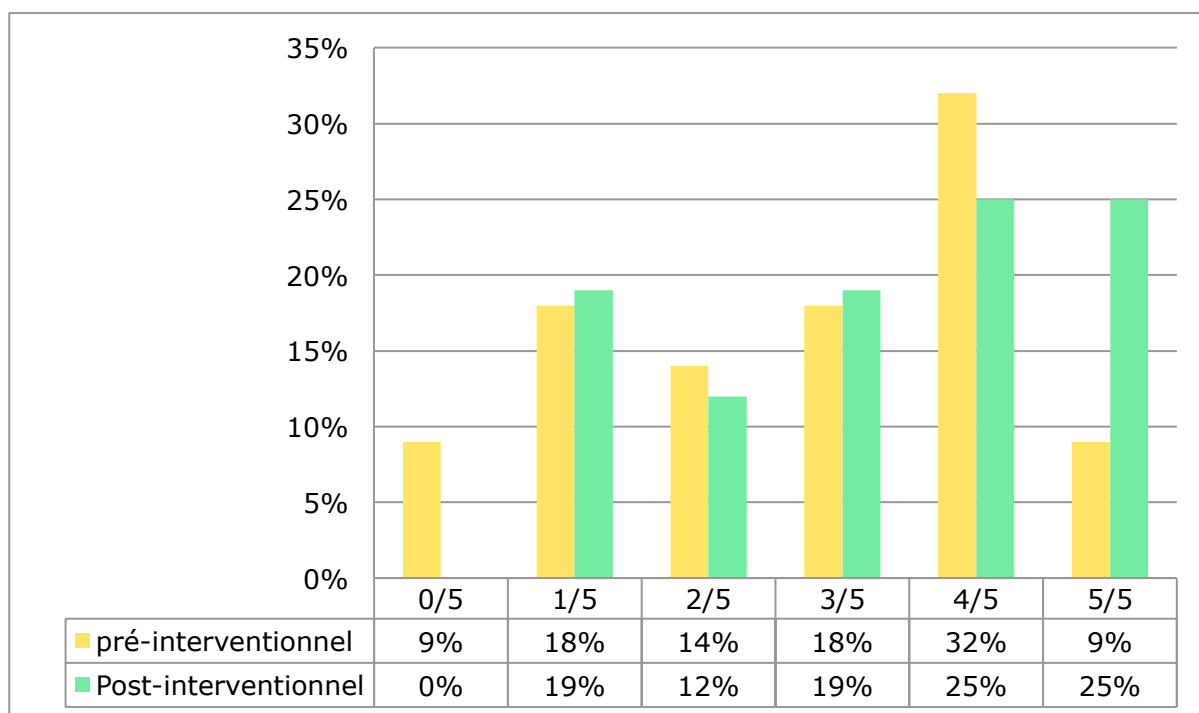


Figure 5 : Répartition des décisions selon le nombre de critères décisionnels réalisés chez les patients aptes à consentir à leurs soins

Chez les patients inaptes à consentir à leurs soins

Il y avait une majorité de décisions prises avec 5 critères décisionnels réalisés dans les deux groupes (28% en pré-interventionnel et 32% en post-interventionnel).

Pour les patients inaptes à consentir à leurs soins, il y avait significativement plus de critères décisionnels réalisés en post-interventionnel ($p < 0.001$).

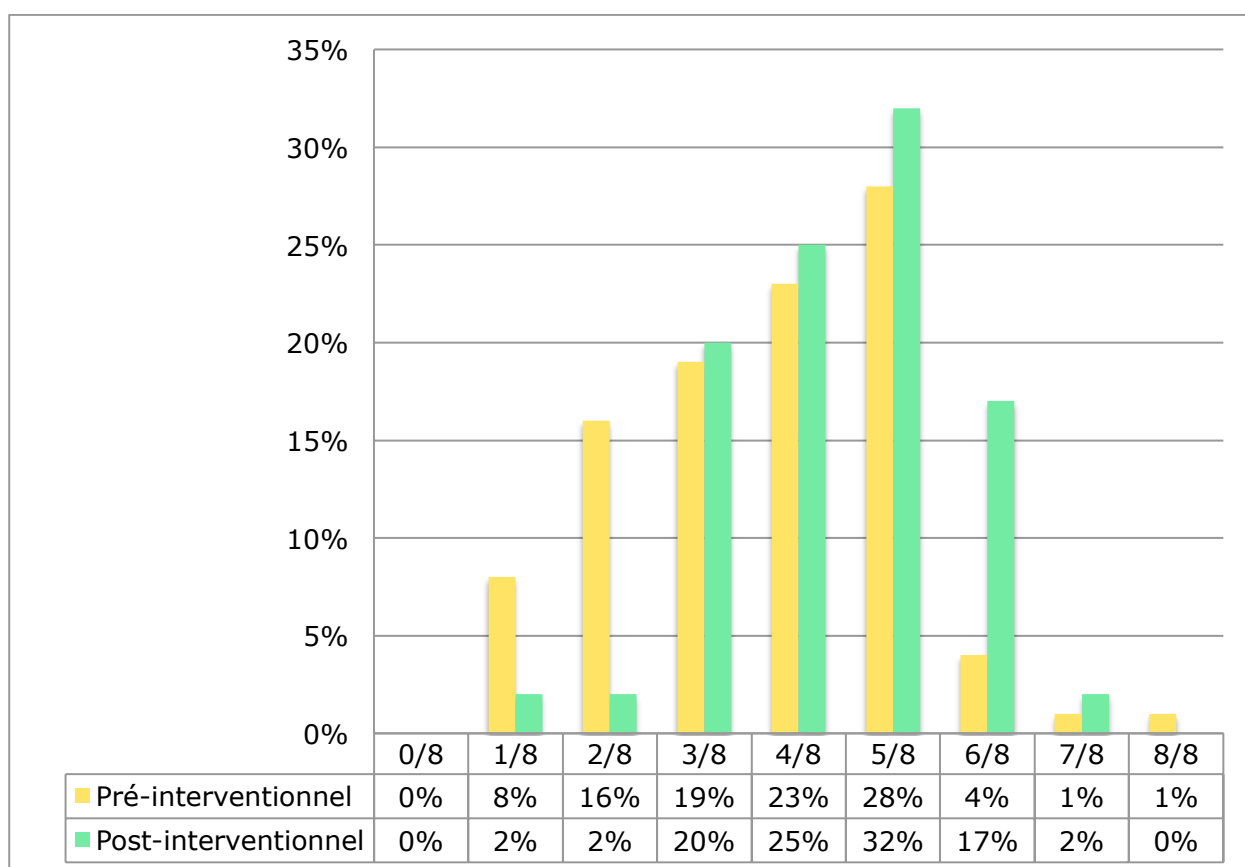


Figure 6 : Répartition des décisions selon le nombre de critères décisionnels réalisés chez les patients inaptes à consentir à leurs soins

5.3. Détails des critères décisionnels d'une LATA

Critères décisionnels communs aux patients aptes et inaptes à consentir à leurs soins

Concernant les critères communs aux patients aptes et inaptes à consentir à leurs soins, il n'y avait pas de différence significative concernant la réalisation de la motivation ($p=0.139$) et la réévaluation de la décision ($p=0.103$) entre les périodes pré et post-interventionnelles. La détermination du niveau de soins était significativement plus réalisée en post-interventionnel ($p=0.008$).

Critères	période	Critère fait	Critère non fait	Significativité $p<0.05$
Motivation de la décision	Pré-interventionnelle	68% (N=81)	32% (N=38)	$p=0.139$
	Post-interventionnelle	77% (N=86)	23% (N=26)	
Détermination du niveau de soins	Pré-interventionnelle	55% (N=66)	45% (N=53)	$p=0.008$
	Post-interventionnelle	72% (N=81)	28% (N=31)	
Réévaluation	Pré-interventionnelle	21% (N=25)	79% (N=94)	$p=0.103$
	Post-interventionnelle	30% (N=34)	70% (N=78)	

Tableau XI : Comparaison de la réalisation des critères décisionnels communs aux patients aptes et inaptes à consentir à leurs soins

Critères décisionnels spécifiques aux patients aptes à consentir à leurs soins

Concernant les critères spécifiques aux patients aptes à consentir à leurs soins, il n'y avait pas de différence significative concernant l'implication du patient à la décision ($p=0.089$) et l'information du patient ($p=0.917$).

Critères	période	Critère fait	Critère non fait	Significativité p<0.05
Implication du patient à la décision	Pré-interventionnelle	41% (N=9)	59% (N=13)	p=0.089
	Post-interventionnelle	69% (N=11)	31% (N=5)	
Information du patient	Pré-interventionnelle	45% (N=10)	55% (N=12)	p=0.917
	Post-interventionnelle	44% (N=7)	56% (N=9)	

Tableau XII : Comparaison de la réalisation des critères décisionnels spécifiques aux patients aptes à consentir à leurs soins

Critères décisionnels spécifiques aux patients inaptes à consentir à leurs soins

Concernant les critères spécifiques aux patients inaptes à consentir à leurs soins, il n'y avait pas de différence significative concernant la consultation des directives anticipées (p=0.745) et la consultation et l'information de la famille (p=0.488).

La consultation de la personne de confiance étaient significativement plus réalisées en pré-interventionnel (p=0.006). Le nombre de décision collégiale était significativement plus important en post-interventionnel (p<0.001). Le nom et la fonction du médecin consultant étaient significativement plus renseignés en post-interventionnel (p<0.001).

Critères	période	Critère fait	Critère non fait	Significativité p<0.05
Avis et information de la personne de confiance	Pré-interventionnelle	14% (N=14)	86% (N=83)	p=0.006
	Post-interventionnelle	3% (N=3)	97% (N=93)	
Consultation des directives anticipées	Pré-interventionnelle	5% (N=5)	95% (N=92)	p=0.745
	Post-interventionnelle	4% (N=4)	96% (N=92)	
Collégialité de la décision	Pré-interventionnelle	62% (N=60)	38% (N=37)	p<0.001
	Post-interventionnelle	89% (N=85)	11% (N=11)	
Nom et fonction du médecin consultant	Pré-interventionnelle	61% (N=59)	39% (N=38)	p<0.001
	Post-interventionnelle	85% (N=82)	15% (N=14)	
Avis et information des proches	Pré-interventionnelle	90% (N=87)	10% (N=10)	p=0.488
	Post-interventionnelle	86% (N=83)	14% (N=13)	

Tableau XIII : Comparaison de la réalisation des critères décisionnels spécifiques aux patients inaptes à consentir à leurs soins

DISCUSSION

1. Discussions et comparaisons de nos résultats par rapport aux données de la littérature

1.1. La population

La décision de LATA aux Urgences a été étudiée dans la littérature à partir de plusieurs populations différentes : les patients décédés aux Urgences [8 ; 27], les patients accueillis en salles d'urgences vitales [24], les patients pris en charge en pré-hospitalier [28] et tous les patients admis aux Urgences [10 ; 11 ; 23]. Nous avons choisi d'étudier les patients hospitalisés à l'UHCD car il s'agit d'un lieu d'accueil fréquent des patients en LATA [6 ; 11]. De plus, cette unité permet une prise en charge thérapeutique et relationnelle privilégiée par rapport au SAU ou aux salles d'accueil des urgences vitales du fait du suivi continu du patient sur la journée.

Les caractéristiques de notre population étaient similaires aux autres études en terme d'âge [11 ; 23 ; 27] et de sex ratio, avec une majorité de femmes [10 ; 11 ; 23]. Contrairement à notre population où les patients provenaient majoritairement d'EHPAD, ceux des autres études venaient principalement de leur domicile [8 ; 11 ; 24]. La démence était aussi un antécédent majeur [11 ; 23]. Les principaux motifs de recours aux Urgences étaient des motifs respiratoires [8 ; 11 ; 24] et infectieux [11] dans la littérature comme pour notre étude mais nous n'avons pas observé une part importante de cause neurologique comme dans certaines études [8 ; 10 ; 23].

1.2. Le critère de jugement principal, comparaison du nombre de décisions de LATA conformes aux recommandations

À notre connaissance, il n'y a pas d'étude dans la littérature qui traite de la conformité globale de la décision de LATA. Pourtant, la réalisation d'un critère décisionnel seul ne paraît pas être suffisant pour prendre une décision de LATA au plus juste selon les recommandations éthiques, savantes et légales. L'originalité de notre étude repose sur le fait que nous avons étudié la décision de LATA pour chaque patient et non la réalisation de critères décisionnels seulement.

Nous avons pu mettre en évidence une amélioration du nombre de décisions conformes après l'intervention. Malgré tout, le nombre de ces dernières reste insuffisant. Cela traduit bien la difficulté de la prise d'une décision de LATA aux Urgences. Néanmoins, il semble qu'en effectuant un travail d'information globale auprès de l'ensemble des équipes médicales et paramédicales intervenant dans ces situations, nous sommes en mesure d'améliorer ces prises en charge.

1.3. Nombre de décisions conformes selon l'aptitude du patient à consentir à ses soins

La capacité du patient à consentir à ses soins influe sur le processus décisionnel de LATA.

En étudiant la conformité des décisions de LATA selon que le patient soit apte ou non à consentir à ses soins, nous pouvons remarquer qu'aux Urgences d'Angers, les décisions de LATA concernant les patients aptes à consentir à leurs soins sont plus fréquemment conformes que chez les patients inaptes à consentir. Cela, malgré la difficulté que peut représenter la prise d'avis et l'information du patient dans de telles situations.

Notre intervention est intéressante car elle a eu un impact avec une amélioration significative de la conformité décisionnelle en post-interventionnelle chez les patients inaptes à consentir à leurs soins.

1.4. Répartition des dossiers selon le taux de réalisation des critères décisionnels

Chez les patients aptes à consentir à leurs soins, la répartition des dossiers selon le taux de réalisation des critères décisionnels est assez homogène en post-interventionnel.

Chez les patients inaptes à consentir à leurs soins, pour lesquels le taux de dossiers conformes était faible, nous pouvons observer qu'une majorité des décisions a été prise avec quatre ou cinq critères présents. Ceci ne permettait pas d'affirmer que ces décisions étaient conformes aux recommandations, mais le nombre de critères décisionnels réalisés était plus important en post-interventionnel et tendait vers une décision conforme.

1.5. Détails des critères décisionnels d'une décision de LATA

Critères décisionnels communs aux patients aptes et inaptes à consentir à leurs soins

Motiver sa décision

La motivation de la décision est bien renseignée en pré comme en post-interventionnel. Le taux de décisions motivées est plus important que pour certaines études [24].

L'orientation vers une limitation de soins et donc la détermination de ce qui correspond à de l'acharnement thérapeutique est la première difficulté du processus décisionnel.

La notion d'acharnement thérapeutique est propre à chaque patient. Quand le patient est capable de s'exprimer, il faut pouvoir discuter avec lui des soins qui lui paraissent envisageables. Quand le patient est inapte à s'exprimer, le médecin se trouve dans la situation où il doit déterminer pour le patient les soins dits déraisonnables.

La motivation de la décision de LATA doit reposer sur un faisceau d'argument. Un âge, un score GIR ou même un potentiel refus d'admission en réanimation ne paraissent pas suffisant à eux seuls pour conduire à une décision de LATA.

Il s'agit de repérer le problème moral [12] et d'essayer d'anticiper le devenir du patient. La SFMU propose de « se laisser du temps même dans l'urgence » [12].

Déterminer le niveau de soins

La détermination du niveau de soins a été significativement plus réalisée en post-interventionnel. Le niveau de soins est une prescription médicale à part entière qui concerne les thérapeutiques qui peuvent être administrées, arrêtées ou limitées. Aussi, il n'est pas licite d'utiliser des termes flous tel que « l'absence de réanimation » ou « pas de réalisation d'actes invasifs ». Le niveau de soins ne doit pas correspondre à un listing des thérapeutiques qui pourront être faites ou non, mais doit être adapté à chaque patient selon sa problématique.

Réévaluer la décision

À notre connaissance, il n'y a pas d'étude dans la littérature qui s'intéresse à la réévaluation de la décision de LATA et du niveau de soins. Ce critère nous paraît pourtant primordial car une décision de LATA ne se justifie qu'à un moment donné. La décision de LATA et le niveau de soins doivent être réévalués au moins quotidiennement. D'autant plus aux Urgences, où les décisions initiales sont prises dans des situations particulières, propices aux erreurs d'évaluation. En effet, elles sont prises dans un contexte aigu, avec un patient méconnu du soignant, pour qui il peut manquer des éléments déterminants et dont l'évolution peut être difficile à prévoir.

La réévaluation de la décision de LATA et du niveau de soins se font selon les mêmes dispositions que la décision initiale et doivent faire l'objet d'un questionnement tout le long de la prise en charge du patient. Ainsi une décision de LATA ne conditionne pas le patient à cet état.

Critères décisionnels spécifiques aux patients aptes à consentir à leurs soins

Notre étude montre un taux plus élevé d'implication et d'information du patient concernant la décision par rapport aux autres études [8 ; 24]. Ces critères décisionnels sont difficiles à réaliser aux Urgences. Les manques de temps, d'intimité et de connaissance du patient sont des challenges à la création d'une atmosphère propice à ce genre de discussion. Pourtant il est essentiel de prendre le temps nécessaire pour aborder ce sujet avec les patients.

Critères décisionnels spécifiques aux patients inaptes à consentir à leurs soins

Collégialité de la décision

Le nombre de décisions prises de manière collégiale est significativement plus important en post-interventionnel. De plus, ce résultat est satisfaisant puisque près de 90% des décisions le sont. Ce résultat est plus important que pour les autres études [8 ; 10 ; 23 ; 24].

C'est le médecin en charge du patient qui est responsable de la décision. Dans le cadre des LATA chez le patient inapte à consentir à ses soins, la décision doit être collégiale, c'est-à-dire, en accord avec un médecin donnant un avis sur cette décision. Cette prise d'avis n'a pas pour objectif d'obtenir l'approbation du médecin consultant mais d'aboutir un consensus qui représente la décision la plus juste possible pour le patient.

Selon la loi du 2 février 2016, la décision collégiale s'appuie sur les directives anticipées, la personne de confiance, la famille et les proches, selon cette hiérarchie [3]. Les informations qui en sont recueillies ont une portée informative et non décisionnelle.

Les directives anticipées, la personne de confiance et les proches

La recherche des directives anticipées n'a été que très peu réalisée en pré comme en post-interventionnel. Il en est de même concernant les autres études [8 ; 23]. Cela traduit une méconnaissance des médecins et une difficulté d'accès à ces informations aux Urgences alors que la loi du 2 février 2016 donne toute leur place aux directives anticipées [3].

Une étude montrait que seulement 2.5% des français avaient rédigé des directives anticipées [29]. De plus, dans le contexte de l'urgence, des soins peuvent être réalisés sans qu'elles ne soient consultées [3]. Les directives anticipées ne paraissent pas être l'outil idéal actuellement, pour aider à la prise de décision d'une LATA aux urgences, du fait de leur caractère peu répandu et de leur accessibilité limitée.

Concernant la personne de confiance, celle-ci a été plus consultée en pré-interventionnel, même si son implication dans le processus décisionnel reste rare. Ce faible taux de réalisation est plus en lien avec la difficulté d'identifier la personne de confiance en situation d'urgence, que d'un manque de volonté de prendre en compte et d'informer l'entourage du patient, comme peut le montrer le taux satisfaisant de consultation de la famille et des proches du patient.

Les proches sont, le plus souvent, le recours le plus facile et le plus fiable pour traduire la volonté d'un patient en situation d'urgence. Les taux d'implication des proches et de la famille retrouvés dans notre étude sont similaires à ceux des autres études [12 ; 27].

2. Biais et limites de notre étude

Notre étude est mono-centrique ce qui ne permet pas une extrapolation de l'information à d'autres centres. Néanmoins, son action locale a pu permettre de cibler l'information sur les critères décisionnels les moins réalisés mis en évidence par l'étude observationnelle réalisée aux Urgences d'Angers [26].

Tout le personnel des Urgences n'a pas reçu l'information orale. De plus, il y a eu des changements de personnel pendant la durée de l'étude.

Notre recueil de données post-interventionnel s'est effectué immédiatement après la réalisation de l'intervention ce qui n'a pas permis de vérifier la pérennité de l'amélioration des pratiques.

Notre intervention s'est inscrite dans un mouvement de réflexion mené par le groupe éthique des Urgences. Des actions parallèles à notre information ont été réalisées et ont probablement contribué elles aussi à l'amélioration des pratiques.

Les périodes pré et post-interventionnelles n'ont pas été faites sur des mois de l'année similaires. Cela peut expliquer pourquoi il y a eu plus de motif de recours aux Urgences d'ordre infectieux dans le groupe pré-interventionnel dont le recueil s'est effectué en hiver.

Notre recueil de données, rétrospectif, se base sur les éléments notifiés dans le dossier médical. Bien que la traçabilité soit une nécessité, des actes ou des réflexions ont pu être menés sans pour autant avoir été tracés dans le dossier médical.

Malgré ces biais, notre étude montre qu'une intervention auprès du personnel des Urgences pour les sensibiliser aux décisions de LATA est efficace. Notre étude est originale car en s'appuyant sur le groupe éthique des Urgences, elle a intégré une dimension éthique dans la prise en charge des patients en situation de LATA, ce qui semble indispensable, malgré les difficultés liées à notre environnement particulier.

3. Perspectives

Cette étude a permis de mettre en évidence une amélioration des pratiques entre les périodes pré et post-interventionnelles.

Néanmoins, certains points du processus décisionnel d'une LATA, tels que la consultation de la personne de confiance et la recherche des directives anticipées, sont peu réalisés. Une rencontre des soignants en insistant sur ces deux derniers points pourrait permettre d'augmenter leur réalisation.

Cette amélioration des pratiques devrait être réévaluée à distance de l'intervention pour évaluer son impact à plus long terme. S'il était constaté une diminution du nombre de décisions de LATA conformes aux recommandations, il conviendrait de mettre en place des formations plus pérennes, comme des informations répétées à intervalles réguliers, ou des informations systématiques à tout nouveau personnel arrivant aux Urgences.

CONCLUSION

Les décisions de LATA sont complexes. Le personnel des Urgences est fréquemment confronté à ce processus décisionnel, bien que leur configuration entraîne certaines difficultés.

Nous avons eu comme projet une tentative d'amélioration de ces décisions en créant un processus décisionnel à quatre étapes et en rencontrant les équipes médicales et paramédicales travaillant aux Urgences.

En étudiant le processus global de décision d'une LATA, nous avons pu mettre en évidence une amélioration des décisions grâce à une information basée sur les recommandations éthiques, savantes et légales.

Le travail de groupe pluridisciplinaire et l'échange autour des pratiques ne peuvent qu'améliorer la prise en charge de ces patients. L'information aux équipes pourrait être reproposée de manière pérenne, en ciblant les critères décisionnels peu réalisés et mis en évidence par cette étude.

BIBLIOGRAPHIE

1. Le Conte P, Batard E, Pinaud V et al (2008) Décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives dans les services d'urgence. *Réanimation* 17:802-806
2. Beydon L, Pelluchon C, Beloucif H et al (2012) Fin de vie, euthanasie et suicide assisté: une mise au point de la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar). *Ann Fr Anesth Reanim* 31:697-703
3. Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (J.O. 3 février 2016)
4. Baron D (2004) Question 19 : Controverse. Fin de vie et soins palliatifs : mission des services d'urgences? *JEUR* 17:288-293
5. Lalande F, Veber O (2008) La mort à l'hôpital Rapport Tome I. IGAS. Rapport n°RM2009-124P. http://alegal14.free.fr/IMG/pfd/La_mort_hopital.pdf, consulté en Septembre 2016
6. Borer A, Bertard A, Gandar J et al (2008) La fin de vie en unité d'hospitalisation de courte durée. *JEUR* 21:A175
7. Rothmann C, Evrard D (2005) La mort aux urgences. *JEUR* 18:3-9
8. Le Conte P, Riochet D, Batard E et al (2010) Death in emergency departments : a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. *Intensive Care Med* 36:765-772
9. Roupie E (1999) La mort aux urgences : enquête prospective préliminaire. *Actualité en Réanimation et Urgences* 281-289

10. Le Conte P, Baron D, Trewick D et al (2004) Withholding and withdrawing life-support therapy in an Emergency Department : prospective survey. *Intensive Care Med* 30:2216-2221
11. Béreau J, Reix A, Faure I, Gabinski C (2013) Mise en place et premières évaluations d'un protocole d'aide à la décision éthique dans un service d'urgences. *JEUR* 25:4-10
12. Haegy J.-M, Andronikof M, Thiel M.-J et al (2003) Ethique et urgences. Réflexion et recommandation de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. *JEUR* 16:106-120
13. Ferrand E, Regnier B et al (2010) Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des recommandations de la Société de réanimation de la langue française. *Réanimation* 19:679-698
14. Colombas P et al (2004). Conférence de consensus. L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. ANAES. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272290/fr/accompagnement-des-personnes-en-fin-de-vie-et-de-leurs-proches, consulté en Septembre 2016
15. Articles R4127-35 à R4127-38 du Code de Déontologie Médicale inscrit dans le Code de la Santé Publique
16. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (J.O. 20 mai 2005)
17. Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs (J.O. 7 février 2006)
18. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (J.O. 5 mars 2002)
19. Le Conte P. (2014) Ethique et fin de vie en médecine d'urgence. *EMC-Médecine d'urgence* 9:1-7

20. Devalois B, Puybasset L (2016) Nouvelle loi sur la fin de vie : quel impact pour la pratique médicale ? Presse Med 45:414-421
21. Lindenmeyer E, Lalanne B, Plaindoux S, Reymond J.-B (2009) La loi Léonetti : une loi médiatisée ? Connaissance et application dans un établissement hospitalier. JEUR 22:A38
22. Dumont R, Asehnoune K, Pouplin L et al (2010) Limitation ou arrêt des thérapeutiques actives en situation d'urgence. Le point de vue des anesthésistes réanimateurs. Ann Fr Anesth Reanim 29:425-430
23. Le Conte P, Guilbaudeau S, Batard E et al (2005) Mise en place d'une procédure de limitation ou d'arrêt des soins actifs dans un service d'urgence. Evaluation prospective sur 7 mois. JEUR 18:188-192
24. Verniolle M, Brunel E, Olivier M et al (2011) Evaluation des démarches de limitation et d'arrêt de traitement en salle d'accueil des urgences vitales. Ann Fr Anesth Reanim 30: 625-629
25. Tardy B, Venet C, Zeni F (2002) Death of terminally ill patients on a stretcher in the emergency department : a french speciality? Intensive Care Med 28:1625-1628
26. Bourgeois B (2015) Evaluation du niveau de renseignements des dossiers médicaux, concernant les décisions de limitation et ou arrêt des thérapeutiques actives dans le service des urgences du CHU d'Angers. Thèse de docteur en médecine, Université d'Angers
27. Claret P.-G, Louart G, Bobbia X et al (2008) Limitation et arrêt des thérapeutiques actives (LATA) aux urgences : pratiques d'un service d'accueil des urgences entre 2005 et 2006. JEUR 21:A175
28. Ferrand E, Marty J (2006) Prehospital withholding and withdrawal of life-sustaining treatments. The French LATASAMU Survey. Intensive Care Med 32:1498-1505

29. Zeisser M, Weber J.-C (2016) Les directives anticipées : un semi-échec transitoire?

Ethique et santé <http://dx.doi.org/10.1016/j.etique.2016.04.001>

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Les LATA, le patient au centre d'une réflexion pluridisciplinaire	5
Figure 2 : Les 4 étapes décisionnelles d'une LATA.....	12
Figure 3 : Diagramme de flux	20
Figure 4 : Critère de jugement principal, comparaison du nombre de décisions de LATA conformes.....	24
Figure 5 : Répartition des décisions selon le nombre de critères décisionnels réalisés chez les patients aptes à consentir à leurs soins	26
Figure 6 : Répartition des décisions selon le nombre de critères décisionnels réalisés chez les patients inaptes à consentir à leurs soins	27

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Description de la population étudiée	11
Tableau II : Données recueillies	14
Tableau III : Les critères décisionnels d'une LATA chez le patient apte à consentir à ses soins	15
Tableau IV : Les critères décisionnels d'une LATA chez le patient inapte à consentir à ses soins	16
Tableau V : Comparaison de l'âge et du sexe	21
Tableau VI : Comparaison de la structure d'origine	21
Tableau VII : Comparaison des antécédents	22
Tableau VIII : Comparaison du motif de recours aux Urgences	23
Tableau IX : Comparaison des motifs d'inaptitude à consentir des patients	23
Tableau X : Comparaison du nombre de décisions conformes chez les patients aptes et inaptes à consentir à leurs soins.....	25
Tableau XI : Comparaison de la réalisation des critères décisionnels communs aux patients aptes et inaptes à consentir à leurs soins	28
Tableau XII : Comparaison de la réalisation des critères décisionnels spécifiques aux patients aptes à consentir à leurs soins	29
Tableau XIII : Comparaison de la réalisation des critères décisionnels spécifiques aux patients inaptes à consentir à leurs soins	29

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
1. Les limitations et les arrêts des thérapeutiques actives	1
1.1. Définition	1
1.2. Épidémiologie	2
2. Prise en charge d'un patient en LATA	4
2.1. Encadrement des LATA	4
2.2. Recommandations concernant la prise en charge des patients en LATA.....	5
2.3. Modifications apportées par la loi du 2 février 2016.....	6
2.4. Décision de LATA et prise en charge des patients aux Urgences	7
3. Question de recherche.....	9
METHODES.....	10
1. Type d'étude.....	10
2. Population étudiée.....	10
3. Intervention	11
4. Données recueillies	13
5. Le critère de jugement principal	15
5.1. Description du critère de jugement principal	15
5.2. Analyse principale	17
6. Les critères de jugement secondaires.....	17
7. Outils statistiques.....	18
8. Aspects éthiques	18
RESULTATS	19
1. Diffusion de l'information	19
2. Diagramme de flux	19
3. Épidémiologie	20
3.1. Âge et sexe	21
3.2. Structure d'origine.....	21
3.3. Antécédents	22
3.4. Motif de recours aux Urgences	22
3.5. Aptitude du patient à consentir à ses soins	23
4. Analyse principale	24
5. Analyses secondaires	25
5.1. Nombre de décisions conformes selon l'aptitude du patient à consentir à ses soins ...	25
5.2. Répartition des dossiers selon le taux de réalisation des critères décisionnels	26
5.3. Détails des critères décisionnels d'une LATA.....	28

DISCUSSION	30
1. Discussions et comparaisons de nos résultats par rapport aux données de la littérature	30
1.1. La population.....	30
1.2. Le critère de jugement principal, comparaison du nombre de décisions de LATA conformes aux recommandations	31
1.3. Nombre de décisions conformes selon l'aptitude du patient à consentir à ses soins ...	31
1.4. Répartition des dossiers selon le taux de réalisation des critères décisionnels	32
1.5. Détails des critères décisionnels d'une décision de LATA	32
2. Biais et limites de notre étude	36
3. Perspectives	38
CONCLUSION	39
BIBLIOGRAPHIE	40
LISTE DES FIGURES	44
LISTE DES TABLEAUX.....	45
TABLE DES MATIERES	46
ANNEXES	48
Annexe 1 : Poster limitation de soins aux urgences	48
Annexe 2 : Livret prise en charge des patients en limitation de soins et/ou situation de fin de vie	49

ANNEXES

Annexe 1 : Poster limitation de soins aux urgences

LES LIMITATIONS DE SOINS AUX URGENCES

PENSER À LA TRAÇABILITÉ DANS LE DOSSIER MÉDICAL

Les éléments des 4 étapes de limitation de soins doivent être tracés dans le dossier

I. MOTIVER SA DÉCISION

- **Autonomie** antérieure réduite
- Affection chronique **grave et incurable**
- Pathologie aiguë avec **engagement du pronostic vital ou fonctionnel**
- Risque majeur de **dépendance définitive** aux techniques de suppléance

L'orientation vers une limitation de soins se base sur un faisceau d'arguments avec une réflexion propre pour chaque patient.

II. CONFRONTER SA DÉCISION

Rechercher la **capacité à consentir** du patient :

- ♦ Si patient apte à consentir :
 - **Discuter** de ses projets de vie avec le patient
 - **Inform**er et rechercher le **consentement** du patient
- ♦ Si patient inapte à consentir :
 - Rechercher les **directives anticipées**
 - Consulter la **personne de confiance**
 - Consulter l'**équipe paramédicale**
 - **Inform**er les proches/recueillir leur opinion
 - Prendre une décision selon une **procédure collégiale**

Procédure collégiale :

La décision est prise par le médecin en charge du patient :

- Après **concertation avec l'équipe de soins**
- Sur l'avis d'**au moins un autre médecin**.
Pensez au médecin traitant et au spécialiste d'organe.

III. ÉCRIRE SA DÉCISION

1. Définir un niveau de soins :

Limiter les soins, c'est écrire ce que l'on fait et ce que l'on ne fait pas.

"Pas de soins invasifs"
préciser ce que cela signifie.

2. Prescrire les soins de confort :

Aide à la prescription :
protocole HEO "soins de confort"

- Prise en charge de la **douleur**
- Prise en charge de la **dyspnée**
- Prise en charge de l'**anxiété**

IV. RÉÉVALUER SA DÉCISION

Réévaluation **au moins quotidienne** :

La décision de limitation est modifiable à tout moment selon la récupération d'informations et/ou l'évolution du patient.

- De la **décision** de limitation de soins : elle n'est **pas irrévocable**
- Du **niveau de soins** et des **soins de confort** : à adapter en fonction de l'évolution

D Hamdan, PHC SAU/SAMU49 CHU Angers; B Bourgeais, assistante des hôpitaux, SAU/SAMU49 CHU Angers; A Fieni, interne DESC Médecine d'Urgence CHU Angers.
Loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.
Éthique et urgences; Réflexion et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. Avril 2003.

Annexe 1 : Poster limitation de soins aux Urgences

Annexe 2 : Livret prise en charge des patients en limitation de soins et/ou situation de fin de vie

Prise en charge des patients en limitation de soins et/ou en situation de fin de vie
À destination de l'ensemble du personnel des urgences

Prise en charge globale du patient en limitation de soins et/ou en fin de vie aux urgences et à l'UHCD :

1. écoute du patient
2. évaluation de la **douleur**
3. évaluation de l'**anxiété**
4. prévention des **escarres**
5. **soins de bouche**, surveillance **diurèse** et **transit**
6. environnement **calme**, chambre seule
7. accueil et écoute de la **famille**

La prise en charge d'un patient en fin de vie et/ou limitation de soins est pluridisciplinaire et intègre le consentement du patient à chaque fois qu'il est possible de le recueillir.

Attention

Un patient en limitation de soins n'est pas forcément un patient en fin de vie, son issue n'est pas forcément le décès.
Une limitation de soins n'est pas un arrêt de tous les soins, mais seulement de ceux n'ayant pas de réel bénéfice pour le patient.
Toute décision de limitation de soins ne conditionne pas le malade à cet état, cette décision est révoquant ou adaptable à tout moment.
Les soins de confort sont des soins qui accompagnent le patient :
- le soulagent au cours d'un traitement qui peut être encore curatif, malgré une limitation.
- prennent la place du traitement curatif si le patient est en fin de vie.
Tout traitement introduit doit être réévalué. L'équipe paramédicale doit pouvoir interpellier le médecin à tout moment.

Démédicaliser la fin de vie

Espacement des surveillances :

La surveillance scopia ne paraît pas cohérente.
La fréquence de prise des paramètres doit être adaptée.
La surveillance de la douleur et du confort est à la base de la prise en charge.
Le transit et la diurèse participent au confort du patient.

Écoute : Prendre du temps auprès du patient et de sa famille.

Soins autour du patient en fin de vie

Tout acte réalisé chez un patient en fin de vie doit prendre en compte le confort du patient.

Si un acte entraîne souffrance et/ou inconfort du patient, ce dernier ne doit pas être réalisé.

Toute mobilisation doit se faire par au moins 2 soignants.

Évaluation du risque d'escarre : score d'Anger

Remplir les renseignements sur URQUAL à l'entrée du patient à l'UHCD.

Adaptation du matériel au niveau de risque du patient.

Hygiène du patient :

Les soins de bouche sont indispensables au confort du patient, sauf si ce dernier est non coopérant aux soins.

La toilette doit se réaliser dans la limite des douleurs qu'elle peut entraîner, en tenant compte de la dignité du patient.

Alimentation et hydratation :

Elles s'entendent quand elles répondent à une envie du patient.

Prise en charge d'un patient dyspnéique

Évaluation de la dyspnée :

Patient conscient et communicant : EVN

- EVN 0 : pas de dyspnée, à ENV 10 : dyspnée asphyxiant

Patient inconscient ou non-communicant :

Prendre en compte :

- la FR
- la FC
- l'agitation
- les signes de détresse respiratoire :
élévation des clavicules à l'inspiration
dépression abdominale à l'inspiration
battement des ailes du nez

La saturation reflète mal la dyspnée.

Prise en charge d'un patient sous sédation

Indications de la sédation :

- **risque vital immédiat avec décès inévitable et proche :**
dyspnée asphyxiant, hémorragie cataclysmique
- **symptôme réfractaire :** tout symptôme dont la perception est insupportable et qui n'est pas soulagé par une thérapeutique adaptée sans compromettre la conscience du patient.

Évaluation de la sédation : score de Rudkin

1	Patient complètement réveillé
2	Légère somnolence
3	Yeux fermés, répondant à l'appel
4	Yeux fermés, répondant aux stimulations tactiles légères
5	Pas de réponse aux stimulations tactiles légères

Objectif : score entre 2 et 4, objectif à notifier dans le dossier

Prise en charge d'un patient algique

Indication de l'antalgie :

Toute douleur

Utilisation de molécule(s) en quantité suffisante pour l'antalgie même si l'emploi peut entraîner des troubles de la vigilance.

Évaluation de la douleur :

Patient conscient et communicant : EVN

EVN 0	Pas d'antalgie
EVN 1 à 3	Antalgique palier 1
EVN 4 à 6	Antalgique palier 2
EVN 7 à 8	Antalgique palier 3

Patient inconscient ou non-communicant : ALGOPLUS

Visage	Froncement des sourcils, grimace, crispation, mâchoires serrées, visage figé	Oui=1	Non=0
Regard	Regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés	Oui=1	Non=0
Plaintes	Gémissements, cris	Oui=1	Non=0
Corps	Retrait ou protection, refus de mobilisation, attitude figée	Oui=1	Non=0
Comportement	Agitation, agressivité, agrippement	Oui=1	Non=0

Supérieur à 1 : antalgique nécessaire Inférieur à 2 : patient soulagé

- D Hamdan, PHC SAU/SAMU49 CHU Angers; B Bourgeais, Assistante des Hôpitaux,SAU/SAMU49 CHU Angers; A Fieni, Interne DESC Médecine d'Urgence CHU Angers.
- Éthique et urgences; Réflexion et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. Avril 2003.
- SFAP : Recommandation de la Société de Soins Palliatifs, Modalité de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Décembre 2002
- Sahut d'Izarn M, et al. Dyspnée en soins palliatifs: épidémiologie, neurophysiologie et évaluation. Médecine palliative - Soins de support - Accompagnement - Éthique (2016)

Mise en place et évaluation de l'impact d'une intervention concernant les décisions de Limitation et d'Arrêt des Thérapeutiques Actives aux Urgences du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers.

RÉSUMÉ

Introduction : Les décisions de limitation et d'arrêt des thérapeutiques actives (LATA) sont fréquemment prises aux Urgences. Il a été mis en évidence des manquements au processus décisionnel tiré des recommandations savante, éthique et légale. Cette étude a pour objectif la mise en place et l'évaluation de l'impact d'une information auprès des soignants concernant les décisions de LATA.

Sujets et Méthodes : Nous avons étudié les décisions de LATA chez les patients hospitalisés à l'unité d'hospitalisation de courte durée des Urgences du CHU d'Angers. L'intervention, définie par une information auprès des soignants, a été réalisée en avril 2016. Deux périodes ont été comparées : de décembre 2014 à mars 2015, correspondant à la période pré-interventionnelle et de mai à août 2016, correspondant à la période post-interventionnelle.

Résultats : L'information a été dispensée à 42% du total du personnel soignant dont 100% des médecins. 231 décisions ont été analysées, 119 en pré-interventionnel et 112 en post-interventionnel. L'âge, le sexe, la structure d'origine, les antécédents, le nombre de patients aptes à consentir sont comparables entre les groupes. Il y a plus de patients consultant pour un motif infectieux en pré-interventionnel (60% vs 41% ; $p=0.003$). Il y a plus de patients inaptes à consentir en lien avec des troubles de la vigilance en pré-interventionnel (75% vs 57% ; $p=0.008$) et en lien avec une détresse vitale aiguë en post-interventionnel (4% vs 15% ; $p=0.012$). 23% des décisions de LATA sont conformes en post-interventionnel alors que 13% des décisions le sont en pré-interventionnel ($p=0.035$). Chez les patients inaptes à consentir, 19% des décisions sont conformes en post-interventionnel et 6% en pré-interventionnel ($p=0.008$) alors qu'elles sont comparables entre les groupes chez les patients aptes à consentir. 72% des décisions comportent une détermination du niveau de soins en post-interventionnel et 55% en pré-interventionnel ($p=0.008$). 14% des décisions sont prises après implication de la personne de confiance en pré-interventionnel et 3% en post-interventionnel ($p=0.009$).

Conclusion : L'intervention a permis une amélioration des décisions de LATA aux Urgences du CHU d'Angers, en particulier chez les patients inaptes à consentir à leurs soins.

Mots-clés : LATA, limitation et arrêt des thérapeutiques actives, urgences, éthique.

Implement and assess the impact of a training program within Angers Hospital ER Department on Withholding and withdrawing life-support therapy decisions.

ABSTRACT

Introduction : Withholding and withdrawing decisions are frequently taken at the ER department. The decision process based on scientific, ethic and legal recommendations could be improved. The study's main objective is to implement and assess the impact of a specific training to ER medical staff on withholding and withdrawing life-support therapy decisions.

Patients and Methods : We examined withholding and withdrawing life-support therapy decisions for patients in the Short-Stay Unit of Angers ER Department. The training program informing the carevenger staff was in April 2016. Two periods were compared : pre-intervention from December 2014 to March 2015 and post-intervention from June to August 2016.

Results : Training was performed to 42% of the carevenger staff, including 100% of the Doctors. 231 decisions were analysed, 119 from the pre-intervention period and 112 from the post-intervention period. The age, gender, original structure, number of patients able to consent to care were comparable between the two groups. There are more infectious medical disorders in pre-intervention period (60% vs 41% ; $p=0.003$). There are more unable-to-consent patients linked to disturbed vigilance in pre-intervention period (75% vs 57% ; $p=0.008$) and to acute vital distress in post-intervention period (4% vs 15% ; $p=0.012$). 23% of withholding and withdrawing life-support therapy decisions are in accordance in post-intervention period while 13% of decisions are in accordance in pre-intervention period ($p=0.035$). For unable-to-consent patients, 19% of decisions are in-line during post-intervention period vs. only 6% in pre-intervention period ($p=0.008$). The number of decisions in-line for able-to-consent patients are comparable for both periods. 72% of decisions included a level of care determination in post-intervention period vs. 55% in pre-intervention period ($p=0.008$). Trusted person was heard in 14% of the decisions in pre-intervention period vs. 3% in post-intervention period ($p=0.009$).

Conclusion : The training program improved the withholding and withdrawing life-support therapy decisions in the ER Angers Hospital E.R Department, significantly for patients unable to consent to treatment.

Keywords : withholding and withdrawing life support, emergency, ethics.