

2023-2024

**THÈSE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Qualification en MÉDECINE D'URGENCE**

**ÉVALUATION ET UTILISATION DES  
FICHES LATA, DE LA RÉGULATION  
AUX URGENCES. ANALYSE DU  
RESSENTEI DES URGENTISTES DE LA  
RÉGION SUR LA FIN DE VIE –  
LATA-SAMURG**

**JOLICOEUR Agnès**

Née le 1<sup>er</sup> avril 1997 à La Roche Sur Yon (85)

**KABEYA Tchebo**

Né le 6 novembre 1996 à Butare, Rwanda

Sous la direction du Docteur ARMAND Aurore et du Docteur LEDUC Perrine

Membres du jury

M. le Professeur SAVARY Dominique | Président

Mme le Docteur ARMAND Aurore | Directeur

Mme le Docteur LEDUC Perrine | Codirecteur

M. le Professeur ASFAR Pierre | Membre

Mme le Docteur DOUILLET Delphine | Membre

M. MOUILLIE Jean-Marc | Membre

Soutenue publiquement le :  
4 octobre 2024



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée **JOLICOEUR Agnès**  
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 **04/09/2024**

Je, soussigné **KABEYA Tchebo**  
déclare être pleinement conscient 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'étudiant le **04/09/2024**

## SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

# **LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS**

---

**Doyen de la Faculté :** Pr Cédric Annweiler

**Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie :** Pr Sébastien Faure

**Directeur du département de médecine :** Pr Vincent Dubée

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETTON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CALES Paul	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine

DIQUET Bertrand	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE ; PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
DUBEE Vincent DUCANCELLE Alexandra	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine Médecine
DUVAL Olivier DUVERGER Philippe EVEILLARD Mathieu FAURE Sébastien FOURNIER Henri-Dominique FOUQUET Olivier	CHIMIE THERAPEUTIQUE PEDOPSYCHIATRIE BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE ANATOMIE	Pharmacie Médecine Pharmacie Pharmacie Médecine
FURBER Alain GAGNADOUX Frédéric GOHIER Bénédicte GUARDIOLA Philippe GUILET David HAMY Antoine HENNI Samir HUNAUT-BERGER Mathilde IFRAH Norbert JEANNIN Pascale KEMPF Marie	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE CARDIOLOGIE PNEUMOLOGIE PSYCHIATRIE D'ADULTES HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION CHIMIE ANALYTIQUE CHIRURGIE GENERALE MEDECINE VASCULAIRE HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine Médecine Médecine Médecine Pharmacie Médecine Médecine Médecine Médecine
KUN-DARBOIS Daniel LACOEUILLE FRANCK LACCOURREYE Laurent LAGARCE Frédéric LANDreau Anne LARCHER Gérald LASOCKI Sigismond LEBDAI Souhil LEGENDRE Guillaume LEGRAND Erick LERMITE Emilie LEROLLE Nicolas LUNEL-FABIANI Françoise	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION IMMUNOLOGIE BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE RADIOPHARMACIE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE BIOPHARMACIE BOTANIQUE/ MYCOLOGIE BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRES ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION UROLOGIE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE RHUMATOLOGIE CHIRURGIE GENERALE REANIMATION BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine Médecine Médecine Pharmacie Médecine Pharmacie Pharmacie Pharmacie Pharmacie Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine Médecine
LUQUE PAZ Damien MARCHAIS Véronique MARTIN Ludovic	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE DERMATO-VENEREOLOGIE BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine Pharmacie Médecine
MAY-PANLOUP Pascale		Médecine

MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RICHOMME Pascal	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

#### MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie

BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE ; discipline hospit : NEUROCHIRURGIE	Médecine
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CANIVET Clémence	GASTROENTEROLOGIE-HEPATOLOGIE	Médecine
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHAO DE LA BARCA Juan-Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHEVALIER Sylvie	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDECINE GENERALE	Médecine
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine

MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	IMMUNOLOGIE	Pharmacie
PAILHORIES Hélène	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Médecine
PAPON Xavier	ANATOMIE	Médecine
PASCO-PAPON Anne	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
PECH Brigitte	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	SOCIOLOGIE	Médecine
PIHET Marc	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
POIROUX Laurent	SCIENCES INFIRMIERES	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RIOU Jérémie	BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RONY Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE	Médecine
ROGER Emilie	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
SAVARY Camille	PHARMACOLOGIE-TOXICOLOGIE	Pharmacie
SCHMITT Françoise	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
SCHINKOWITZ Andréas	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
SPIESSER-ROBELET Laurence	PHARMACIE CLINIQUE ET EDUCATION THERAPEUTIQUE	Pharmacie
TEXIER-LEGENDRE Gaëlle	MEDECINE GENERALE	Médecine
VIAULT Guillaume	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie

#### AUTRES ENSEIGNANTS

PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley-Rose	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST/MAST		
BEAUV AIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine

POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOATHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
<b>PLP</b>		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

# REMERCIEMENTS

Tout d'abord, nous tenons à remercier et à exprimer notre profonde gratitude à **Monsieur le Professeur SAVARY Dominique**, qui nous fait l'honneur de présider ce jury de thèse. Ton dynamisme, ta réactivité, ta bonne humeur et ton implication dans différents projets nous inspirent. Comme tu le dis si bien, il nous faut apprendre quelque chose de nouveau tous les jours.

Nous adressons nos sincères remerciements à **Madame le Docteur ARMAND Aurore** et à **Madame le Docteur LEDUC Perrine**, nos directrices de thèse. Merci pour votre soutien sans faille, d'avoir cru en nous et d'être montées aux créneaux quand il a fallu se battre pour cette thèse... Aurore, ta culture philosophique et littéraire font de toi une urgentiste avec une humanité sans égale. Perrine, ta bonne humeur et ton esprit pragmatique nous procure un vent de fraîcheur. Nous avons été honorés de travailler à vos côtés et espérons pouvoir continuer d'apprendre en marchant dans vos pas.

Nous tenons à remercier particulièrement Madame le **Docteur DOUILLET Delphine**, pour sa bienveillance, sa générosité et ses conseils perspicaces. Ton implication dans notre formation, ton investissement à l'hôpital mais aussi dans le monde de la recherche nous inspirent. Merci de nous transmettre ta passion de la Médecine d'urgence.

Monsieur le **Professeur ASFAR Pierre**, vous nous faites l'honneur de faire partie de ce jury de thèse. Nos spécialités travaillent souvent de concert et la thématique de ce travail est récurrente en réanimation. Merci d'apporter votre expertise en la matière. Veuillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

Nous remercions **Monsieur Jean Marc MOUILLIE** d'avoir accepté de participer à ce jury. De par votre enseignement des sciences humaines, vous apportez une bouffée d'oxygène à notre cursus grâce, notamment, à votre optionnel Éthique et Recherche. Vous avez su promulguer les bases de la réflexion éthique aux étudiants en médecine angevins. Merci d'apporter votre point de vue sur ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A nos chers investigateurs locaux et tout spécialement à **Madame le Docteur FILIPPINI Sara**, **Madame le Docteur GAUMÉ Marie**, **Madame le Docteur HOUALARD Cyrielle** et **Madame le Docteur DECIRON DEBIEUVRE Florence**, sans votre soutien ce travail aurait été plus complexe.

Merci infiniment à **toutes les équipes médicales et paramédicales** qui nous ont accompagnées tout au long de nos stages, c'est en partie grâce à vous que nous sommes devenus les jeunes médecins que nous sommes.

Enfin, un sincère remerciement à toi **Docteur Alexandre PILON** qui nous a beaucoup aidé pour nos statistiques. Ton travail, dantesque, nous a rendu un grand service. Courage, la fin de l'externat approche... Tends les bras aux aventures trépidantes de l'internat qui ne vont pas tarder.

# REMERCIEMENTS AGNÈS JOLICOEUR

À toi **Sylvain**, mon amour, mon tout depuis plus d'une décennie. Tu m'as connu avant et tout au long de ces études de médecine et nous en voyons (enfin) le bout ! Ta présence a été essentielle à ma réussite. Merci pour ta réassurance, ta confiance en moi et tes encouragements. Tu es le pilier de ma vie, je te promets un avenir rempli de joie et d'amour (et un tout petit peu d'embêtement, sinon on s'ennuierait). **Bibiane, Stéphane, Lucile**, vous m'avez adopté au sein de votre famille et je suis heureuse de partager avec vous ce joyeux bazar !

À **mes parents** sans qui, littéralement, je ne serais pas là ! Merci de m'avoir encouragé dans cette voie, merci pour tous les bons petits plats préparés avec amour pendant mes (très) longues révisions. À mon père qui m'a transmis le goût des choses bien faites et de la rigueur. À ma mère pour son amour inconditionnel. J'espère que cette réussite vous rendra fiers de moi.

À **ma famille** qui m'a vu grandir et qui se demande quand se terminent ces études : je vous assure, c'est pour bientôt ! À tous ceux qui sont partis trop tôt pour voir ce jour, j'espère que vous m'encouragerez de là où vous êtes. À ce grand-père que je n'ai pas connu mais dont la vocation a fait écho à la mienne.

À mes amies de toujours, **Angèle, Marilou, Flavie, Fiona**, merci de votre présence si simple et permanente. Nos études nous ont dispatché un peu partout mais le retour en Vendée ne saurait tarder ! À nous les apéros sur la plage ! Docteur Flaque, je te rejoins enfin dans ce titre si prestigieux !

À toi **Elsa**, pour ton soutien sans faille en P1, à ce nombre incalculable d'heures passées à travailler ensemble, à tous ces wraps qu'on a mangé entre deux conférences à Galien et à tous les tonus qu'on a fait par la suite ! Je te souhaite d'être épanouie et de profiter de la vie comme tu sais le faire !

À vous les copains d'externats, **Emma, Danette, Calzone, Nono, Nico**, vous avez mis des paillettes dans ces années de dur labeur et votre présence a été indispensable à mon équilibre.

À vous mes coloc', **Julie, Marine et Nicolas**, la Guyane n'aurait pas été la même sans vous !

À toi **Aurore**, ma tutrice. Merci de m'avoir accompagné à travers mon internat, ton expérience et ta philosophie ont énormément contribué à mon apprentissage. J'espère gagner un peu de ta sagesse quand je serais grande !

Et enfin, à toi **mon cher co-thésard** ! Cette thèse n'aurait pas vu le jour sans toi et ta détermination. Merci de m'avoir fait confiance sur ce projet. Merci pour ces innombrables heures passées au téléphone ou à commenter en direct notre Google Doc, à tous ces mails de relance plus ou moins cordiaux et à ces débats emprunts de réflexion et de bienveillance. Tu seras, j'en suis sûre, un médecin à l'écoute de ses patients, altruiste et il me tarde de travailler avec toi !

# REMERCIEMENTS TCHEBO KABEYA

Je souhaite exprimer toute ma gratitude et mon affection à ceux qui m'ont accompagné tout au long de ce chemin, tant dans les moments de joie que dans les périodes de doute.

## **À ma mère :**

Maman, ton amour inconditionnel et ta présence constante ont été ma force tout au long de ce parcours. Tu m'as toujours poussé à aller plus loin, même quand je doutais de mes capacités et tu sais à quel point je peux douter... Ton soutien, ta patience et tes sacrifices sont à l'origine de ce succès, et je ne pourrai jamais assez te remercier pour tout ce que tu as fait. Ça y est, je suis moi aussi un toubib comme toi, Doc.

## **À mes amis proches qui se reconnaîtront :**

Vous avez été des soutiens fidèles, mes échappatoires, et mes compagnons d'aventure. Merci pour vos encouragements, vos conseils et pour avoir été là dans les moments où j'en avais le plus besoin. Vos blagues, vos rires, et votre présence ont fait de ce parcours quelque chose de supportable, et même de joyeux. Pour ceux présents ce jour, je vous aime. Les autres vous me devez un restau...

## **À ma famille du Mans, les Moreau :**

À vous, ma famille du Mans que j'affectionne particulièrement, merci pour votre accueil, votre chaleur, et votre soutien constant. Vous avez été une deuxième famille pour moi, et je vous suis reconnaissant pour chaque instant de réconfort et d'amour partagé. Votre présence à mes côtés m'a été d'un grand soutien tout au long de cette aventure. Bwana, je n'ai pas retrouvé ma carte de baptême mais promis, elle existe...

## **À ma co-thésarde Agnès :**

Travailler avec toi, Agnès, a été un véritable privilège. Merci pour ta collaboration infaillible, ta rigueur et ton soutien tout au long de ce travail. Ta détermination et ta capacité à affronter les défis avec calme, (non je rigole avec folie) et persévérance ont été une source d'inspiration. Cette thèse aurait été bien plus difficile sans toi voire impossible. Dis donc, c'est grâce à toi que j'ai pu partir à l'autre bout de la planète m'amuser en forêt et rencontrer une femme exceptionnelle...

## **À ma Doc Queen P :**

À toi ma chérie, qui m'a accompagné avec amour, patience et bienveillance. Ton soutien quotidien et ta compréhension face à mes doutes ont été inestimables. Merci pour ta force et ton amour, qui m'ont permis de tenir dans les moments difficiles. Je suis immensément reconnaissant de t'avoir à mes côtés. Es-tu prête pour les folles péripéties à venir ?

## Liste des abréviations

CCNE	Comité Consultatif National d'Éthique
CESE	Conseil Économique, Social et Environnemental
CH	Centre Hospitalier
CHM	Centre Hospitalier du Mans
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMCM	Centre Médico-Chirurgical du Mans
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMSP	Équipe Mobile de Soins Palliatifs
HAD	Hospitalisation À Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
LATA	Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives
MARPA	Maison d'Accueil Rural pour Personnes Âgées
MRC	Médecine de Régulation et de Coordination
ONU	Organisation des Nations Unies
PSSL	Pôle Santé Sarthe et Loir
RPU	Résumé de Passage aux Urgences
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SFAP	Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
SFAR	Société Française d'Anesthésie-Réanimation
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SMUR	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
VIH-SIDA	Virus de l'Immunodéficience Humaine – Syndrome d'Immunodéficience Acquise

# **Plan**

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

## **RESUMÉ**

## **INTRODUCTION**

### **1. La loi**

- 1.1. En France
- 1.2. À l'étranger

### **2. Points réglementaires et recommandations de bonnes pratiques**

- 2.1. Les recommandations de la SFMU
- 2.2. Spécificités du pré-hospitalier
- 2.3. Point éthique

### **3. La prise en charge actuelle de la fin de vie en médecine d'urgence en France**

- 3.1. À l'hôpital
- 3.2. En pré-hospitalier

### **4. Problématiques soulevées**

### **5. Présentation du territoire : le Maine-et-Loire et la Sarthe**

- 5.1. La médecine d'urgence dans le Maine-et-Loire
- 5.2. La médecine d'urgence dans la Sarthe

### **6. Présentation de l'étude LATA-SAMURG**

## **MÉTHODES**

### **1. Schéma de l'étude**

### **2. Critères de jugements**

### **3. Variables étudiées**

- 3.1. Données du questionnaire
- 3.2. Données des fiches LATA aux urgences
- 3.3. Données des fiches LATA au SAMU

### **4. Analyses statistiques**

## **RÉSULTATS**

### **1. Questionnaire aux urgentistes**

### **2. Les limitations des thérapeutiques aux urgences**

- 2.1. Caractéristiques de la population
- 2.2. Aux urgences
- 2.3. Mise en œuvre de la LATA

### **3. Les limitations des thérapeutiques en régulation**

- 3.1. Caractéristiques de la population
- 3.2. Pathologie aiguë
- 3.3. Recueil d'information
- 3.4. L'orientation des patients

## **DISCUSSION**

### **1. Principaux résultats**

- 2. Comparaison avec la littérature**
- 3. Limites et points positifs**
- 4. Implications cliniques et perspectives**

**CONCLUSION**

**BIBLIOGRAPHIE**

**LISTE DES FIGURES**

**LISTE DES TABLEAUX**

**TABLE DES MATIERES**

**ANNEXES**

# **ÉVALUATION ET UTILISATION DES FICHES LATA, DE LA RÉGULATION AUX URGENCES. ANALYSE DU RESSENTI DES URGENTISTES DE LA RÉGION SUR LA FIN DE VIE – LATA-SAMURG**

**JOLICOEUR Agnès et KABEYA Tchebo**

La répartition de ce travail a été faite de façon équilibrée.

Les recherches bibliographiques concernant la partie intra-hospitalière ont été réalisées par Agnès. La partie relative au pré-hospitalier et au questionnaire a été rédigée par Tchebo.

La partie méthodologie a été faite ensemble.

Les résultats et leur analyse ont été rédigés par Agnès pour l'étude intra-hospitalière et par Tchebo pour l'étude pré-hospitalière.

La discussion et la conclusion ont été réfléchies de manière égale.

# **RESUMÉ**

## **Introduction :**

Les situations de fin de vie sont fréquemment rencontrées en médecine d'urgence, tant à l'hôpital qu'en pré-hospitalier. Les recommandations ont, au cours des années, établi des procédures claires sur la conduite à tenir, y compris pour favoriser la traçabilité et la collégialité des décisions prises. Cette étude vise à évaluer les pratiques des urgentistes en comparaison aux recommandations établies.

## **Méthodes :**

Cette étude multicentrique, observationnelle et prospective, a été réalisée dans quatre centres, divisés en deux groupes : les centres avec une fiche LATA (CHU d'Angers et CH du Mans) et les centres sans fiche LATA (CH de Cholet et CH de Saumur). Les centres avec fiche LATA avaient aussi un outil de limitation thérapeutique spécifique à l'activité de régulation. Les urgentistes ont également été interrogés sur leur ressenti concernant la prise en charge de la fin de vie. Les critères de jugement principaux évaluaient le taux d'adéquation aux recommandations, basé sur la recherche de l'avis du patient, la discussion collégiale et la mise en place de sédation.

## **Résultats :**

342 patients ont été inclus, et le groupe avec fiche LATA montrait une meilleure adhésion aux recommandations, notamment en termes de recherche d'avis du patient, de collégialité et d'instauration de sédation ( $p=0,015$ ). Dans les centres de régulation, la collégialité était faible (28,5 % au CHU d'Angers, 21,4 % au CH du Mans), et les critères décisionnels les plus discriminants incluaient l'âge, l'autonomie, les comorbidités et la gravité clinique. L'enquête auprès des urgentistes a révélé un besoin de formations supplémentaires sur la fin de vie.

## **Conclusion :**

Les fiches LATA améliorent la traçabilité des limitations thérapeutiques et favorisent la collégialité en régulation et aux urgences. Les urgentistes expriment un besoin de formation complémentaire, ces situations devenant de plus en plus fréquentes. Les fiches LATA ne sont cependant pas un passeport vers la mort mais un outil accompagnant les soins de fin de vie. Il s'agit d'un enjeu sociétal, les discussions sur la potentielle évolution de la loi vers l'aide médicale à mourir soulignent l'attention que la médecine doit continuer à lui accorder.

# INTRODUCTION

Les urgences prennent soin quotidiennement des patients en fin de vie. Certains décèdent dans de mauvaises conditions, sur des brancards, tributaires d'un personnel peu disponible, soumis aux bruits des machines et aux mouvements incessants des soignants. Ces patients peuvent être des sujets vieillissants présentant la décompensation d'une pathologie sous-jacente ou secondaire à un traumatisme. La fin de vie peut être également évoquée chez des patients atteints de maladies graves, évolutives avec un pronostic engagé à court ou moyen terme. Ces situations où la thérapeutique atteint ses limites nous imposent d'engager une discussion sur le bien-fondé de la poursuite des soins.

Depuis les années 1960, les progrès de la médecine et plus spécifiquement de la réanimation, peuvent stabiliser les patients dans un état grave avec pour conséquence des situations médicales évoluant vers des états pauci-relationnels ou végétatifs chroniques. Lors de la pandémie VIH-SIDA dans les années 1980-1990, la jeunesse des patients touchés par une maladie grave sans thérapeutiques curatives a mis en avant la question des soins déraisonnables et de l'accompagnement de fin de vie. Apparaît alors la difficulté d'arrêter un traitement de suppléance et ce, d'autant plus lorsqu'il n'apporte pas de bénéfice au patient. Ces progrès nous imposent donc de repenser la fin de vie.

Pour encadrer cette réflexion, les médecins peuvent s'appuyer sur des textes de loi qui vont définir l'acharnement thérapeutique et plus récemment l'obstination déraisonnable. L'obstination déraisonnable est le fait de poursuivre ou d'entreprendre des actes ou des traitements alors qu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie [1]. Il peut s'agir d'actes de prévention, d'investigation, de soins ou de traitements comme l'alimentation ou l'hydratation artificielle. Cette rhétorique s'adresse désormais à l'équipe médicale et au patient, comme co-titulaires de la décision thérapeutique.

La LATA (limitation et arrêt de thérapeutiques actives) fait suite à ce principe de refus d'obstination déraisonnable. L'objectif est de ne pas mettre en œuvre ou ne pas intensifier des traitements actifs, voire de les interrompre quand ces derniers ne permettent plus d'envisager une évolution favorable de la situation. Depuis de nombreuses années, la médecine d'urgence est confrontée à cette situation tant au sein de l'hôpital qu'en pré-hospitalier. Face à cette évolution, il nous a paru important de faire le point sur ces prises en charge. Nous nous proposons en premier lieu de nous arrêter sur le cadre médico-légal de la fin de vie avant d'analyser son application en médecine d'urgence et de mettre en lumière les problématiques qui en découlent. Pour cela nous nous appuierons sur trois études menées auprès de quatre services d'urgences (Angers, Cholet, Le Mans et Saumur) : une évaluation des connaissances des praticiens de ces quatre hôpitaux et deux études de pratique, la première en régulation au SAMU centre 15 et la deuxième dans les services d'urgences.

## 1. La loi

### 1.1. En France

En 2002, la loi Kouchner [2] voit le jour dans la continuité de la pandémie VIH-SIDA. Avec cette loi, le rôle du patient devient central et les soignants se voient dans l'obligation de lui transmettre une information claire. Le droit de donner son consentement libre et éclairé, apparaît avec la possibilité de le retirer à tout moment, et par extrapolation le droit de refuser des soins. Le patient peut également désigner une personne de confiance de son choix. Cette dernière peut accompagner le patient dans ses démarches et assister aux rendez-vous. On bascule alors d'une médecine paternaliste où le praticien est quasi seul décisionnaire et peut engager des traitements sans en informer le patient, vers une décision partagée dans laquelle le patient est un élément primordial dans la poursuite ou l'interruption des thérapeutiques.

En 2005, la première loi spécifique sur la fin de vie est promulguée : la loi Léonetti [3]. Elle acte la possibilité pour le patient de demander l'arrêt d'un traitement, ou de refuser son instauration, ce refus s'imposant au médecin. Avec cette loi apparaissent les directives anticipées. Rédigées par le patient, elles énoncent ses souhaits dans le cas où ce dernier ne serait pas en mesure de s'exprimer. En l'absence de directives anticipées, et dans le cas d'une obstination déraisonnable, les traitements peuvent être suspendus après une procédure collégiale et le médecin peut mettre en place des thérapeutiques d'accompagnement même si ces dernières peuvent avoir pour effet secondaire d'abréger la vie. La loi Léonetti préconise aussi le développement des soins palliatifs en France et propose de faciliter leur accès.

En 2016, à la suite de concertations, la loi Léonetti-Claeys [1] installe le principe selon lequel toute personne a droit à une fin de vie digne et apaisée. Pour ce faire, les professionnels de santé doivent mettre en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que cela soit respecté. Les directives anticipées n'ont plus de conditions de durée et deviennent contraignantes pour le médecin<sup>1</sup> sauf en cas d'urgence vitale ou si elles sont estimées inappropriées. Le droit du malade à l'arrêt de tout traitement est réaffirmé. La nutrition et l'hydratation artificielles sont considérées comme des traitements et peuvent donc être stoppées. Le rôle de la personne de confiance est renforcé. Apparaît la possibilité pour le patient de demander l'instauration d'une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience jusqu'au décès associé à une analgésie. L'euthanasie et le suicide assisté restent interdits.

---

<sup>1</sup> En 2002, les directives anticipées étaient valides pendant 3 ans.

En 2018, le Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) organise des débats publics sur neuf thèmes, dont l'accompagnement de fin de vie [4]. Il est mis en évidence qu'on « meurt mal en France » et que l'accès aux soins palliatifs est inégal et sous-développé. En ce qui concerne les questions de l'euthanasie et du suicide assisté, aucun consensus n'est trouvé. Le CCNE a statué de ne pas modifier pour l'instant la loi existante sur la fin de vie, le CESE (Conseil Économique Social et Environnemental) propose quant à lui le droit de recevoir sur demande du patient une sédation profonde explicitement létale, et d'inclure dans la loi une clause de liberté de conscience permettant au professionnel de santé de refuser de participer à cette demande. Pour le conseil d'état, il serait possible d'autoriser une aide active à mourir sans que cela soit sous la forme d'une euthanasie ou d'un suicide assisté. Au sein du milieu soignant, selon les disciplines interrogées, les réponses ne sont pas consensuelles.

La convention citoyenne [5] réunie par le Président de la République en avril 2023 a cependant fait un retour favorable sur l'évolution de la loi. Les citoyens se montrent majoritairement en faveur de la mise en place de l'aide active à mourir, sous conditions d'accès restreintes. Cinq ans après les états généraux de la bioéthique, il est également mis en avant que le cadre actuel d'accompagnement de la fin de vie n'est pas adapté. Il existe toujours une inégalité d'accès et une persistance de la méconnaissance et de la faible application de la loi Claeys-Léonetti de 2016.

En avril 2024, la proposition de loi relative à l'aide active à mourir [6] était débattue à l'Assemblée Nationale. Elle proposerait, dans des conditions bien déterminées et pour des patients sélectionnés, d'autoriser et d'accompagner la mise à disposition d'une substance létale qu'ils pourraient s'administrer ou se faire administrer lorsqu'ils ne seraient pas en mesure de le faire. La loi prévoirait une clause de conscience permettant au médecin de refuser d'accéder

à cette demande, tout en l'obligeant à réorienter le patient vers un professionnel susceptible de le remplacer. Cependant, suite à la dissolution de l'Assemblée Nationale en juin 2024, les députés n'ont pas pu achever l'examen du projet de loi. Quoiqu'il en soit, cette loi ne concernerait pas les patients des urgences sauf en cas de rares échecs de procédure d'aide médicale à mourir ou d'euthanasie.

## 1.2. À l'étranger

En Europe, seuls 5 pays ont autorisé le recours à l'euthanasie : les Pays-Bas (en 2001) la Belgique (en 2002), le Luxembourg (en 2009), l'Espagne (en 2021) et le Portugal (en 2023). Elle s'organise dans le cas d'une maladie grave et incurable ou d'une affection grave, chronique et invalidante entraînant pour le patient des souffrances réfractaires. D'autres pays interdisant l'euthanasie, autorisent toutefois l'assistance au suicide comme la Suisse et l'Autriche. En Allemagne, l'interdiction du suicide assisté voté en 2015 a été annulée en 2020, en évoquant le fait que les personnes avaient le droit de mourir de manière autonome, même avec l'aide d'un tiers. La réflexion concernant la légalisation de l'euthanasie est actuellement en cours dans ce pays, ainsi qu'en Italie [7].

Dans le reste du monde, 11 pays (sur les 195 reconnus par l'ONU) disposent d'un cadre législatif pour l'aide active à mourir que ce soit pour l'euthanasie ou l'assistance au suicide comme le Canada, les États-Unis (10 états), la Colombie, l'Australie (5 états), l'Autriche et la Nouvelle-Zélande [7].

## **2. Points réglementaires et recommandations de bonnes pratiques**

### **2.1. Les recommandations de la SFMU**

De même que les réglementations, les sociétés savantes soulignent la place du patient dans le processus décisionnel. Il est indispensable de rechercher sa volonté, qu'elle soit exprimée de manière directe ou au travers des directives anticipées ou à défaut par le témoignage de la personne de confiance ou des proches. Tout doit être mis en œuvre pour récupérer le dossier médical complet du patient, surtout les informations relatives à son autonomie antérieure, son état cognitif et sa qualité de vie.

Lors de situations complexes qui nécessitent du temps de réflexion, de récupération de données ou de discussion, une réanimation d'attente peut être entreprise le temps du recueil d'informations. La réanimation d'attente propose la mise en œuvre de traitements de suppléance dans un contexte d'incertitude. Elle permet ainsi de ne pas faire perdre de chance au patient et de prendre la meilleure décision pour lui. Elle peut débuter dès la prise en charge pré-hospitalière, durer quelques heures mais doit rester limitée dans le temps. Si l'incertitude se prolonge, les investigations pourront être poursuivies en unité de réanimation ou unités de surveillance continue.

Le contexte de l'urgence ne peut s'exonérer de la collégialité réglementaire. Idéalement, il faut impliquer le patient, quand il est en état de se prononcer, ses proches, l'équipe paramédicale présente et un consultant extérieur (médecin traitant, médecin référent, réanimateur). Dans certaines situations, par exemple en période de garde ou lors de difficultés d'accès à certains protagonistes, une collégialité minimale est exigée, à savoir une discussion entre deux médecins.

Les recommandations soulignent l'obligation de retranscrire dans le dossier médical les étapes permettant d'aboutir à la décision de LATA (Limitation et Arrêt des Thérapeutiques

Actives). Chaque avis, chaque difficulté, les résultats d'examens et/ou les informations complémentaires pouvant faire évoluer la situation médicale sont tracées dans le dossier du patient. Quand des décisions de limitations antérieures ont été posées, elles doivent être réévaluées et jugées au regard des nouvelles données correspondantes à la situation actuelle.

La sédation profonde est mise en place le plus tôt possible, chez un patient en fin de vie présentant une souffrance réfractaire aux traitements. La thérapeutique appropriée doit nécessairement associer un hypnotique (MIDAZOLAM en première intention) avec un analgésique morphinique dont l'efficacité sera évaluée régulièrement. La profondeur de la sédation sera évaluée par l'état de soulagement du patient. Par ailleurs, tout ce qui est source d'inconfort doit être suspendu : la surveillance scopée, les bilans biologiques, l'oxygénothérapie, l'alimentation et l'hydratation... Au-delà de la question de la dignité, il est important de soulager les patients dans ces situations critiques [8].

## 2.2. Spécificités du pré-hospitalier

Le pré-hospitalier est un mode d'exercice singulier de la médecine d'urgence où le législateur ne propose aucune loi spécifique, mais il est possible de s'appuyer sur la législation encadrant la fin de vie pour cette activité. Les principes éthiques élémentaires tels que la bienfaisance, la non-malfaisance, l'autonomie et la justice doivent guider l'urgentiste. Les mêmes règles qu'à l'hôpital s'appliquent et nous verrons concrètement de quelle manière dans la partie dédiée.

La décision de ne pas orienter vers l'hôpital peut être prise dans ce cadre. Dès l'appel au SAMU, le médecin régulateur peut envisager que le patient reste au domicile ou dans sa structure d'hébergement, après une discussion collégiale. Il conviendra également de s'assurer que les conditions du maintien à domicile ou en établissement sanitaire sont respectées, à

savoir la présence d'un personnel soignant formé, avec du matériel adapté à disposition et une procédure écrite prévoyant la conduite à tenir en cas de dégradation.

### 2.3. Point éthique

Provenant du mot grec "ethos" qui signifie "les mœurs, la manière de vivre", l'éthique est une branche de la philosophie qui s'intéresse aux comportements humains et, plus précisément, à la conduite des individus en société. L'éthique fait l'examen de nos jugements moraux, elle étudie de manière argumentée ce qui est moralement bien ou mal, juste ou injuste et recherche les fondements raisonnables du "bien agir".

Les situations de LATA peuvent s'accompagner, au-delà des questions médicales et réglementaires, de questionnements éthiques s'agissant d'une limitation ou d'un arrêt de soins actifs, décision à l'issue de laquelle l'évolution peut être le décès. Les questions éthiques, les réflexions sur le bienfondé de ces décisions ont parsemé notre réflexion pendant tout ce travail.

L'éthique médicale telle que nous la connaissons aujourd'hui est le produit de plusieurs étapes fondatrices qui ont débutées par les exactions lors de la seconde guerre mondiale avec les expérimentations dans les camps, jusqu'aux procès des médecins de Nuremberg. La Déclaration d'Helsinki en 1964 [40], le scandale de Tuskegee en 1972 [37]<sup>2</sup> ont conduit à la publication du rapport Belmont en 1978<sup>3</sup>. Ce rapport prône le respect de la personne, la Bienfaisance et la Justice comme principes fondamentaux de la conduite éthique de la recherche impliquant des êtres humains. Aux États-Unis, en 1979, les travaux de Beauchamp

---

<sup>2</sup> Scandale où la Syphilis était inoculée à des métayers noirs, pauvres et analphabètes, afin d'étudier l'évolution de cette maladie, alors même qu'un remède existait. Cette expérience était autorisée et protégée par le Public Health Service (service de santé public des États-Unis).

<sup>3</sup> Principes éthiques et directives concernant la protection des sujets humains dans le cadre de la recherche

et Childress [38] ont étendu ces principes à toutes relations de soins. L'application pratique de ces principes dans le domaine de la santé renvoie au principlisme. Le principlisme se veut être le juste équilibre entre les quatre principes : Autonomie, Bienfaisance, Non-malfaisance et Justice.

L'Autonomie se manifeste lorsqu'un individu peut, dans un processus décisionnel, s'affranchir de ses conditionnements ou de contraintes extérieures. Elle reflète sa capacité à déterminer ses propres choix. Cette dernière nécessite un niveau de conscience et l'absence de troubles cognitifs pour pouvoir apprécier la situation, recevoir l'information, comprendre les enjeux et ainsi transmettre au mieux l'orientation souhaitée. Cela implique donc de se donner les moyens d'une information « claire et loyale » [41] au patient pour une construction partagée de la décision médicale. Cette démarche, ou processus de codécision, est garante de l'obtention d'un consentement jugé libre et éclairé de la personne. Ce processus accompagne la personne dans ses opinions, l'aide à faire des choix et à agir par elle-même en fonction de ses propres valeurs et croyances. Quand tous ces éléments sont réunis, une personne est alors considérée comme « compétente » pour prendre les décisions qui la concerne. Peuvent venir ensuite les questionnements sur son état psychologique, mental et physique. Le principe reste que chaque personne a le droit de prendre les décisions qui la concernent et d'abord d'accepter ou de refuser le traitement qui lui est proposé.

La Bienfaisance est l'action de faire du bien, de faire ce qui est avantageux pour le patient. Cela suppose qu'un acte médical soit validé scientifiquement, qu'il ait fait ses preuves. Mais parfois, la balance bénéfice/risque d'un acte est incertaine et il est nécessaire de prendre en compte le risque de nuire initialement à un patient pour un bénéfice secondaire.

La Non-malfaisance est définie comme l'action de ne pas nuire, de ne pas causer de problèmes ou d'effets indésirables, de ne pas imposer les risques d'un mal, de souffrance ou de douleur. Les sujets de recherche sont protégés contre les dommages éventuels et tout effort

sera entrepris pour assurer leur bien-être. Cela illustre parfaitement le principe hippocratique "primum non nocere", "d'abord, ne pas nuire".

La Justice fait référence à ce qui est équitable et juste dans le traitement d'une personne et aux questionnements sur les répartitions des ressources. Elle nous impose de réfléchir en termes d'équité et d'accès, elle ouvre les dimensions matérielles et économiques. La justice est un principe pour lequel la neutralité est un élément important dont il sera tenu compte pour certaines décisions. Ce principe peut être compliqué à développer pour le soignant directement confronté à la situation. Dans notre société et dans le domaine médical, le principe de Justice regroupe les termes de non-discrimination, d'universalité, d'accès aux soins pour tous et de solidarité. De ce postulat, apparaît la notion de responsabilité professionnelle et de déontologie : agir dans le respect des règles établies par une société et par la loi.

L'association européenne des soins palliatifs, fait état d'autres principes parmi lesquels le principe de proportionnalité (une thérapeutique n'est justifiée que si sa mise en route et ses effets sont « proportionnées » au bénéfice qu'en tirera le patient), ou de futilité (une thérapeutique est sans objet quand elle n'apporte aucun bénéfice au patient (il est alors justifié de l'arrêter).

Il est aisé de comprendre qu'il ne peut être possible de décliner les principes les uns après les autres sans tenir compte de certaines difficultés telle qu'une opposition entre ces derniers dans certaines circonstances (Bienfaisance/Non-malfaisance ; Bienfaisance/Autonomie). Un autre élément qu'il convient de souligner est la problématique de hiérarchisation des principes. Aucun n'est supérieur à l'autre. Face à ce constat, chaque situation est singulière et aucune ne peut être considérée comme référence. Il est nécessaire de conserver une attitude réflexive et respectueuse des uns et des autres, attitude qui mènera, après discussion et délibération, à une prise en charge médicale adaptée à chaque patient. La

collégialité référencée dans le Code de la santé publique est également un outil indispensable à la démarche éthique.

### **3. La prise en charge actuelle de la fin de vie en médecine d'urgence en France**

#### **3.1. À l'hôpital**

En 2008, avant la promulgation de la loi Léonetti-Claeys, Le Conte et al au CHU de Nantes notait que seulement 7% des patients étaient considérés comme en phase terminale d'une pathologie chronique à leur arrivée aux urgences [9]. Face à des situations parfois très évoluées avec une chance de survie restreinte et un aspect déraisonnable des soins invasifs proposés, une décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives pouvait être posée. La plupart de ces patients étaient âgés, avec de lourds antécédents médicaux et une dépendance majeure dans leur vie quotidienne. Plus récemment, en 2018, des soins de suppléance des fonctions vitales étaient mis en place dans près de 80% des cas avant la décision de limitation du niveau de soin et 80% des décès avaient lieu après cette décision de limitation [10]. Dans ces situations de fin de vie prévisible (patient très âgé, à l'autonomie limitée, atteint d'une maladie en échappement thérapeutique), de très rares directives anticipées étaient retrouvées, tout comme la nomination d'une personne de confiance. Le médecin traitant ou référent était, de plus, rarement joignable. Ce manque de disponibilité corrélé à un manque d'anticipation faisait que seuls 4 à 11% des médecins traitants [11] étaient impliqués dans la décision. Ainsi, une fraction non négligeable de décisions étaient prises par un médecin seul et une faible participation des équipes soignantes et des proches était notée. Pour Douplat en 2019 [12], les motifs de recours des personnes en fin de vie étaient pour la majorité respiratoires (41.2%), et neurologiques (30.2%).

Le rapport « La mort à l'hôpital » [13] réalisé par l'inspection générale des affaires sociales en 2009, décrivait une grande disparité de prise en charge des patients en fin de vie dans un contexte de manque de formation du personnel médical et paramédical et de l'absence de réflexion globale au niveau national sur un sujet touchant des milliers de personnes chaque année. La mort reste un sujet tabou, et nombre de médecins la vivent encore comme un échec. En France, dans ce rapport, plus d'un français sur 2 mourrait à l'hôpital et dans 86% des cas, dans des services de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique). 16% d'entre eux décédaient dans les 24h suivant leur admission, notamment aux urgences ou en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), ce qui correspondait à 0,2 voire 0,5% des patients admis dans un service d'urgence. Parmi eux se trouvaient des patients pour lesquels la fin de vie était prévisible de par un âge physiologique avancé ou une pathologie chronique dépassée. Il s'agit du rapport le plus complet sur ce sujet, et plusieurs travaux contemporains utilisent cette référence. À ce jour, nous n'avons pas trouvé d'article plus récent ou plus exhaustif sur la fin de vie aux urgences.

Des contraintes particulières sont propres aux services d'urgences : il y a peu de temps de réflexion notamment face à la gravité et l'évolutivité de la pathologie, une absence de relation médecin-patient préexistante, des familles peu joignables tout comme les médecins référents, des contraintes organisationnelles et souvent des locaux peu adaptés. La multiplication de ces situations de fin de vie aux urgences a amené une réflexion sur leur prise en charge, et plusieurs lois ont été promulguées dans ce sens, comme la loi Léonetti-Claeys en 2016. L'accompagnement de fin de vie s'est développé au fil des années par l'instauration de protocoles dans les services et notamment aux urgences. Guilbaudeau et al [14] a ainsi pu montrer que ces procédures augmentaient le taux de participation de l'équipe soignante et de

la famille dans la prise de décision : au CHU Nantes entre 2002 et 2004, après application de protocoles spécifiques, la participation de l'équipe paramédicale est passée de 39% à 62%.

Ces situations difficiles sont interprétées de manière différente entre les équipes soignantes. Pour les médecins, le risque principal est de laisser mourir quelqu'un qui aurait pu vivre. Pour les infirmiers, ce qui condamnable serait de vouloir faire vivre un patient à tout prix, et donc trop le traiter plutôt que pas assez. La mise en place d'une limitation des soins ne devrait donc pas être interprétée comme un arrêt des soins mais plutôt comme une réorientation de ceux-ci vers une démarche palliative, privilégiant le confort et la qualité de vie du patient [11].

### **3.2. En pré-hospitalier**

Une des spécificités de la médecine d'urgence est que son activité s'exerce en dehors des murs de l'hôpital. Par le biais de la régulation médicale, elle s'inscrit dans un contrat de soins avec l'appelant, qui repose, chaque fois que cela est possible, sur un entretien téléphonique [16]. Le médecin régulateur a la possibilité de consulter des éléments du dossier médical, soit au sein de la base de données de régulation si le patient a déjà été pris en charge ou signalé comme « patient remarquable », soit grâce à l'accès aux logiciels de gestion hospitalière, les dossiers des hospitalisations à domicile (HAD) ou les dossiers de liaison des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Au terme de cette conversation, le médecin régulateur analyse et qualifie la demande de soins, établit des hypothèses diagnostiques et propose une prise en charge. Il existe plusieurs possibilités : un conseil médical, une prescription médicamenteuse par téléphone, l'orientation vers une consultation médicale, l'intervention d'un médecin généraliste sur place, l'engagement d'un moyen secouriste, l'intervention d'une équipe de réanimation (SMUR). Enfin, si elle est nécessaire, l'orientation du patient se fera vers un service dont le plateau technique permet de le prendre en charge, et respectera si possible, son choix. Les filières spécialisées doivent

être privilégiées et le service receveur sera informé de l'arrivée du patient. Les éléments du dossier médical de régulation peuvent être communiqués au service afin de garantir la qualité de la continuité des soins.

Examinons ensemble la manière dont les régulateurs procèdent pour respecter au mieux la législation en matière de LATA. Pour commencer, les directives anticipées : si le patient est conscient, il doit être mis en contact avec le médecin régulateur afin d'exprimer son choix. S'il est inconscient, le régulateur peut consulter le dossier médical ou se renseigner auprès de la personne de confiance, sous réserve qu'elle ait été clairement identifiée. En l'absence de directives anticipées, le médecin doit disposer d'un « délai raisonnable » afin de recueillir les souhaits du patient et/ou des proches. Deuxièmement, la décision collégiale : le médecin régulateur doit confronter son avis à un autre confrère. Il n'est pas rare que celui-ci se trouve auprès du patient (médecin traitant, médecin de l'HAD ou du réseau de soins concerné, médecin du SMUR). Enfin, l'obstination déraisonnable : prenons l'exemple de l'arrêt cardiaque, situation régulièrement rencontrée. Certaines conjectures imposent de ne pas débuter une réanimation cardio-pulmonaire d'emblée. C'est notamment le cas lors d'une décapitation ou d'un écrasement de la tête avec éclatement de la boîte crânienne et destruction évidente du cerveau, raideur et lividités cadavériques, décomposition des tissus... Dans les autres situations, le diagnostic de mort avérée est difficile et l'envoi d'un SMUR est conseillé.

Dès la régulation, le médecin doit réfléchir à l'orientation du patient pour un accueil dans les meilleures conditions : pour le patient qui ne bénéficie pas de gestes de réanimation en pré-hospitalier, une entrée directe en UHCD, une orientation vers un service de soins palliatifs ou le service de référence du patient doit être privilégiée. Il est aussi possible d'envisager de laisser le patient sur place si plusieurs éléments sont respectés : la collégialité,

l'accord de la famille, la présence de matériel et la disponibilité de soignants 24h/24 [8]. Dans tous les cas, les patients peuvent être dirigés vers un service d'urgences.

L'activité au sein des Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) [17], est une autre modalité d'exercice de la médecine d'urgence. Leur mission est d'assurer, sur décision du médecin régulateur et au sein d'un territoire défini, la médicalisation de patients nécessitant des soins immédiats.

Dans une étude rétrospective auprès de 192 SMUR en France, E. Ferrand et J. Maty [15] ont montré que 76 % des praticiens interrogés avaient été confrontés à une décision de LATA dans les 15 jours précédents l'enquête. Dans cette étude, dans 45% des cas, le médecin SMUR décidait seul. Lors de l'intervention d'un autre praticien (55%), il s'agissait essentiellement du médecin régulateur du SAMU, d'un réanimateur (40%) ou du médecin traitant (30%). La fréquence de ces situations risque d'augmenter compte tenu du vieillissement de la population, de l'augmentation du nombre de patients soignés pour une maladie chronique et d'une politique dont la conséquence pourrait être une limitation des transferts des patients en fin de vie vers les services d'urgence (développement de l'hospitalisation à domicile et des filières de soins palliatifs) [35].

Dans ce contexte, il semble légitime de se demander si les impératifs législatifs sont compatibles avec la régulation médicale et l'activité de SMUR. La loi ne détaille pas les champs précis d'application de la décision de LATA, que ce soit en régulation médicale ou en pré-hospitalier. Le modus operandi doit se rapprocher de « l'esprit de la loi » : respect du choix du patient, mise à distance de l'obstination déraisonnable et mise en place des conditions nécessaires pour la prise de décision collégiale. Ce processus nécessite un certain temps.

## 4. Problématiques soulevées

En pré-hospitalier, les urgentistes sont confrontés majoritairement à deux circonstances. Dans le premier cas, un patient est porteur d'une pathologie chronique inscrite dans une filière de soins particulière (suivi par une équipe de soins palliatifs et/ou d'hospitalisation à domicile). L'événement aigu peut donc avoir été anticipé. L'équipe pré-hospitalière, éclairée par cette information, poursuit les soins dans la direction initiale. Elle juge ce qu'il est possible de réaliser devant ce nouvel événement, en particulier la possibilité d'un maintien à domicile. Elle s'assure toujours du confort du patient et se doit d'informer et d'accompagner les proches. Dans le deuxième cas, il n'existe aucune information sur le pronostic du patient et son projet de vie. Le doute doit profiter au patient. Si le rapport bénéfice/risque ne met pas en évidence une disproportion évidente entre les bénéfices attendus et le préjudice imposé, il est permis de poursuivre les thérapeutiques curatives ou le maintien artificiel en vie. On a alors recours à une réanimation d'attente, le temps de rassembler les informations pour décider du devenir et de la prise en charge la plus adaptée pour le patient [35].

Bien souvent, le médecin régulateur ne dispose pas de tous les éléments nécessaires à un choix éclairé. Cependant peut-il malgré tout aboutir à une décision et notamment sur des thématiques aussi sensibles que la fin de vie ? A notre connaissance c'est une thématique très peu étudiée dans la littérature.

La qualité de la prise en charge dépend de l'expertise palliative du médecin pré-hospitalier et de son équipe. Les médecins SMUR ne sont que 9,5 % à avoir une formation en soins palliatifs et souhaiteraient pour la plupart se former [15]. Une collaboration avec les équipes ou réseaux palliatifs pourrait permettre l'apprentissage de procédures, de favoriser une réflexion collégiale et notamment d'instaurer un relais possible après le passage du SMUR. A Paris et dans les Hauts-de-Seine, un SAMU palliatif, PALLIDOM, intervient après déclenchement par le centre 15 afin d'accompagner en urgence la fin de vie à domicile [18].

En structure hospitalière, les urgentistes sont très régulièrement confrontés à des situations de fin de vie. Chaque jour ou presque, ils prennent des décisions de limitation thérapeutique, que ce soit via des outils d'aides cognitives comme les fiches LATA ou en remplissant le dossier médical. Ce faisant, l'urgentiste respecte-t-il scrupuleusement les recommandations médico-légales ? Nous avons pu voir précédemment que la collégialité était rendue parfois difficile en fonction de l'heure du jour ou de la nuit, tout comme l'accès aux volontés du patient, ou aux éléments d'informations de la situation médicale. L'autre problématique soulevée par les équipes des urgences concerne la mise en place des soins de confort, l'antalgie et la sédation du patient. Quelles modalités ? En quel lieu ? Quelles thérapeutiques en fonction de ces derniers ? Le choix doit reposer sur le traitement qui permettra d'obtenir pour le patient une gestion adéquate de la douleur, de l'anxiété ou de tout autre symptôme "d'inconfort" en situation de fin de vie.

## 5. Présentation du territoire : le Maine-et-Loire et la Sarthe

### 5.1. La médecine d'urgence dans le Maine-et-Loire

Le département du Maine-et-Loire compte quatre services d'accueil des urgences (SAU) qui sont le CHU d'Angers, la Clinique de l'Anjou, le Centre Hospitalier de Cholet et le Centre Hospitalier de Saumur. Ceux-ci ont connu en 2022 une augmentation de la fréquence de leurs services d'urgences de 9% par rapport à 2021 [19] (annexe n°1).

Le Centre Hospitalier Universitaire d'Angers est situé dans la ville du même nom qui comportait une population de 157 175 habitants en 2021 [20]. Il est le deuxième service d'urgence du Maine-et-Loire et le cinquième de la région Pays de Loire en volume d'activité annuel, ce qui représente 6% de l'activité régionale globale.

En 2022, le CHU a transmis 89 032 résumés de passage aux urgences (RPU) dont 58 493 pour le service des urgences adultes, soit entre 150 et 200 passages par jour. La moyenne d'âge des patients était de 50,1 ans. La durée médiane de passage était de 5h01, majorée à 8h09 en cas d'hospitalisation. 76% des patients retournaient à domicile après leur passage aux urgences [21] (annexe n°2).

Cholet se situe au sud du Maine et Loire, comptait 53 936 habitants en 2021 [22] et son centre hospitalier dispose d'un service d'urgences générales incluant les urgences pédiatriques traumatologiques. En 2022, 67 093 résumés de passages aux urgences (RPU) ont été enregistrés, soit en moyenne 180 passages par jour. La moyenne d'âge des patients s'étant présentés aux urgences était de 36,1 ans. La durée médiane de passage aux urgences était de 2h51 et de 5h38 en cas d'hospitalisation. 81% des patients rentraient à domicile après leur passage aux urgences [23] (annexe n°3).

Saumur comptait 26 215 habitants en 2021 [24], se situe au sud-est du département et son centre hospitalier dispose d'un service d'urgences générales également. 33 125 résumés de passage aux urgences ont été enregistrés en 2022. Le nombre moyen de RPU quotidien était de 90 environ. La moyenne d'âge était de 38,7 ans. 77% des patients rentraient à domicile après leur passage aux urgences [25] (annexe n°4).

## **5.2. La médecine d'urgence dans la Sarthe**

La Sarthe compte sept services d'urgences : le Centre Hospitalier du Mans, le Pôle Santé Sud (CMCM), le Centre Hospitalier de Château-du-Loir, le Centre Hospitalier de Saint-Calais, le Centre Hospitalier de la Ferté-Bernard, le Pôle Santé Sarthe et Loir (PSSL) et le Centre Hospitalier de Mamers.

Sur l'année 2022, 161 822 RPU ont été transmis soit une diminution de 6% par rapport aux chiffres de 2021 [19]. Cela peut s'expliquer par de nombreuses fermetures occasionnelles des services d'urgences du département pour des problèmes de permanence des soins. Dans la Sarthe, la durée médiane de passage aux urgences est plus courte que dans les autres départements de la région en cas de retour à domicile mais plus longue en cas d'hospitalisation. Le taux d'hospitalisation post-urgences est le plus élevé (annexe n°5).

La ville du Mans comptait 145 004 habitants en 2021 [26], le CHM dispose d'un service d'urgences adultes et d'un service d'urgences pédiatriques. 97 936 résumés de passage aux urgences ont été transmis en 2022, dont 64 731 concernaient le service d'urgences adultes soit environ 180 passages par jour. En 2022, l'âge moyen des patients se présentant aux urgences était de 53,1 ans. La durée médiane de passage était de 6h02 et de 10h37 en cas d'hospitalisation. 58% des patients rentraient à domicile à l'issue de leur passage aux urgences [27] (annexe n°6).

## 6. Présentation de l'étude LATA-SAMURG

Ce travail de thèse est divisé en trois parties. Tout d'abord, nous nous sommes penchés sur les connaissances des urgentistes des quatre centres précédemment cités à propos des recommandations en vigueur en matière de fin de vie ainsi qu'à leur ressenti sur cette thématique. En parallèle, nous avons fait un état des lieux des pratiques professionnelles dans le contexte de la fin de vie dans les différents services d'urgences du Maine et Loire et de la Sarthe en évaluant si la mise en place d'un protocole d'aide à la prise de décision de limitation des thérapeutiques actives (fiche LATA) permettait d'améliorer la prise en charge des patients en fin de vie dans la région, dès la régulation puis aux urgences.

Notre travail s'est déroulé en plusieurs parties : envoi d'un questionnaire anonyme aux séniors urgentistes et internes des urgences sur l'accompagnement de fin de vie entre mai et juillet 2024, une étude observationnelle sur données prospectives des fiches LATA des urgences du CHU d'Angers et du CH du Mans, et l'analyse des dossiers des patients limités aux urgences du CH de Cholet et de Saumur, d'octobre 2023 à juin 2024, et l'instauration d'une fiche inédite de LATA en régulation sur les sites du CHU d'Angers et du CH du Mans, faisant écho à celle des urgences afin d'aider à la limitation et à l'orientation de ces patients, d'octobre 2023 à juin 2024.

L'objectif principal de ce travail est d'effectuer un état des lieux de la pratique des urgentistes en matière de fin de vie, en comparaison aux recommandations. Les objectifs secondaires vont tenter d'observer les disparités de pratique notamment thérapeutiques, d'observer le respect de la collégialité, de la participation des équipes paramédicales ; d'étudier le ressenti des praticiens face à ces situations de fin de vie, leur avis sur l'utilité d'une fiche LATA, leur utilisation des outils mis à disposition ; d'évaluer l'intérêt d'une fiche LATA en pré hospitalier.

# MÉTHODES

## 1. Schéma de l'étude

L'étude LATA-SAMURG est une étude prospective observationnelle en trois parties distinctes. La première partie concernait les patients ayant eu une LATA posée aux urgences du CHU d'Angers, et des CH de Cholet, du Mans et de Saumur sur la période d'octobre 2023 à juin 2024. Une fiche LATA informatisée a été mise en place aux urgences du CHU (annexe n°7) et au CH du Mans (annexe n°8), il y a respectivement 4 et 10 ans. A Saumur, l'outil est travaillé depuis septembre 2022 mais encore peu utilisé (annexe n°9). Le CH de Cholet n'en possède pas. A partir des habitus de chaque service, les centres ont été répartis en deux groupes : un groupe interventionnel nommé « centre avec fiche LATA » comprenant Angers et Le Mans et un groupe observationnel désigné comme « centre sans fiche LATA » regroupant Cholet et Saumur<sup>4</sup>.

Par ailleurs, une fiche LATA a été rédigée pour la régulation au centre 15 du CHU et du CHM afin de poser des limitations de soins dès l'appel et d'orienter les patients au mieux (annexe n°10). Il s'agit d'un travail exploratoire descriptif.

En parallèle, une étude ancillaire sous forme de questionnaire anonyme dont l'objectif était d'évaluer les connaissances et de recueillir l'opinion des médecins urgentistes de Maine et Loire et de Sarthe sur l'accompagnement de la fin de vie, a été envoyé par mails, une fois par mois, de mai à juillet 2024 et diffusé sur les réseaux sociaux via Facebook et WhatsApp.

---

<sup>4</sup> Malgré le fait que Saumur ait un document à disposition

L'étude réalisée en 2016 par Fieni et al [28] avait étudié le processus de LATA au CHU d'Angers, mettait en exergue une collégialité de 62% et une communication de l'information au patient dans 45 % des cas. Pour calculer le nombre de sujets nécessaires à ce travail, l'hypothèse était un taux d'adéquation aux bonnes pratiques d'environ 40%. Aucune donnée n'était relevée sur la mise en place de sédations. Par conséquent, l'hypothèse était qu'elle devait être au moins supérieure à 40%. En comptant sur une amélioration des pratiques de 15% grâce à la fiche LATA, avec un respect des critères de jugement principaux de 55% dans le groupe interventionnel, il était nécessaire d'inclure 342 patients soit 171 dans le groupe interventionnel et 171 dans le groupe observationnel. En d'autres termes, approximativement 86 patients dans chaque centre.

Les patients ont été sélectionnés par extraction de fiches LATA remplies à Angers et au Mans, par screening de mots clés dans les conclusions des dossiers médicaux tels que « LATA », « LAT », « limitation », « fin de vie », via le remplissage de carnets disposés aux urgences dans lesquels les urgentistes collaient les étiquettes de patients limités, et par extraction des patients ayant bénéficié d'une prescription de MIDAZOLAM et de MORPHINE aux urgences. Quand il n'y avait pas de fiche LATA, les dossiers médicaux étaient relus afin de saisir la démarche ayant abouti à la limitation.

La communication à propos de ce travail était faite une fois par mois, d'octobre 2023 à juin 2024, via les adresses mails et WhatsApp. Des investigateurs locaux, ont participé aussi à la promotion de cette étude.

L'information et le recueil de la non opposition de l'ensemble des patients inclus ont été effectués selon le protocole décrit en annexe (annexes n°11, n°12, n°13). Avant de débuter, ce travail a été présenté au comité d'éthique du CHU d'Angers (références 2023-148 et 2023-

149) et a obtenu l'enregistrement à la CNIL (numéro ar23-0121v0) (annexes n°14, n°15, n°16).

## **2. Critères de jugements**

L'objectif de cette étude est de comparer le taux d'adéquation aux bonnes pratiques défini par la présence des trois critères multiples suivants : recherche de l'avis du patient, discussion collégiale et mise en place de sédations.

Les critères de jugements secondaires évaluent le taux de discussion collégiale, le taux de recherche de l'avis du patient, le taux de mise en place des sédations, et dans les centres ayant complété la fiche LATA, la description des pratiques professionnelles dans l'application de ces limitations de soin. De plus, pour le travail exploratoire descriptif en pré-hospitalier, le taux d'adéquation aux bonnes pratiques a été comparé selon les critères : recherche de l'avis du patient, discussion collégiale, et orientation du patient. Les facteurs entrant en compte lors de la prise de décision ont également été évalués.

## **3. Variables étudiées**

L'ensemble des données a été recueilli de manière anonymisée, les patients possédant un numéro d'ordre croissant. Les données étaient sous forme de variables quantitatives discrètes majoritairement, et plus rarement, qualitatives nominales afin de retranscrire certaines descriptions. Les informations statistiques ont été stockées dans un fichier Excel. Pour l'étude ancillaire, les résultats étaient contenus dans un Google Forms.

### **3.1. Données du questionnaire**

Des informations relatives aux profils des urgentistes étaient récupérés (sexe, âge, cursus, nombre d'années d'expériences et lieu d'exercice), la formation (se sentait-ils suffisamment formé, la participation à des formations pendant l'année écoulée, la maîtrise des

recommandations). Leurs connaissances étaient évaluées sur l'obstination déraisonnable, sur le projet de loi sur la fin de vie et l'aide active à mourir et leur intérêt pour une formation spécifique sur la fin de vie. De plus, ils étaient interrogés sur leur aisance avec ce concept, le nombre de limitations effectuées au cours de l'année en régulation, en pré-hospitalier et aux urgences, au nombre de soins de confort mis en place en extrahospitalier, en régulation et aux urgences. Enfin, ils avaient la possibilité de laisser un commentaire libre concernant les fiches LATA.

### **3.2. Données des fiches LATA aux urgences**

Les éléments relatifs à : l'âge, le sexe, l'heure d'arrivée aux urgences, le temps passé aux urgences, le remplissage de la fiche LATA, le mode de vie, la disponibilité du dossier médical, l'existence d'antécédents et de comorbidités, l'état secondaire à une agression, l'existence de troubles cognitifs, le niveau de communication, l'état général, l'autonomie, l'existence de pathologie aiguë, la défaillance principale, s'il s'agissait d'un épisode intercurrent ou d'une dégradation de la maladie initiale ont été récupérés. Les acteurs qui concluaient à la LATA (séniors et internes), l'avis du réanimateur ou l'avis d'un autre spécialiste ont été saisis. Il était aussi notifié si le patient donnait son avis, s'il existait des directives anticipées, si une personne de confiance était désignée et si les paramédicaux étaient concertés. Ce travail s'intéressait aussi à la communication de la LATA, aux modalités de mise en œuvre de la démarche palliative, aux projets de soins, aux thérapeutiques médicamenteuses, aux modalités de ventilation, à l'aboutissement ou non sur un décès, au nombre d'heures avant le décès et si enfin celui-ci avait eu lieu aux urgences (annexes n°7 et n°8).

### **3.3. Données des fiches LATA au SAMU**

Les éléments relatifs à : la date d'appel et l'heure, l'âge du patient, le sexe, son mode de vie, ses antécédents majeurs, l'existence d'une fiche LATA préexistante, la présence de

troubles cognitifs, la capacité de communication, l'état général et l'autonomie ont été récupérés. Un intérêt était montré pour la pathologie actuelle représentant le motif d'appel, si le patient était au courant de la pathologie, ou son entourage dans le cas où il aurait des troubles cognitifs. La défaillance principale en lien avec la description des éléments cliniques était notifiée, de même pour la nature de l'événement aigu ou la dégradation de la maladie initiale. Des informations auprès du patient et des proches étaient recueillies (capacité à donner son avis, existence de directives anticipées, désignation d'une personne de confiance et l'existence d'une mesure de protection juridique). De plus, les modalités de collégialité ainsi que la décision d'orientation étaient indiquées. Ensuite, les régulateurs devaient classer les critères qui avaient le plus influencé leurs choix en octroyant une note de 1 à 3 (1 correspondant à une faible influence et 3 à une influence importante). Enfin, le devenir des patients, une fois la décision du régulateur prise était aussi étudié (annexe n°10).

## 4. Analyses statistiques

Des analyses statistiques descriptives ont été réalisées pour chaque groupe. Les tests de comparaison statistiques ont été faits par un test du  $\chi^2$ . Tous les tests statistiques étaient bilatéraux avec un intervalle de confiance à 95% et un risque alpha à 5%.

# RÉSULTATS

## 1. Questionnaire aux urgentistes

Le nombre de réponses au questionnaire sur la fin de vie s'élevait à 45 sur l'ensemble des urgentistes séniors et internes des hôpitaux d'Angers, Cholet, Le Mans et Saumur, soit environ 130 séniors et 60 internes. Parmi eux 51,1% étaient des femmes et 48,9% étaient des hommes. L'âge des interrogés s'étendait de 26 à 60 ans avec une moyenne à 35,1 ans.

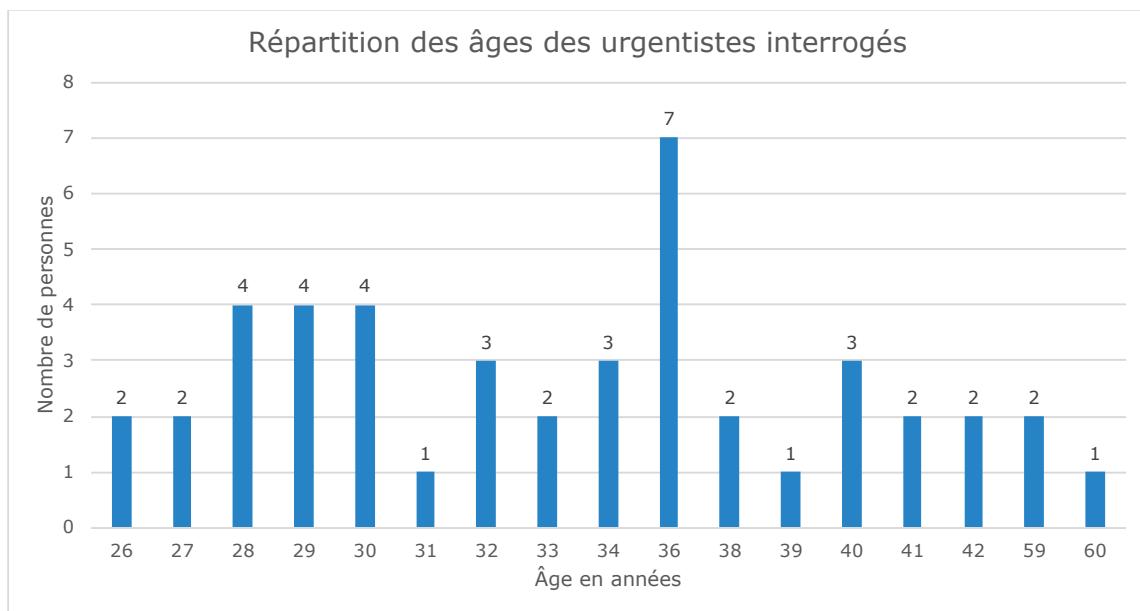


Figure 1 : Répartition des âges des urgentistes interrogés

Les seniors représentaient 73,3% des répondants, il n'y a eu aucune réponse d'internes de DESMU 1. Les internes de deuxième année constituaient 6,7% des réponses, 13,3% pour ceux de troisième année et 6,7% pour les docteurs juniors. Les urgentistes exerçant depuis moins de 5 ans étaient au nombre de 19 (42,2%), 14 (31,1%) avaient une expérience comprise entre 5 et 10 ans, 9 (20%) d'entre eux étaient en poste depuis plus de 10 ans et 3 (6,7%) étaient encore internes (annexe n°17 et n°18). Les médecins exerçant au CHU

d'Angers représentaient 51,1% des réponses, 44,4% travaillaient au Mans, 6,7% à Cholet et 17,8% à Saumur.

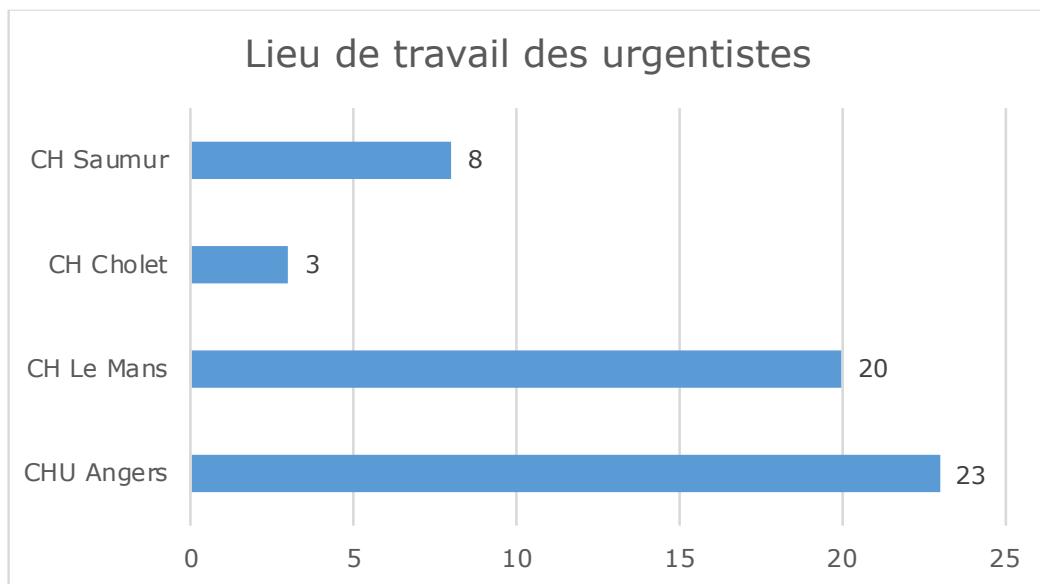


Figure 2 : Lieu de travail des urgentistes interrogés

En ce qui concerne la formation à l'accompagnement de la fin de vie, 66,7% se sentaient insuffisamment formés, 31,1% se sentaient correctement formés et 2,2% ne se sentaient pas du tout préparés. Sur l'ensemble des participants, 71,1% rapportaient ne pas maîtriser les dernières recommandations SFMU/SFAR/SFAP (Sociétés Françaises de Médecine d'Urgences, d'Anesthésie-Réanimation et d'Accompagnement et de soins Palliatifs) sur la fin de vie et 28,9% les connaissaient. Pendant l'année écoulée, 22,2% des interrogés avaient participé à une conférence ou une formation sur ce sujet. Sur les 45 personnes ayant répondu au questionnaire, 34 (75,5%) se disaient intéressées pour suivre une formation spécifique sur la fin de vie et 11 (24,4%) n'en ressentaient pas le besoin.

Les urgentistes ont été interrogés sur leurs connaissances du cadre médico-légal, notamment sur l'année de mise en place de la loi interdisant l'obstination déraisonnable : seuls 40% ont répondu correctement, soit le « 22 avril 2005 » (annexe n°19). Par ailleurs, 91,1%

des participants étaient au courant du projet de loi sur la fin de vie et l'aide active à mourir. 75,6% d'entre eux seraient intéressés par une formation spécifique sur la fin de vie (annexe n°18). D'autre part, 82,2% des urgentistes séniors et internes (37 sur 45) se sentaient à l'aise avec l'accompagnement de fin de vie et 17,8% (8/45) ne l'étaient pas.

Au cours de l'année écoulée, la répartition de la fréquence de mise en place de limitations thérapeutiques en régulation était homogène avec un quart des urgentistes n'ayant posé aucune limitation et un quart l'ayant fait plus de 10 fois. Plus de 44% des urgentistes avaient limité thérapeutiquement moins de 5 patients en SMUR. Aux urgences, les  $\frac{2}{3}$  des interrogés déclaraient avoir limité les thérapeutiques de leurs patients plus de 10 fois, tandis que 11% n'en avait pas eu l'occasion. Enfin,  $\frac{1}{3}$  des urgentistes avaient instauré des soins de confort pour plus de 10 patients alors que 11% disaient ne pas l'avoir fait.

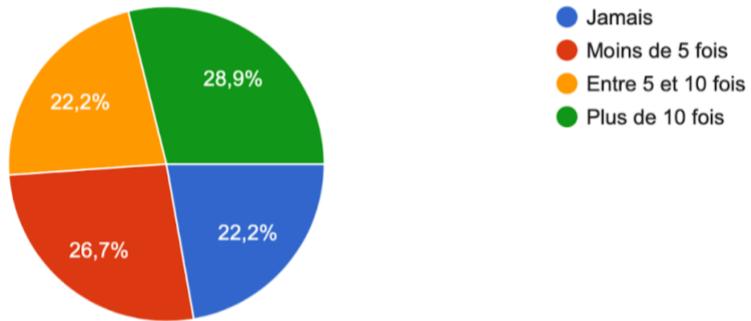


Figure 3 : Nombre de limitations thérapeutiques réalisées en régulation dans l'année écoulée par les urgentistes

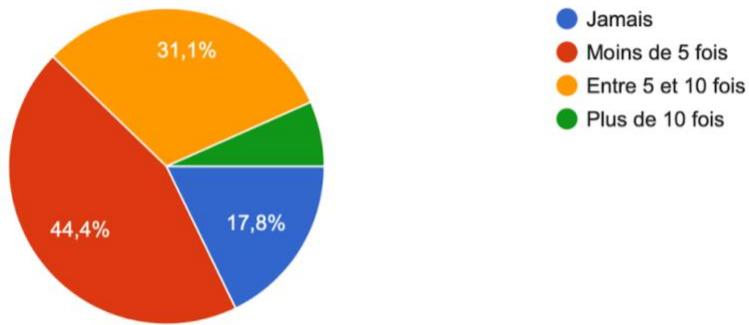


Figure 4 : Nombre de limitations thérapeutiques réalisées en pré-hospitalier dans l'année écoulée par les urgentistes

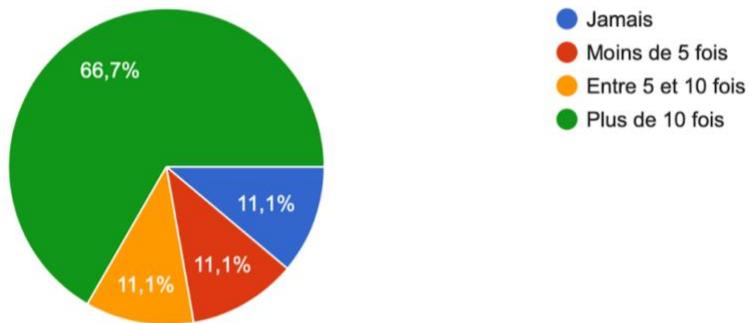


Figure 5 : Nombre de limitations thérapeutiques réalisées aux urgences dans l'année écoulée par les urgentistes

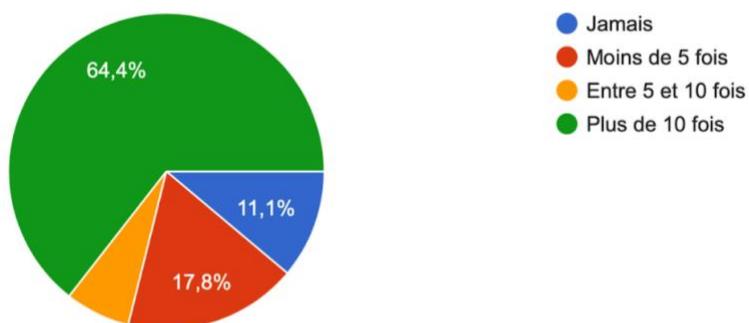


Figure 6 : Nombre de soins de confort mis en place aux urgences dans l'année écoulée par les urgentistes

La dernière partie du questionnaire se présentait sous la forme d'un texte libre en réponse à la question suivante : « Manque-t-il des éléments dans la fiche LATA qui vous aideraient à prendre une décision ? ». 27 réponses ont été obtenues dont 15 notifiant qu'il ne manquait rien de particulier dans cette fiche, qu'elle était très complète. Le remplissage de la fiche était jugé fastidieux pour 5 personnes qui évoquaient une simplification pour une meilleure utilisation.

## **2. Les limitations des thérapeutiques aux urgences**

### **2.1. Caractéristiques de la population**

Dans cette étude, 342 patients ont été inclus, dont 171 patients dans le bras "centres avec fiche LATA" (Angers et Le Mans) et 171 patients dans le bras "centres sans fiche LATA" (Cholet et Saumur). Le groupe avec fiche LATA comptait 76 hommes (44,44%) et 95 femmes (55,56%) et le groupe sans fiche LATA 78 hommes (45,61%) et 93 femmes (54,39%), avec un âge moyen respectivement de 81,8 ans et 82,1 ans. Les patients qui provenaient du domicile représentaient 58,2% des patients et 35,40% vivaient en EHPAD. Le reste des patients, soit 6,4%, vivaient en MAS (Maison d'Accueil Spécialisée), en HAD (Hospitalisation à Domicile), en SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) ou en MARPA (Maison d'Accueil Rurale pour Personnes âgées).

En moyenne, les patients arrivaient à 12h59 aux urgences d'Angers et du Mans et à 13h00 aux urgences de Cholet et Saumur avec une durée moyenne de séjour aux urgences de 31,78 heures et de 24,27 heures. Il était significativement plus long dans les centres ayant une fiche LATA ( $p=0,0008$ ).

Le dossier médical était disponible respectivement dans 97,08% et 96,49% des cas. Les principaux antécédents des patients étaient cardiaques (60,23% dans les centres ayant une fiche LATA et 67,84% dans les centres n'en possédant pas), neurologiques (43,27% contre 39,77%), néoplasiques (33,33% contre 29,82%) et vasculaires (27,49% contre 13,45%). Dans le groupe "fiche LATA", 79,29% des patients présentaient des troubles cognitifs (sévères ou peu sévères) et dans le groupe "sans fiche LATA" 64,46% d'entre eux étaient concernés. Les patients ayant des troubles cognitifs étaient significativement plus nombreux dans le groupe des centres possédant une fiche LATA ( $p=0,0025$ ). L'état général était altéré dans 68,82% des cas dans le premier groupe et dans 75,90% des cas dans le second, les patients avaient un état général conservé pour 17,06% d'entre eux à Angers et au Mans et 14,46% à Cholet et Saumur. L'autonomie était complète pour 11,83% des patients du groupe "avec fiche" et pour 16,07% des patients du groupe "sans fiche". Ils étaient grabataires (patients alités la majeure partie du temps) respectivement dans 30,77% et 29,17% des cas.

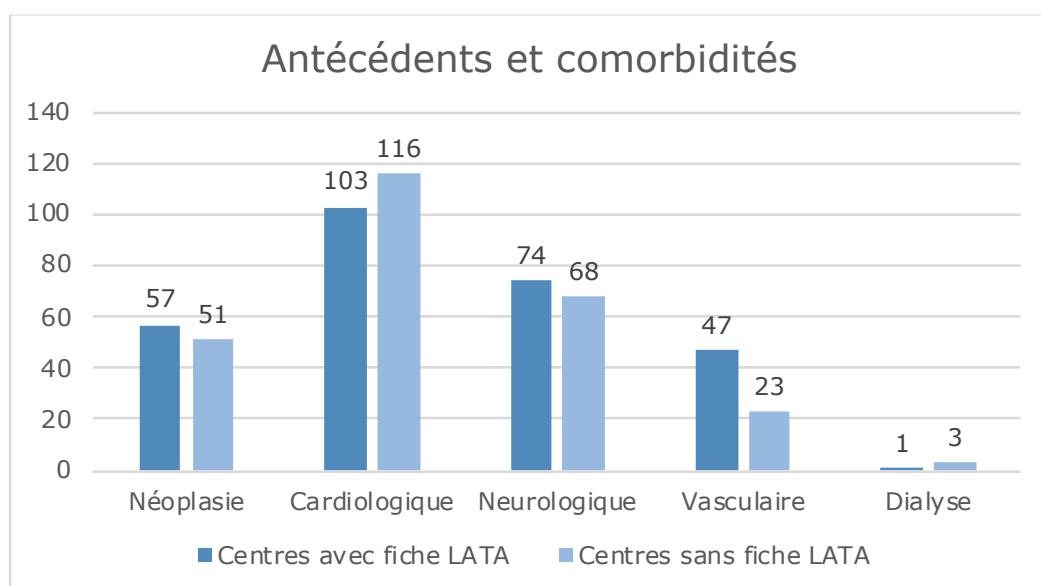


Figure 7 : Comparaison des antécédents et des comorbidités des patients ayant bénéficié d'une limitation des thérapeutiques dans les centres avec et sans fiches LATA

## **2.2. Aux urgences**

A l'arrivée aux urgences dans les centres ayant une fiche LATA, les principales défaillances présentées par les patients étaient respiratoires pour 67,84% d'entre eux et 48,54% présentaient des défaillances neurologiques et hémodynamiques. Ceux qui consultant pour hypothermie, insuffisance rénale aiguë et hyperkaliémie menaçante englobait 2,34% (soit 4 patients sur 171). Dans le groupe "sans fiche LATA", les défaillances étaient également respiratoires pour 54,39% des patients, neurologiques pour 49,12% d'entre eux et hémodynamiques pour 26,90%. Le reste des patients, soit 8,82% (15 sur 170) se présentaient aux urgences pour insuffisance rénale, hyperkaliémie, acidose métabolique, arrêt cardio-respiratoire, état de mal épileptique, stade terminal d'une néoplasie ou syndrome occlusif. Pour 90,64% des patients du groupe Angers/Le Mans, il s'agissait d'un épisode aigu intercurrent associé dans 27,49% des cas à une dégradation de la maladie initiale. Dans le groupe Cholet/Saumur, 95,32% des défaillances étaient dues à un épisode aigu intercurrent, associée dans 25,73% des cas à une dégradation de la maladie initiale.

Le refus du patient était clairement évoqué pour 24 patients (14,04%) dans le groupe "fiche LATA" et pour 35 patients (20,47%) dans le groupe "sans fiche LATA", et une demande de limitation provenant du médecin traitant ou des proches du patient était décrite pour respectivement 25 (14,62%) et 29 (16,96%) patients.

Concernant la prise de décision de limitation de soins, la collégialité était respectée dans 275 dossiers sur les 342 inclus dans cette étude, soit dans 80,40%. Individuellement, la collégialité était respectée dans 91,22% des cas dans le groupe "fiche LATA" alors qu'elle ne l'était que dans 69,59% des cas dans le groupe "sans fiche LATA". Dans le groupe des centres ayant une fiche LATA, 15 patients, soit 8,77%, n'ont pas bénéficié de collégialité, c'est à dire

qu'un seul sénier était mentionné dans le dossier. Dans les centres n'ayant pas de fiches LATA, ils étaient 52, soit 30,40%. Il y avait donc significativement plus de collégialité dans les centres avec une fiche LATA ( $p<0,0001$ ) de jour comme de nuit. Pour compléter cette prise de décision, un avis auprès des réanimateurs était pris dans 26,90% des cas dans le groupe "fiche LATA" contre 32,75% dans le groupe "sans fiche". Un appel auprès d'un spécialiste de la pathologie rencontrée était fait pour 23,98% des patients des centres ayant une fiche et 30,41% des patients des centre n'en ayant pas. Le nombre d'appels à un réanimateur ou un spécialiste n'était pas différent entre les deux groupes ( $p=0,205$ ) de manière globale, sauf la nuit où les centres sans fiches LATA avaient tendance à appeler plus souvent ( $p=0,0064$ ). Un patient dans le groupe "sans fiche LATA" a été limité sans qu'aucun nom de sénier ne soit notifié.

Les paramédicaux (infirmiers et aides-soignants) étaient significativement plus concertés dans les centres ayant une fiche LATA (92,40% contre 23,98%, soit  $p<0,0001$ ), quelle que soit l'heure du jour ou de la nuit ( $p<0,0001$ ). Les internes étaient également plus souvent inclus dans la discussion dans le groupe "fiche LATA" (44 internes dans le groupe "fiche LATA" contre 24 dans le groupe "sans fiche LATA",  $p=0,0106$ ). Les patients en capacité de donner leur avis étaient au nombre de 37 (21,64%) dans le groupe Angers/Le Mans contre 35 (20,47%) dans le groupe Cholet/Saumur. La recherche de l'avis du patient n'était pas plus importante dans le groupe "fiche LATA" ( $p=0,790$ ). Des directives anticipées étaient évoquées pour 14 patients dans le premier groupe (soit 8,19%) et 11 patients dans le deuxième groupe (soit 6,43%). Une personne de confiance était notifiée dans 47,37% (81 sur 171) des cas dans les hôpitaux ayant une fiche et 26,32% (45 sur 171) des cas dans ceux n'en ayant pas.

Finalement, la décision de limitation de soins était annoncée au patient dans 25,73% des cas dans le groupe des fiches LATA et dans 23,39% des cas dans le groupe sans fiche LATA. Les patients ayant indiqué la volonté d'une limitation ont significativement été plus

informés de la décision ( $p<0,0001$ ). Dans le groupe "avec fiche", la LATA était communiquée au médecin référent dans 17,54% des cas, à la personne de confiance dans 40,35% et à la famille dans 78,95%. Dans le groupe "sans fiche", la LATA était communiquée au médecin référent dans 8,77% des cas, à la personne de confiance dans 26,32% et à la famille dans 86,55%. La communication globale de l'information était donc plus souvent faite dans les centres possédant une fiche LATA ( $p=0,0025$ ).

Le critère de jugement principal multiple (la recherche de l'avis du patient, le respect de la collégialité et la mise en place des sédatifs) était respecté pour 14 patients (8.18%) dans le groupe "fiche LATA" et pour 4 patients (2.33%) dans le groupe "sans fiche LATA", soit un respect des recommandations retrouvé plus souvent dans les centres ayant une fiche LATA ( $p=0,0155$ ).

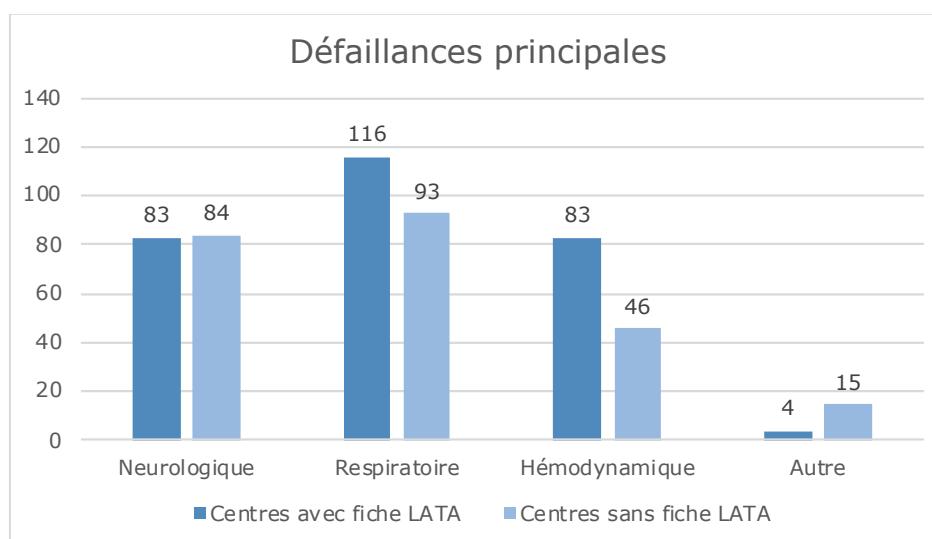


Figure 8 : Comparaison des défaillances principales des patients ayant bénéficié d'une limitation des thérapeutiques dans les centres avec et sans fiches LATA

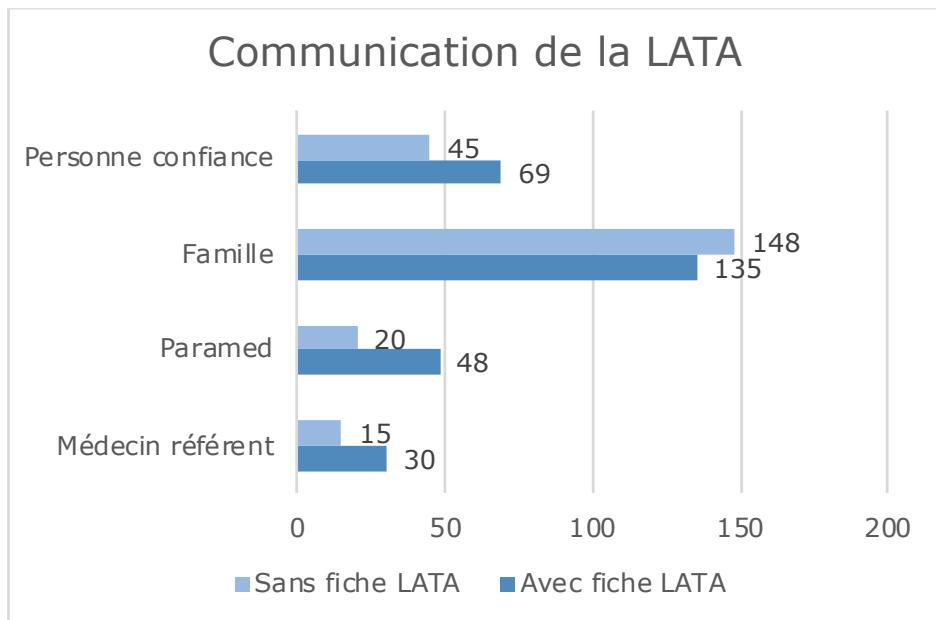


Figure 9 : Comparaison de la communication de la LATA dans les centres avec et sans fiches LATA

### 2.3. Mise en œuvre de la LATA

Dans le projet de soin proposé aux patients, dans tous les cas la limitation portait sur la réanimation cardio-pulmonaire, la trachéotomie et l'épuration extra rénale. Pour un patient (soit 0,58%) l'intubation était envisagée dans le groupe sans fiche LATA. Les patients pouvaient avoir dans la majorité des cas une surveillance scopée (61,99% dans le groupe ayant une fiche LATA et 40,94% dans le groupe n'ayant pas de fiche LATA), une oxygénotherapie par masque à haute concentration (84,21% contre 69,01%) (annexe n°20), la pose d'une voie veineuse périphérique (95,32% contre 95,91%), une antibiothérapie (73,10% contre 61,40%) ou encore une hydratation (81,87% dans le groupe "fiche LATA" contre 69,01% dans le groupe "sans fiche LATA"). L'équipe de soins palliatifs avait été contactée pour 3 patients (1,75%) du premier groupe et 6 patients (3,51%) du deuxième.

Le nombre de patients qui recevaient au moins une dose de PARACÉTAMOL s'élevait à 103 patients (60,59%) dans les centres ayant une fiche LATA, contre 80 patients (46,78%) dans les centres n'en ayant pas. Dans le groupe "fiche LATA", 105 patients (61,40%) recevaient de la MORPHINE et 85 (49,71%) du MIDAZOLAM, alors que dans le groupe "sans

fiche LATA", 118 patients (69,01%) recevaient de la MORPHINE et 115 (67,25%) du MIDAZOLAM soit au total une prescription de morphiniques pour 65,2% des patients et de MIDAZOLAM pour 58,4% d'entre eux. La mise en place d'une sédation par MIDAZOLAM était significativement plus importante dans le groupe "sans fiche LATA" ( $p=0,0007$ ). De même, la prescription combinée de MIDAZOLAM et de MORPHINE était plus importante dans le groupe "sans fiche LATA". Il existait une grande disparité dans le mode d'administration et dans les posologies prescrites pour ces deux médicaments (annexe n°21 et n°22).

Dans le groupe Angers/Le Mans, 63,74% des patients (109 sur 171) sont décédés dont 40,35% (69 sur 171) aux urgences. Dans le groupe Cholet/Saumur, 84,21% (144 sur 171) des patients sont décédés dont 41,18% (70 sur 171) dans le service des urgences. Les décès ont dans tous les cas eu lieu dans les jours suivant leur admission aux urgences. Parmi les patients décédés aux urgences, 32 (23,02%) y sont décédés plus de 24 heures après leur arrivée dans les centres ayant une fiche LATA, contre 27 (19,42%) dans les centres n'ayant pas de fiches LATA. Il n'y avait pas de différence significative entre le nombre de décès aux urgences ( $p=0,912$ ) et le nombre de décès au-delà de 24 heures aux urgences ( $p=0,351$ ) entre les centres "avec fiche LATA" et ceux "sans fiche LATA".

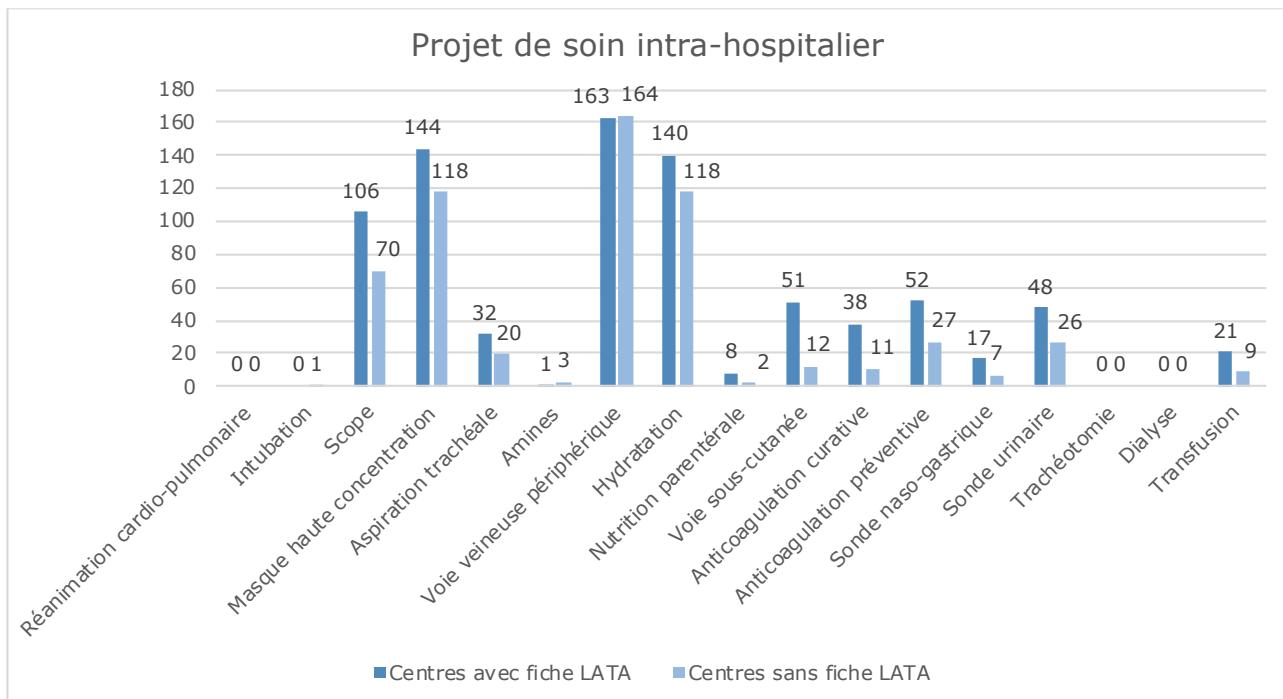


Figure 10 : Comparaison des projets de soins intra-hospitaliers des patients ayant bénéficié d'une limitation des thérapeutiques dans les centres avec et sans fiches LATA

### 3. Les limitations des thérapeutiques en régulation

#### 3.1. Caractéristiques de la population

Les données ont été recueillies d'octobre 2023 à avril 2024 et 28 fiches ont été saisies.

Les appels avaient lieu majoritairement en journée : 57,14% pour Angers et 85,71% pour Le Mans. En moyenne l'heure d'appel était à 12:52 pour Angers et à 11:50 pour Le Mans.

La moyenne d'âge des patients était respectivement de 90,5 ans pour Angers et 81,1 ans pour le Mans, ce qui correspondait à une médiane de 93 et 82,5 ans. Pour la répartition du sexe H/F, 57% des patients étaient de sexe féminin dans cette étude. Les patients vivaient majoritairement en EHPAD soit à 64,29% et les autres provenaient du domicile (35,71%). Les antécédents notables étaient à Angers à 36% d'origine neurologique, 29% d'origine cardiaque, et à 21% d'origine néoplasique. Au Mans, la répartition était de 43% d'origine neurologique, 29% néoplasique et 21% cardiaque (annexe n°23).

Dans les 2 centres, aucune fiche LATA n'avait été remplie au préalable et les patients n'étaient pas notifiés comme "patient remarquable". A Angers, 35,71% des patients avaient des troubles cognitifs sévères et 14,29% des patients n'en avaient pas. Au Mans, on retrouvait aussi 35,71% de patients avec des troubles cognitifs sévères mais 42,86% de patients n'avaient aucune démence. Quant à la communication, à Angers, pour 28,57% des patients il leur était impossible de s'exprimer, contre 42,86% des patients au Mans. Au CHU et au CHM, la proportion de patients qui pouvaient communiquer était de 21,43% et 28,57% respectivement. Les patients cachectiques représentaient 28,57% des patients de l'étude. L'état général des patients était conservé pour 14% des patients à Angers contre 21% au Mans. Les patients étaient grabataires à 42,86% au CHU et 50% au CHM. Aucun d'entre eux n'avait une autonomie totale.

### **3.2. Pathologie aiguë**

Le motif d'appel correspondait à une problématique aiguë dans 71,43% des cas dans cette étude. Au CHU, 57,14% des patients étaient au courant de la pathologie aiguë et au Mans ils étaient 5 sur 14 soit 35,71%. Quand il avait une pathologie chronique grave, le patient était tenu au courant de sa maladie dans 39,29% des cas. Quand le patient présentait des troubles cognitifs, les proches étaient au courant de sa maladie pour 60,71% d'entre eux.

La défaillance principale fréquemment retrouvée par le régulateur était à 71,43 % respiratoire à Angers et à 85,71% au Mans. Ensuite la défaillance était neurologique à 42,86% et 64,29% à Angers et au Mans respectivement.

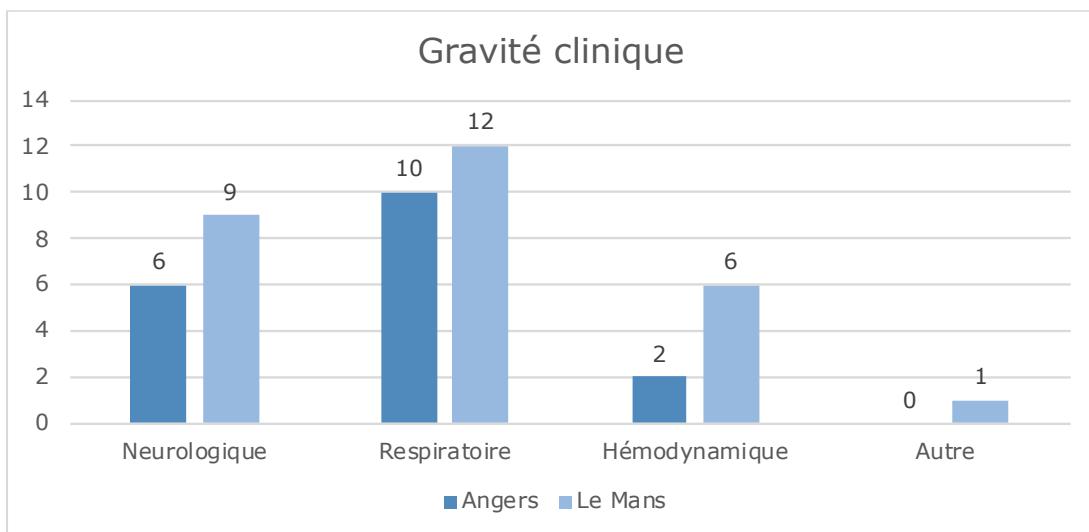


Figure 11 : Comparaison des différentes gravités cliniques des patients limités en régulation entre le CHU d'Angers et le CH du Mans

### 3.3. Recueil d'information

A Angers, aucun patient n'était en capacité de formuler son avis. Au Mans, seul un patient en était capable. Trois patients avaient des directives anticipées disponibles, neuf patients avaient des personnes de confiance présentes ou joignables. Les proches étaient joignables dans 57,14% des cas. Aucun patient n'avait de mesure de protection juridique.

### 3.4. L'orientation des patients

La décision collégiale de LATA à Angers avait impliqué 7 fois un médecin consultant, 8 fois des soignants sur place, et 4 fois le médecin responsable du patient. Au Mans, cette décision avait impliqué 11 fois un médecin consultant, 11 fois les soignants et 5 fois le médecin responsable. Ainsi, la collégialité était observée à 28,57% et 21,43% respectivement au CHU et au CHM.

Tableau 1 : Comparaison de la collégialité en régulation entre le CHU d'Angers et le CH du Mans

Collégialité		Pas de collégialité	Total
Angers			
<b>Angers</b>	4	10	14
<b>Le Mans</b>	3	11	14

Les patients étaient transférés dans un service d'accueil des urgences dans 43% des cas. Aucun n'était directement transféré dans un service de réanimation ni d'unité de soins continus ni de service hospitalier conventionnel (annexe n°24). Pour les patients laissés sur place, au CHU d'Angers, pour 35,71% des cas l'adhésion des proches était acquise. Pareillement, 35,71% des patients avaient du matériel déjà installé ainsi qu'un appui de soignants sur place. Il n'y avait pas d'organisation d'HAD. Un seul patient, initialement laissé sur place, a finalement été transféré au CHU quelques heures plus tard. Au Mans pour 42,86% des cas, l'adhésion des proches était acquise ainsi que la possibilité d'un relais soignant. L'existence d'un relais soignant sur place était retrouvé pour 42,86% des cas également. 35,71% des patients avaient du matériel déjà installé. L'HAD était déjà en place pour 7,14% des patients.

Les régulateurs avaient la possibilité d'évaluer les critères qui leurs semblaient les plus discriminants dans leurs choix sur une note allant de 1 à 3. A Angers, les critères qui pesaient le plus dans la réflexion, par conséquent qui étaient cochés le plus souvent à "3" étaient : l'âge et l'autonomie à 64,29%, puis les comorbidités à 57,14%. Au Mans, les critères les plus souvent pris en compte étaient : la gravité clinique à 64,29%, l'autonomie à 57,14% et enfin les chances de survie à 50%.

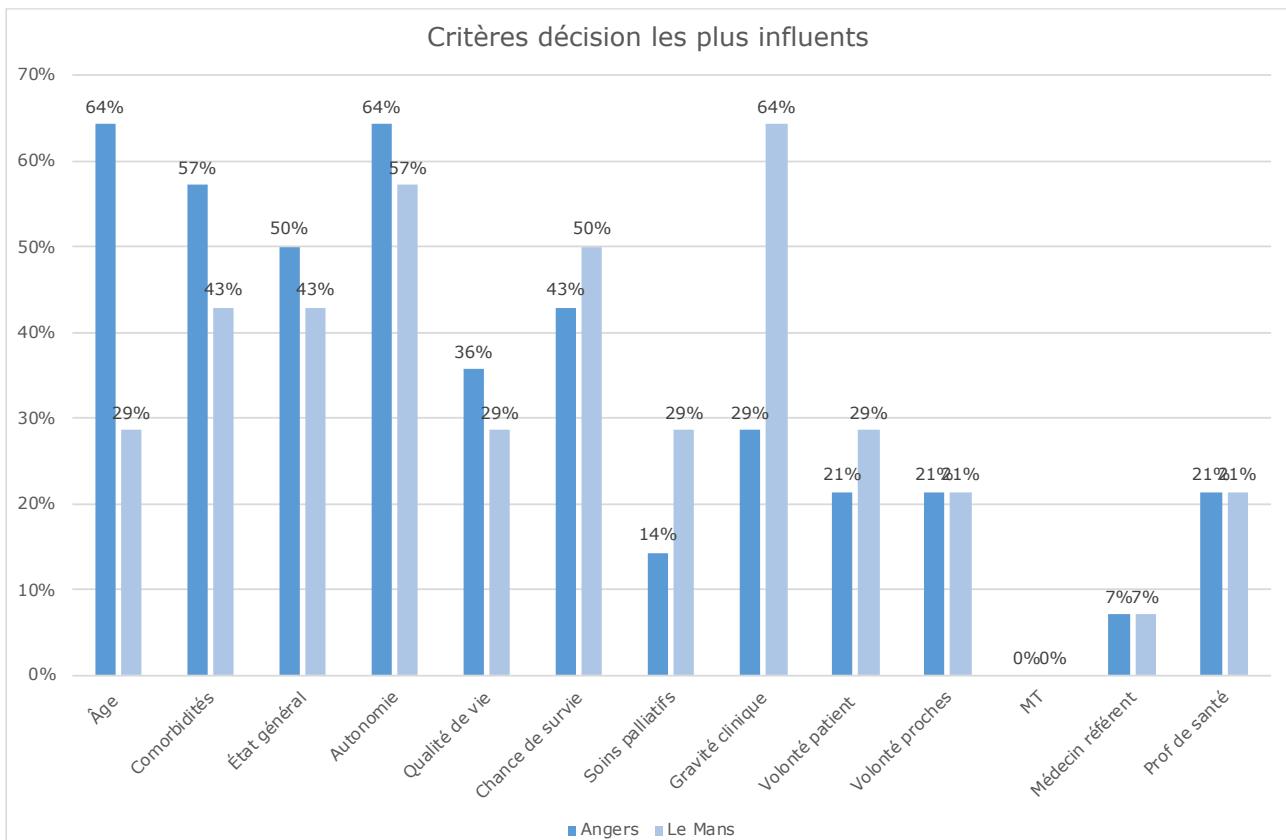


Figure 12 : Comparaison des critères influençant la décision des régulateurs dans la limitation des thérapeutiques au CHU d'Angers et au CH du Mans

Quant au devenir réel des patients, après décision du régulateur, au CHU d'Angers, 29% de patients étaient transférés aux urgences. Au Mans, il s'agissait de 21%. Pour un quart des patients de cette cohorte, nous n'avons pas retrouvé de dossier constitué dans les services d'accueil des urgences du CHU et du CHM.

# **DISCUSSION**

## **1. Principaux résultats**

Notre étude ancillaire se présentait sous la forme d'un questionnaire adressé aux urgentistes des quatre centres. Parmi les répondants seuls 28,9% disaient maîtriser les dernières recommandations sur la fin de vie et 75,5% étaient volontiers disposés à bénéficier de plus d'enseignement. De plus, dans l'année écoulée, 77,8% des urgentistes ont limité des patients en régulation, 82,2 % les ont limités en pré-hospitalier (SMUR). Ceux qui ont limité des thérapeutiques aux urgences et qui ont instauré des sédatives étaient estimés à 88,9%.

Dans notre étude intra-hospitalière, nous avons pu comparer la prise en charge des patients pour lesquels une limitation de soin était actée aux urgences dans les centres avec fiche LATA (le CHU d'Angers et l'hôpital du Mans) et dans ceux n'en utilisant pas (l'hôpital de Cholet et celui de Saumur). Pour limiter les thérapeutiques actives d'un patient, trois critères sont fondamentaux : la recherche de l'avis du patient, la collégialité (au moins deux médecins séniors doivent intervenir dans la réflexion), et la mise en place de sédatives (par un hypnotique et un morphinique). Nous avons mis en évidence que ces trois éléments étaient plus souvent respectés dans les centres utilisant une fiche LATA. Pareillement, même si elle n'est pas obligatoire mais vivement recommandée, la participation des équipes paramédicales est plus décrite dans ces centres, tout comme la contribution des internes. Pour compléter cette prise de décision, le nombre d'appels aux réanimateurs ou aux spécialistes n'est pas différent entre les deux groupes, hormis la nuit où ces derniers étaient plus souvent contactés dans les centres sans fiche LATA. Enfin, la décision de limitation de soin était dans l'ensemble plus souvent communiquée au médecin référent, à la personne de confiance et aux familles. Toutefois, elle était moins annoncée aux patients principalement dû au fait qu'une grande

partie d'entre eux présentaient des troubles de la vigilance empêchant un échange sans équivoque.

En régulation, l'objectif était d'extrapoler et d'adapter la fiche LATA des urgences au centre 15 afin d'aider les régulateurs. Nos objectifs étaient similaires à la première étude mais transposés au SAMU : rechercher l'avis du patient, étudier la collégialité et décrire la décision d'orientation. Nous avions aussi demandé aux régulateurs de hiérarchiser les critères de décision ayant permis d'aboutir à une limitation. L'échantillon de notre étude présentait un âge avancé avec une médiane de 93 et 82,5 ans et aucun patient n'avait une autonomie complète. La défaillance d'organe la plus souvent décrite était respiratoire. Nous avons observé une faible collégialité dans la mise en place des LATA : 28,57% à Angers et 21,43% au Mans. Le pourcentage de patients qui étaient transférés vers un service d'urgence pour la suite de la prise en charge était de 43%. Les principaux critères de décision pour les régulateurs étaient l'âge, l'autonomie et les comorbidités au CHU d'Angers. Au Mans, c'était la gravité clinique, l'autonomie et les chances de survie.

Nous nous sommes demandés si la recherche de l'avis du patient, la collégialité, la participation de l'équipe paramédicale ou des internes et la mise en place des sédations étaient mieux respectés dans les centres ayant une fiche LATA uniquement de par la simple présence de cette fiche ou si la traçabilité était réellement plus ancrée dans les pratiques des urgentistes. C'est pourquoi, au CHU d'Angers, 65 dossiers de patients ayant bénéficié d'une limitation des thérapeutiques actives sur la même période, sans remplissage de la fiche LATA informatisée ont été examinés. Les caractéristiques générales des patients sont représentées dans le tableau n°25 en annexe. Quelques données intéressantes ressortent : premièrement, la collégialité est respectée pour 73,84% des patients, pourcentage qui se rapproche du taux de

collégialité des centres "sans fiches LATA" (69,59% contre 91,22% dans les centres ayant une fiche LATA). Le refus de soins émanant du patient est retrouvé dans 15,38% des cas (14,04% dans le groupe "fiche LATA" et 20,47% dans le groupe "sans fiche LATA"). Les paramédicaux et les internes ont été mentionnés dans la réflexion respectivement dans 4,61% et 47,69% des cas, chiffres finalement très différents de l'étude principale (paramédicaux bien moins évoqués et internes beaucoup plus sollicités). Par ailleurs, 86,15% des patients ont reçu de la MORPHINE et 80% du MIDAZOLAM, soit bien au-delà des chiffres de notre étude (respectivement 61,40% et 49,71% dans le groupe "fiche LATA" et 69,01% et 67,25% pour le groupe "sans fiche LATA"). Enfin, la communication de la limitation thérapeutique était moins effectuée, notamment pour le patient : 10,77% contre plus de 20% dans l'étude principale.

Finalement, la présence d'une fiche LATA semble assurer une traçabilité de la décision de limitation. Néanmoins dans ces centres, les renseignements intégrés au dossier médical pourraient être perfectibles.

## 2. Comparaison avec la littérature

Dans notre questionnaire, un tiers des urgentistes maîtrisaient les recommandations sur la fin de vie, ce qui est plus important que Ferrand et al [15] avec ses 17%. Cela peut s'expliquer par le fait que les urgentistes ont eu plus de temps pour s'approprier les lois (2006 contre 2024). De plus, nous remarquons aussi une certaine appétence de leur part pour la fin de vie. En effet, environ trois quarts d'entre eux souhaitaient une formation spécifique sur cette thématique. Dans l'année écoulée, 82,2% des urgentistes ont limité des patients en régulation ce qui est également plus élevé que pour Ferrand et al. (76 %) [15]. Notons que 88,9% des urgentistes relataient avoir limité un patient aux urgences ce qui semble également légèrement supérieur aux 78.8% de Le Conte [36]. Enfin, rappelons que 77,8% des répondants

ont limité des patients en régulation, 82,2 % les ont limités en pré hospitalier. Cependant nous n'avons pas retrouvé d'articles similaires dans la littérature.

Pour la partie intra hospitalière, 73,9% des patients limités aux thérapeutiques actives sont décédés dont 26,9% dans les 24 premières heures. Le Conte et al en 2018 [10] retrouvait un taux de décès de 78% après une limitation de soin, tout comme J. Béreau en 2013 [29] et 16% de ces décès avaient lieu dans les 24 premières heures [13]. La principale défaillance d'organe des patients de notre étude était respiratoire dans 61,1%, tout comme dans l'étude de M. Douplat en 2019 [12]. Par ailleurs, Guilbaudeau et al [14] expliquait que la mise en place d'une procédure de LATA augmentait la participation de l'équipe soignante de 39 à 62%. Ici, dans les centres n'ayant pas de fiche LATA, l'intégration de l'équipe paramédicale à la discussion était retrouvée dans 23,9% des cas alors qu'elle était de 92,4% dans les hôpitaux utilisant une fiche. Cela peut s'expliquer par la trop faible notification de ces étapes de réflexion dans le dossier médical. En effet, au CHU d'Angers et au Mans, les fiches LATA sont informatisées et comportent majoritairement des cases à cocher, et par extension une rapidité de remplissage. Il est donc possible que les infirmiers, aides-soignants et internes aient été informés de la décision dans les centres sans fiche LATA sans que cela soit tracé dans le dossier. Leur participation à la prise de décision comme recommandée réglementairement reste sujet à discussion. Cette absence de traçabilité fait apparaître un non-respect de la loi. Par la suite, nous retrouvions, tout comme Le Conte et al en 2018 [10], une faible proportion de directives anticipées avec cependant plus de désignation d'une personne de confiance. Le patient, quant à lui, était en capacité de donner son avis dans 21% des cas, comme dans l'étude de J. Béreau en 2013 [29] qui estimait à 20% cette donnée. Concernant la mise en place de sédatifs, notre travail montrait une prescription de morphiniques pour 65,2% des patients et de MIDAZOLAM pour 58,4% d'entre eux. Ces chiffres varient dans la littérature, allant de 60 à

80% pour la MORPHINE et de 47 à 60% pour le MIDAZOLAM sans que les posologies exactes ne soient décrites [30] [31]. Cette hétérogénéité est expliquée par l'absence de recommandations sur les doses de ces molécules et chaque urgentiste instaure et modifie ces dernières selon son examen clinique et son expérience, comme en témoignent les annexes n°20 et n°21.

Dans l'étude en régulation, l'âge médian était légèrement plus élevé que dans le travail de Ferrand et al [15] qui retrouvaient une médiane à 78 ans et la défaillance d'organe la plus souvent retrouvée était également respiratoire. Constat identique chez Douplat et al [34] qui s'intéressait aux processus décisionnels de limitation aux urgences chez les patients en fin de vie. Nous avons constaté une faible collégialité dans la mise en place des LATA. Ferrand et al [15] décrivait un non-respect de la collégialité dans plus de la moitié des prises en charges. Quant à l'orientation, 43% des patients étaient transférés vers un SAU, ce qui reste supérieur aux chiffres de Ferrand et al [15] qui ne retrouvaient que 16%. Enfin pour les critères de décision ayant été les plus prépondérants, la littérature est hétérogène. Ferrand et al. [15] mettaient en évidence les chances de survie comme critère princeps, puis le retentissement sur la qualité de vie et enfin la douleur du patient. Pour Douplat et al. [34] c'était l'autonomie, l'âge et le retentissement sur la qualité de vie.

### **3. Limites et points positifs**

Pour l'étude ancillaire, nous avons obtenu seulement 45 réponses sur l'ensemble des urgentistes séniors et internes des quatre hôpitaux concernés par ce travail, soit à peine plus de 20% d'entre eux. De surcroît, les répondants provenaient à 50 % du CHU d'Angers et à peine 7% de Cholet, on constate une forte hétérogénéité entre les centres et une disproportion entre l'importance déclarée du sujet par les urgentistes et le faible taux de réponse. Par

ailleurs, nous avons choisi un format de type sondage qui entraîne inévitablement des biais de mémorisation, potentiellement des biais de désirabilité sociale où le sondé aura peut-être envie de diminuer le nombre réel de limitations posées ou de laisser entendre qu'il maîtrise parfaitement les recommandations. Ce qui est d'autant plus vrai quand on remarque le taux de bonnes réponses à la seule question de connaissance du sondage. Le sondage est aussi pourvoyeur de biais méthodologiques rendant peut-être difficile la compréhension de certaines questions. De plus, certains urgentistes exercent uniquement dans une activité pré-hospitalière ou uniquement à l'hôpital, impliquant que des questions soient restées sans réponse. Enfin, la dernière question du sondage se présentait sous forme d'un texte libre et incitait une réponse qualitative, impliquant de facto un biais d'interprétation.

Le travail réalisé en intra hospitalier révélait quelques biais également. Tout d'abord, nos quatre centres n'étaient pas identiques, que ce soit en matière de taux de fréquentations, de durée moyenne de séjour et de moyenne d'âge des patients. De plus, il s'agissait d'hôpitaux uniquement localisés dans la région Pays-de-la-Loire. Ainsi le principal risque est de diminuer la généralisabilité de nos observations. Par ailleurs, les dossiers sélectionnés à Cholet et à Saumur l'ont été via les prescriptions de MIDAZOLAM et de MORPHINE. De ce fait, l'échantillon est moins représentatif de la population générale. Ensuite, nous nous sommes heurtés aux nombreuses difficultés liées au manque de données essentiellement dans les centres sans fiche LATA. La lecture des dossiers nous a appris que le médecin en charge du patient était libre de notifier ce qu'il voulait ou ce qui lui semblait nécessaire dans le dossier médical, et qu'il était donc parfois difficile de retracer la globalité de la prise en charge. On retrouve ce manque de données également dans les centres ayant une fiche LATA puisqu'il n'y a pas d'obligation à cocher toutes les cases de la fiche. Par conséquent, notre travail est entaché d'un fort biais d'interprétation. Par ailleurs, certains patients sont décédés avant la mise en place d'une

collégialité ou d'une sédation continue entraînant alors un risque de biais compétitif, la survenue précoce de la mort diminuant la probabilité d'obtenir notre critère de jugement principal. Enfin, comme toutes études épidémiologiques, il existait des facteurs confondants pour lesquelles nous n'avons aucun contrôle.

L'étude en régulation est de faible puissance. Il s'agissait d'un nouvel outil mis à la disposition des régulateurs, qui a nécessité une période d'adaptation. De plus, la simplification de la fiche, notamment par la présence de cases à cocher uniquement, aurait pu contribuer à un meilleur taux de remplissage. La fiche proposée dans notre étude était un document papier, une fiche informatisée et intégrée au logiciel de régulation comme aux urgences serait plus pertinente et l'envoi aux urgences permettrait une continuité des soins. Par ailleurs, pour les patients orientés aux urgences, aucun dossier ne faisait mention d'une quelconque limitation préalablement posée par téléphone, et le MRC (Médecin de Régulation et de Coordination) ne semblait pas en avoir connaissance. Le processus de limitation de soin était donc repris au début, rajoutant du temps de prise en charge pour le patient et de la logistique pour l'urgentiste (rappel de la famille, du médecin traitant, voire du régulateur). Cependant, nous n'avions pas accès à tous les dossiers informatisés des centres de régulation, il est donc probable que ces éléments en particulier soient manquants dans notre recueil de données.

Des points positifs sont à souligner dans cette étude. L'étude intra-hospitalière nous a permis de décrire les pratiques professionnelles des urgentistes dans notre région et de mettre en lumière l'utilité d'une procédure de limitation des thérapeutiques actives. Nous avons créé un outil inédit en régulation dont l'objectif est d'aider le régulateur dans sa prise de décision. Dans cet exercice singulier de la médecine d'urgence, l'intégration d'une fiche LATA pourrait permettre une meilleure collégialité. Enfin, notre questionnaire nous a permis d'appréhender

certaines préoccupations des urgentistes autour du sujet de la fin de vie et nous permet d'envisager des axes d'amélioration, parmi lesquels, une formation complémentaire.

#### **4. Implications cliniques et perspectives**

Les limitations des thérapeutiques sont pratiques courantes aux urgences. Nous avons pu mettre en évidence que l'instauration d'une fiche LATA permettait aux urgentistes d'être plus exhaustifs dans leur prise en charge : la collégialité est plus respectée, notamment l'inclusion dans la discussion des équipes paramédicales, les directives anticipées sont plus recherchées et la communication de la limitation des thérapeutiques est mieux réalisée. Par conséquent, elle permet un meilleur suivi des recommandations. En comparant les deux groupes, nous pouvons émettre l'hypothèse que l'instauration d'un protocole précis dans chaque service d'urgence permettrait d'améliorer l'efficacité de la prise en charge de ces patients : réflexion plus structurée, appel précoce aux proches et au médecin traitant, permettant ainsi de limiter les soins déraisonnables pour le patient et de le soulager sans tarder. De surcroît, les perspectives de soins et les limitations de ces derniers, seraient aussi plus claires pour l'équipe soignante et les services d'aval : prise en charge chirurgicale, instauration d'antibiotiques, d'oxygénothérapie... Face aux disparités de pratique, l'ajout d'un protocole guidant la prescription pourrait harmoniser les soins, permettant au reste de l'équipe une bonne compréhension des attentes des médecins. Ces procédures pourraient, par extrapolation, être diffusées à plusieurs centres d'une même région, toujours dans l'optique d'une harmonisation des pratiques. Avec ces ajustements, la fiche pourrait de surcroît être simplifiée. Les catégories des éléments pris en compte pour initier la LATA se ressemblent : l'irréversibilité de la pathologie aiguë, l'absence d'amélioration, l'évolutivité de la pathologie chronique, l'absence de ressources thérapeutiques, le retentissement sur la qualité de vie, sont bien souvent, en pratique, imbriquées les unes dans les autres. Même si ces éléments font

partie intégrante de la réflexion, ils étaient en réalité rarement cochés dans la fiche. L'ensemble de ces constatations sont tout de même à pondérer car les sites ayant instauré une fiche LATA présentent avant tout une meilleure traçabilité.

En régulation, la collégialité est insatisfaisante car peut être plus difficile à mettre en place qu'aux urgences, particulièrement la nuit ou le week-end où le régulateur est seul derrière son bureau. Nous pouvons imaginer qu'une fiche intégrée au logiciel de régulation inciterait les urgentistes à plus souvent discuter à plusieurs médecins, à contacter les familles et les soignants référents pour acter la LATA. Elle permettrait une standardisation des pratiques en intégrant aussi une partie sur l'orientation. En effet, si les conditions sont réunies, le transport vers l'hôpital pourrait être évité. Par ailleurs, en étant incorporée au logiciel de régulation, elle pourrait être associée à la fiche "patient remarquable" dont l'objectif est de transmettre à tout médecin intervenant les informations utiles précédemment récupérées : la prise en charge serait donc adaptée à l'état du patient, à ses souhaits, à l'existence d'une LATA antérieure, faisant gagner du temps à l'appelant et au régulateur. Pour aller dans ce sens, des travaux ont déjà débuté au CHU d'Angers, impliquant les équipes de gériatrie et des urgences pour proposer des outils dans les EHPAD du Maine-et-Loire, comme une valise contenant du matériel et des thérapeutiques de premiers secours et une formation supplémentaire pour le personnel de ces établissements. Ce projet a pour objectif d'améliorer les soins des patients âgés où le transfert aux urgences pourrait être évité et ne saurait améliorer leur situation voire dégraderait la qualité de leur fin de vie [39].

Il est important de souligner que la présence ou non d'une fiche ne modifie pas le taux de mortalité, notamment la mortalité aux urgences. La fiche LATA ne formalise donc pas la mort mais organise des niveaux de thérapeutiques pour la mise en place de soins adaptés.

Cependant, dans les deux groupes, près de 20% des patients décèdent après plus de 24h passées aux urgences, parfois après plusieurs jours. Ces patients se retrouvent dans la majorité des cas à l'UHCD avec des équipes soignantes peu disponibles et dans une ambiance peu propice au repos. Cela met en lumière le manque de lits d'aval et notamment de lits de soins palliatifs qui seraient pourtant plus adaptés pour ces patients. L'étude de Grange et al en 2012 [32] montrait que la mise en place d'un lien direct avec les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), quand elles étaient disponibles et pouvaient intervenir de façon précoce, améliorait la prise en charge de la douleur des patients et permettait de libérer du temps médical pour l'accompagnement des familles. Ce travail montrait une faible participation de l'EMSP et celle-ci intervenait dans les 3h45 suivant l'admission aux urgences, chose qui semble difficile à mettre en place au quotidien. Cette collaboration pourrait peut-être se faire dans les situations complexes où une expertise est requise.

Quoiqu'il en soit, les urgentistes sont demandeurs de formations complémentaires sur le sujet de la fin de vie. On pourrait développer des conférences, déployer un enseignement par la simulation tout en favorisant une collaboration multidisciplinaire (médecins, paramédicaux et autres spécialités côtoyant la fin de vie). En soins intensifs, par exemple, il a été démontré qu'en incrémentant les formations spécifiques aux enjeux éthiques et notamment sur la communication, les familles des patients avaient moins de risque de vivre un deuil compliqué [33].

## **CONCLUSION**

La fin de vie est une situation fréquemment rencontrée aux urgences. Cet état des lieux montre que la mise en place d'une fiche LATA améliore la collégialité, la recherche de l'avis du patient, permet une meilleure traçabilité des limitations thérapeutiques ainsi qu'une plus grande participation de l'équipe paramédicale. Cet outil favorisant le respect des réglementations en vigueur, n'est pas toujours utilisé et revêt pourtant un caractère pédagogique : s'approprier une méthode guidant la décision de limitation thérapeutique. En pré-hospitalier, l'instauration d'une fiche semble améliorer le suivi des recommandations, notamment la collégialité. Cette partie extrahospitalière est, à notre connaissance, encore peu étudiée.

Le questionnaire nous permet d'affirmer que les urgentistes souhaitent des formations sur la mise en place de soins de confort et la gestion des patients en fin de vie, de plus en plus nombreux aux urgences.

Enfin rappelons que la fiche LATA n'est pas un passeport vers la mort mais un dispositif encadrant l'accompagnement des soins de fin de vie. La limitation des thérapeutiques actives ne signifie en aucun cas moins de soins à prodiguer, bien au contraire. Guidé par les principes éthiques d'Autonomie, de Bienfaisance, de Non-malfaisance et de Justice, l'urgentiste doit repérer rapidement les patients en fin de vie, les installer dans un lit, à l'écart de l'agitation et prendre le temps de la discussion en collégialité ainsi que l'accompagnement des proches. Comme en témoignent les récentes discussions, la convention citoyenne sur la fin de vie et la potentielle évolution de la loi sur l'aide médicale à mourir, cette thématique reste d'actualité. C'est un enjeu sociétal qui franchit les murs de l'hôpital et qui nous engage, en tant que soignants et citoyens, à rester vigilants sur la place de la médecine d'urgence dans ces situations.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Loi n°2016-87 du 2 février 2016 dite « Léonetti-Claeys » [internet] :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031970253>
- [2] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé de mars 2002 dite « loi Kouchner » [internet] :  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>
- [3] Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie dite « loi Léonetti » [internet] : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000446240/>
- [4] Rapport de synthèse du Comité consultatif national d'éthique, États généraux de la bioéthique, 2018 [internet] : <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/184000352.pdf>
- [5] Rapport de la convention citoyenne sur la fin de vie, 2023 [internet] :  
[https://www.lecese.fr/sites/default/files/documents/CCFV/Conventioncitoyenne\\_findevie\\_Reportfinal.pdf](https://www.lecese.fr/sites/default/files/documents/CCFV/Conventioncitoyenne_findevie_Reportfinal.pdf)
- [6] Projet de loi n°2462 relatif à l'accompagnement des malades et à la fin de vie, 2024 [internet] : [https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b2462\\_projet-loi](https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b2462_projet-loi)
- [7] Panorama des législations sur l'aide active à mourir dans le monde, 2022 [internet] :  
[https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2022/05/panorama\\_des\\_legislations\\_mai\\_2022.pdf](https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2022/05/panorama_des_legislations_mai_2022.pdf)
- [8] Procédure d'aide à la décision de Limitation et arrêt des Thérapeutiques lors d'une prise en charge en urgence, Fiche MEMO, SFMU, 2020 [internet] :  
[https://www.sfmu.org/upload/consensus/memo\\_SFMU-SFAP\\_LAT2020.pdf](https://www.sfmu.org/upload/consensus/memo_SFMU-SFAP_LAT2020.pdf)
- [9] Leconte P, Batard E, Pinaud V, Evain Y, Potel G. Décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives dans les services d'urgence. Réanimation. déc 2008;17(8):802-6.

- [10] P. Le Conte, E. Batard, G. Potel. Fin de vie aux urgences : une mission incontournable en quête d'améliorations. Annales françaises de médecine d'urgence. 2018 ;8(4) :215-216. DOI :10.3166/afmu-201
- [11] Tourneret Magali et Mino Jean-Christophe, « Les décisions de limitation de thérapeutiques actives aux urgences, une étude qualitative exploratoire », Santé Publique, 2008/6 Vol. 20, p. 517-526. DOI : 10.3917/spub.086.0517
- [12] Douplat M, Berthiller J, Schott A-M, et al. Difficulty of the decision-making process in emergency departments for end-of-life patients. J Eval Clin Pract. 2019 ;25 :1193–1199. <https://doi.org/10.1111/jep.13229>
- [13] Rapport « La mort à l'hôpital », Dr Françoise LALANDE et Olivier VEBER, Inspection générale des affaires sociales [internet] : [https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/files-spip/pdf/mort\\_alhopital-rm2009-124p.pdf](https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/files-spip/pdf/mort_alhopital-rm2009-124p.pdf)
- [14] Thèse du Dr Guilbaudeau en 2004 : Évaluation de la mise en place d'une procédure de limitation ou d'arrêt des soins actifs aux urgences du CHU de Nantes [internet] : <https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/02921d7a-0e4a-43e0-889f-22f375cf32b6>
- [15] E. Ferrand, J. Maty. Prehospital withholding and withdrawal of life-sustaining treatments. The French LATASAMU Survey. Intensive Care Med 2006 ; 32 (10) : 1464-66.
- [16] F. Braun, M. Bailly, Les limitations et arrêt des thérapeutiques actives en régulation médicale. Congrès Urgences 2013 [internet]. [https://www.sfmu.org/upload/70\\_formation/02\\_eformation/02\\_congres/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/058\\_Braun.pdf](https://www.sfmu.org/upload/70_formation/02_eformation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/058_Braun.pdf)
- [17] Présentation du SAMU/SMUR [internet] : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/samu-smur#nb6>

- [18] Pallidom, une équipe spécialisée dans les soins palliatifs à domicile [article de presse] :  
[https://www.francetvinfo.fr/societe/euthanasie/fin-de-vie-pallidom-une-equipe-specialisee-dans-les-soins-palliatifs-a-domicile\\_5750240.html](https://www.francetvinfo.fr/societe/euthanasie/fin-de-vie-pallidom-une-equipe-specialisee-dans-les-soins-palliatifs-a-domicile_5750240.html)
- [19] ORU Pays de Loire, Panorama Urgences 2022 [internet] : [https://www.oru-paysdelaloire.fr/sites/default/files/medias/file/2023\\_PanoramaORUpdl2022\\_Regional\\_VF.pdf](https://www.oru-paysdelaloire.fr/sites/default/files/medias/file/2023_PanoramaORUpdl2022_Regional_VF.pdf)
- [20] Insee, RP2010, RP2015 et RP2021 exploitations principales, Angers [internet] :  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-49007>
- [21] ORU : activité des services d'urgences en 2022, CHU d'Angers [internet] :  
[https://www.oru-paysdelaloire.fr/sites/default/files/medias/file/2023\\_PanoramaORUpdl2022\\_49\\_CHUAngers-Adultes.pdf](https://www.oru-paysdelaloire.fr/sites/default/files/medias/file/2023_PanoramaORUpdl2022_49_CHUAngers-Adultes.pdf)
- [22] Insee, RP2010, RP2015 et RP2021 exploitations principales, Cholet [internet] :  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-49099>
- [23] ORU : activité des services d'urgences en 2022, CH de Cholet [internet] :  
[https://www.oru-paysdelaloire.fr/sites/default/files/medias/file/2023\\_PanoramaORUpdl2022\\_49\\_CHCholet.pdf](https://www.oru-paysdelaloire.fr/sites/default/files/medias/file/2023_PanoramaORUpdl2022_49_CHCholet.pdf)
- [24] Insee, RP2010, RP2015 et RP2021 exploitations principales, Saumur [internet] :  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-49328>
- [25] ORU : activité des services d'urgences en 2022, CH de Saumur [internet] :  
[https://www.oru-paysdelaloire.fr/sites/default/files/medias/file/2023\\_PanoramaORUpdl2022\\_49\\_CHSaumur.pdf](https://www.oru-paysdelaloire.fr/sites/default/files/medias/file/2023_PanoramaORUpdl2022_49_CHSaumur.pdf)
- [26] Insee, RP2010, RP2015 et RP2021 exploitations principales, Le Mans [internet] :  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-72181>

[27] ORU : activité des services d'urgences en 2022, CH du Mans [internet] : [https://www.oru-paysdelaloire.fr/sites/default/files/medias/file/2023\\_PanoramaORUpdI2022\\_72\\_CHLeMans-Adultes.pdf](https://www.oru-paysdelaloire.fr/sites/default/files/medias/file/2023_PanoramaORUpdI2022_72_CHLeMans-Adultes.pdf)

[28] Thèse du Dr Fieni en 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 [internet] : <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20138599/2016MCEM6748/fichier/6748F.pdf>

[29] J. Béreau, A. Reix, I. Faure, C. Gabinski, Mise en place et premières évaluations d'un protocole d'aide à la décision éthique dans un service d'urgence, *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*, Volume 25, Issue 1, 2013, ISSN 2211-4238, <https://doi.org/10.1016/j.jeurea.2012.12.001>.

[30] Pierre Gosset, Antoine Cense, Limitation et arrêt des thérapeutiques actives aux urgences : évaluation des pratiques aux urgences dans un centre hospitalier universitaire, *Médecine Palliative*, Volume 19, Issue 6, 2020, ISSN 1636-6522, <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2020.02.006>.

[31] A. Lassalle-Macke, E. Robert, M. Violeau, Limitation et arrêt de thérapeutique(s) active(s) aux urgences, *Éthique & Santé*, Volume 15, Issue 3, 2018, ISSN 1765-4629, <https://doi.org/10.1016/j.etiqe.2018.04.003>.

[32] GRANGE Claude, REVUE Eric, HERON Anne, « Accompagnement de la fin de vie aux urgences », 2012/3 (Vol. 27), p. 85-90. DOI : 10.3917/inka.123.0085. Revue internationale de soins palliatifs, URL : <https://www.cairn.info/revue-infokara-2012-3-page-85.htm>

[33] N.Kentish-Barnes, M.Chaize and V.Seegers, Complicated grief after death of a relative in the intensive care unit}, volume 45, number 5, 2015, DOI = 10.1183/09031936.00160014, <https://erj.ersjournals.com/content/45/5/1341>

[34] Douplat M, Fraticelli L, Claustre C, Peiretti A, Serre P, Bischoff M, Jacquin L, Freyssenge J, Schott AM, Tazarourte K, Frugier S, Khoury CEL; LAT group. Management of decision of withholding and withdrawing life-sustaining treatments in French EDs. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2020 Jun 8;28(1):52. doi: 10.1186/s13049-020-00744-7. PMID: 32513282; PMCID: PMC7282105.

[35] A. Burnod, B. Devalois, Problématique préhospitalière face à une décision de limitation ou arrêt de traitement (LAT), Urgences 2011 [internet] : [https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Problematique\\_prehospitaliere\\_face\\_a\\_une\\_decision\\_de\\_limitation\\_ou\\_arret\\_de\\_traitement\\_LAT\\_.pdf](https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Problematique_prehospitaliere_face_a_une_decision_de_limitation_ou_arret_de_traitement_LAT_.pdf)

[36] Le Conte P, Riochet D, Batard E. Death in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. Intensive Care Med. 2010 May;36(5):765-72. doi: 10.1007/s00134-010-1800-1. Epub 2010 Mar 13. PMID: 20229044.

[37] Bad Blood : The Tuskegee Syphilis Experiment, New and Expanded Edition, James H. Jones, 1981

[38] L'Éthique du préférable partageable : Lecture du principlisme, Jean-Marc Mouillie, édition Belles Lettres, 2019

[39] VisioRegEHPAD : impact de la visio-régulation et d'une trousse d'urgence sur les hospitalisations des résidents en EHPAD pendant la période de permanence de soins régulées par le SAMU du Maine-et-Loire [internet] : <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20122291/2023ODEUG17398/fichier/17398F.pdf>

[40] Déclaration d'Helsinki de l'AMM (Association Médicale Mondiale) : principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains [internet] : <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-dhelsinki-de-lamm-principes-ethiques-applicables-a-la-recherche-medicale-impliquant-des-etes-humains/>

[41] Code de la santé publique : Code de déontologie médicale (Articles R4127-1 à R4127-112) [internet] : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196409/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196409/)

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Répartition des âges des urgentistes interrogés .....	28
Figure 2 : Lieu de travail des urgentistes interrogés .....	29
Figure 3 : Nombre de limitations thérapeutiques réalisées en régulation dans l'année écoulée par les urgentistes .....	30
Figure 4 : Nombre de limitations thérapeutiques réalisées en pré-hospitalier dans l'année écoulée par les urgentistes.....	31
Figure 5 : Nombre de limitations thérapeutiques réalisées aux urgences dans l'année écoulée par les urgentistes .....	31
Figure 6 : Nombre de soins de confort mis en place aux urgences dans l'année écoulée par les urgentistes .....	31
Figure 7 : Comparaison des antécédents et des comorbidités des patients ayant bénéficié d'une limitation des thérapeutiques dans les centres avec et sans fiches LATA.....	33
Figure 8 : Comparaison des défaillances principales des patients ayant bénéficié d'une limitation des thérapeutiques dans les centres avec et sans fiches LATA.....	36
Figure 9 : Comparaison de la communication de la LATA dans les centres avec et sans fiches LATA .....	37
Figure 10 : Comparaison des projets de soins intra-hospitaliers des patients ayant bénéficié d'une limitation des thérapeutiques dans les centres avec et sans fiches LATA .....	39
Figure 11 : Comparaison des différentes gravités cliniques des patients limités en régulation entre le CHU d'Angers et le CH du Mans .....	41
Figure 12 : Comparaison des critères influençant la décision des régulateurs dans la limitation des thérapeutiques au CHU d'Angers et au CH du Mans .....	43

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Comparaison de la collégialité en régulation entre le CHU d'Angers et le CH du Mans .....	41
---	----

# TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE .....	D
<b>RESUMÉ .....</b>	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>3</b>
<b>1. La loi .....</b>	<b>4</b>
1.1. En France.....	4
1.2. À l'étranger .....	7
<b>2. Points réglementaires et recommandations de bonnes pratiques .....</b>	<b>8</b>
2.1. Les recommandations de la SFMU .....	8
2.2. Spécificités du pré-hospitalier.....	9
2.3. Point éthique .....	10
<b>3. La prise en charge actuelle de la fin de vie en médecine d'urgence en France</b>	<b>13</b>
3.1. À l'hôpital.....	13
3.2. En pré-hospitalier .....	15
<b>4. Problématiques soulevées .....</b>	<b>18</b>
<b>5. Présentation du territoire : le Maine-et-Loire et la Sarthe .....</b>	<b>19</b>
5.1. La médecine d'urgence dans le Maine-et-Loire .....	19
5.2. La médecine d'urgence dans la Sarthe .....	20
<b>6. Présentation de l'étude LATA-SAMURG .....</b>	<b>21</b>
<b>MÉTHODES .....</b>	<b>23</b>
<b>1. Schéma de l'étude .....</b>	<b>23</b>
<b>2. Critères de jugements .....</b>	<b>25</b>
<b>3. Variables étudiées .....</b>	<b>25</b>
3.1. Données du questionnaire .....	25
3.2. Données des fiches LATA aux urgences.....	26
3.3. Données des fiches LATA au SAMU.....	26
<b>4. Analyses statistiques .....</b>	<b>27</b>
<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>28</b>
<b>1. Questionnaire aux urgentistes.....</b>	<b>28</b>
<b>2. Les limitations des thérapeutiques aux urgences .....</b>	<b>32</b>
2.1. Caractéristiques de la population .....	32
2.2. Aux urgences.....	34
2.3. Mise en œuvre de la LATA.....	37
<b>3. Les limitations des thérapeutiques en régulation .....</b>	<b>39</b>
3.1. Caractéristiques de la population .....	39
3.2. Pathologie aiguë.....	40
3.3. Recueil d'information .....	41
3.4. L'orientation des patients .....	41
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>44</b>
<b>1. Principaux résultats .....</b>	<b>44</b>

2.	<b>Comparaison avec la littérature.....</b>	46
3.	<b>Limites et points positifs .....</b>	48
4.	<b>Implications cliniques et perspectives .....</b>	51
	<b>CONCLUSION .....</b>	54
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	55
	<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	61
	<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	62
	<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	63
	<b>ANNEXES .....</b>	I

# ANNEXES

## Annexe 1 : Panorama Urgences 2022 : services d'urgences du Maine-et-Loire



Panorama Urgences 2022 - Activité des services d'urgences des Pays de la Loire

### 5.2. Services d'urgences du Maine-et-Loire



#### Recueil des données

227 304 RPU transmis en 2022  
+9 % par rapport à 2021  
+2 % par rapport à la moyenne 2018-2019



#### Patients

1,12 Sex-ratio (H/F)  
37,3 Âge moyen  
4 % Moins d'un an  
32 % Moins de 18 ans  
15 % 75 ans et plus



#### Arrivée

45 % Horaires de PDS  
27 % Nuit [20h - 08h]  
• 16 % [20h-00h]  
• 11 % [00h-08h]



#### Mode de transport

70 % Moyen personnel  
0,5 % SMUR (y compris transport héliporté)  
11 % VSAV  
17 % Ambulance privée

Taux de RPU considérés comme fiables : 100%

Taux de RPU considérés comme fiables : 100%

Taux de RPU considérés comme fiables : 85 %



#### CCMU

15 % CCMU 1  
23 % CCMU 3  
1,3 % CCMU 4-5 (urgences vitales)



#### Diagnostic principal

56 % Médico-chirurgical  
38 % Traumatologique  
3 % Psychiatrique  
1 % Toxicologique  
2 % Autres recours

Taux de RPU considérés comme fiables : 81 %

Taux de RPU considérés comme fiables : 65 %



#### Durée de passage

3h11 Durée médiane de passage  
• 2h43 dans le cas d'un retour à domicile  
• 6h27 dans le cas d'une hospitalisation

Taux de RPU considérés comme fiables : 79 %



#### Mode de sortie

21 % Hospitalisation post-urgences  
• 20 % Mutation interne  
• 1 % Transfert externe  
79 % Retour au domicile

Taux de RPU considérés comme fiables : 86 %

Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

PDS : Permanence des soins (du lundi au vendredi de 20h à 7h59 le lendemain, du samedi 12h au lundi 7h59, et les jours fériés et ponts de 8h à 19h59)

SMUR : Structure mobile d'urgence et de réanimation (comprend le transport en hélicoptère héli-SMUR)

VSAV : Véhicule de secours et d'assistance aux victimes (transport sanitaire par les sapeurs-pompiers)

CCMU : Classification clinique des malades aux urgences

## Annexe 2 : Panorama Urgences 2022 : chiffres clés de l'activité du CHU d'Angers

Panorama Urgences 2022 - Activité des services d'urgences des Pays de la Loire  
Centre hospitalier universitaire d'Angers - Service d'urgences adultes



### Chiffres-clés de l'activité 2022

<b>Recueil des données</b>	<b>Patients</b>	<b>Arrivée</b>	<b>Mode de transport</b>
58 493 RPU transmis en 2022 +4 % par rapport à 2021 -1 % par rapport à la moyenne 2018-2019	1,10 Sex-ratio (H/F) 50,1 Âge moyen 21 % Moins de 25 ans 31 % 25 à 49 ans 25 % 50 à 74 ans 22 % 75 ans et plus	48 % horaires de PDS 30 % Nuit [20h - 08h] • 16 % [20h-00h[ • 14 % [00h-08h[	52 % Moyen personnel 0,6 % SMUR (y compris transport héliporté) 18 % VSAV 29 % Ambulance privée
Taux de RPU considérés comme fiables : 100%	Taux de RPU considérés comme fiables : 100%	Taux de RPU considérés comme fiables : 100%	Taux de RPU considérés comme fiables : 97 %
<b>CCMU</b>	<b>Diagnostic principal</b>	<b>Durée de passage</b>	<b>Mode de sortie</b>
19 % CCMU 1 19 % CCMU 3 2,1 % CCMU 4-5 (urgences vitales)	62 % Médico-chirurgical 27 % Traumatologique 6 % Psychiatrique 3 % Toxicologique 2 % Autres recours	5h01 Durée médiane de passage • 4h11 dans le cas d'un retour à domicile • 8h09 dans le cas d'une hospitalisation	24 % Hospitalisation post-urgences • 21 % Mutation interne • 3 % Transfert externe 76 % Retour au domicile
Taux de RPU considérés comme fiables : 95 %	Taux de RPU considérés comme fiables : 94 %	Taux de RPU considérés comme fiables : 99 %	Taux de RPU considérés comme fiables : 98 %

Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

PDS : Permanence des soins

SMUR : Structure mobile d'urgence et de réanimation (comprend le transport en hélicoptère héli-SMUR)

VSAV : Véhicule de secours et d'assistance aux victimes (transport sanitaire par les sapeurs-pompiers)

CCMU : Classification clinique des malades aux urgences

## Annexe 3 : Panorama Urgences 2022 : chiffres clés de l'activité du CH de Cholet

Panorama Urgences 2022 - Activité des services d'urgences des Pays de la Loire  
Centre hospitalier de Cholet



### Chiffres-clés de l'activité 2022



#### Recueil des données

67 093 RPU transmis en 2022  
+11 % par rapport à 2021  
+2 % par rapport à la moyenne 2018-2019



#### Patients

1,18 Sex-ratio (H/F)  
36,8 Âge moyen  
4 % Moins d'un an  
32 % Moins de 18 ans  
14 % 75 ans et plus



#### Arrivée

44 % horaires de PDS  
25 % Nuit [20h - 08h[  
• 16 % [20h-00h[  
• 10 % [00h-08h[



#### Mode de transport

76 % Moyen personnel  
0,5 % SMUR (y compris transport héliporté)  
9 % VSAV  
14 % Ambulance privée

Taux de RPU considérés comme fiables : 99 %



#### CCMU

6 % CCMU 1  
33 % CCMU 3  
0,9 % CCMU 4-5 (urgences vitales)



#### Diagnostic principal

42 % Médico-chirurgical  
53 % Traumatologique  
<1 % Psychiatrique  
1 % Toxicologique  
3 % Autres recours

Taux de RPU considérés comme fiables : 98 %



#### Durée de passage

2h51 Durée médiane de passage  
• 2h27 dans le cas d'un retour à domicile  
• 5h38 dans le cas d'une hospitalisation



#### Mode de sortie

19 % Hospitalisation post-urgences  
• 19 % Mutation interne  
• 0 % Transfert externe  
81 % Retour au domicile

Taux de RPU considérés comme fiables : 100 %

Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

PDS : Permanence des soins

SMUR : Structure mobile d'urgence et de réanimation (comprend le transport en hélicoptère héli-SMUR)

VSAV : Véhicule de secours et d'assistance aux victimes (transport sanitaire par les sapeurs-pompiers)

CCMU : Classification clinique des malades aux urgences

## Annexe 4 : Panorama Urgences 2022 : chiffres clés de l'activité du CH de Saumur

Panorama Urgences 2022 - Activité des services d'urgences des Pays de la Loire  
Centre hospitalier de Saumur



### Chiffres-clés de l'activité 2022

<b>Recueil des données</b>	<b>Patients</b>	<b>Arrivée</b>	<b>Mode de transport</b>
33 125 RPU transmis en 2022 +6 % par rapport à 2021 -1 % par rapport à la moyenne 2018-2019	1,14 Sex-ratio (H/F) 38,7 Âge moyen 6 % Moins d'un an 33 % Moins de 18 ans 17 % 75 ans et plus	43 % horaires de PDS 25 % Nuit [20h - 08h] • 14 % [20h-00h] • 11 % [00h-08h]	73 % Moyen personnel 0,4 % SMUR (y compris transport héliporté) 12 % VSAV 14 % Ambulance privée
Taux de RPU considérés comme fiables : 100%		Taux de RPU considérés comme fiables : 100%	Taux de RPU considérés comme fiables : 99 %
<b>CCMU</b>	<b>Diagnostic principal</b>	<b>Durée de passage</b>	<b>Mode de sortie</b>
[nd] CCMU 1 [nd] CCMU 3 [nd] CCMU 4-5 (urgences vitales)	[nd] Médico-chirurgical [nd] Traumatologique [nd] Psychiatrique [nd] Toxicologique [nd] Autres recours	[nd] Durée médiane de passage • [nd] dans le cas d'un retour à domicile • [nd] dans le cas d'une hospitalisation	23 % Hospitalisation post-urgences • 22 % Mutation interne • <1 % Transfert externe 77 % Retour au domicile
Taux de RPU considérés comme fiables : 0 %	Taux de RPU considérés comme fiables : 0 %	Taux de RPU considérés comme fiables : 0 %	Taux de RPU considérés comme fiables : 100 %

Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

PDS : Permanence des soins

SMUR : Structure mobile d'urgence et de réanimation (comprend le transport en hélicoptère héli-SMUR)

VSAV : Véhicule de secours et d'assistance aux victimes (transport sanitaire par les sapeurs-pompiers)

CCMU : Classification clinique des malades aux urgences

[nd] : non disponible (données non exploitables ou non fiables)

## Annexe 5 : Panorama Urgences 2022 : services d'urgences de la Sarthe



Panorama Urgences 2022 - Activité des services d'urgences des Pays de la Loire

### 5.4. Services d'urgences de Sarthe



#### Recueil des données

161 822 RPU transmis en 2022  
-6 % par rapport à 2021  
-16 % par rapport à la moyenne 2018-2019



#### Patients

1,11 Sex-ratio (H/F)  
42,3 Âge moyen  
3 % Moins d'un an  
25 % Moins de 18 ans  
18 % 75 ans et plus



#### Arrivée

43 % Horaires de PDS  
26 % Nuit [20h - 08h]  
• 15 % [20h-00h]  
• 11 % [00h-08h]



#### Mode de transport

76 % Moyen personnel  
0,1 % SMUR (y compris transport héliporté)  
7 % VSAV  
17 % Ambulance privée

⚠ Taux de RPU considérés comme fiables : 33 %  
(5 SU /8)



#### CCMU

20 % CCMU 1  
17 % CCMU 3  
1,1 % CCMU 4-5 (urgences vitales)



#### Diagnostic principal

61 % Médico-chirurgical  
29 % Traumatologique  
4 % Psychiatrique  
2 % Toxicologique  
4 % Autres recours



#### Durée de passage

3h54 Durée médiane de passage  
• 2h41 dans le cas d'un retour à domicile  
• 9h31 dans le cas d'une hospitalisation



#### Mode de sortie

31 % Hospitalisation post-urgences  
• 30 % Mutation interne  
• 1 % Transfert externe  
69 % Retour au domicile

Taux de RPU considérés comme fiables : 78 %

Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

PDS : Permanence des soins (du lundi au vendredi de 20h à 7h59 le lendemain, du samedi 12h au lundi 7h59, et les jours fériés et points de 8h à 19h59)

SMUR : Structure mobile d'urgence et de réanimation (comprend le transport en hélicoptère héli-SMUR)

VSAV : Véhicule de secours et d'assistance aux victimes (transport sanitaire par les sapeurs-pompiers)

CCMU : Classification clinique des malades aux urgences

## Annexe 6 : Panorama Urgences 2022 : chiffres clés de l'activité du CH du Mans

Panorama Urgences 2022 - Activité des services d'urgences des Pays de la Loire  
Centre hospitalier du Mans - Service d'urgences adultes



### Chiffres-clés de l'activité 2022

<b>Recueil des données</b> 64 731 RPU transmis en 2022 +13 % par rapport à 2021 +7 % par rapport à la moyenne 2018-2019	<b>Patients</b> 1,11 Sex-ratio (H/F) 53,1 Âge moyen 14 % Moins de 25 ans 33 % 25 à 49 ans 29 % 50 à 74 ans 24 % 75 ans et plus	<b>Arrivée</b> 49 % horaires de PDS 32 % Nuit [20h - 08h] <ul style="list-style-type: none"> <li>• 17 % [20h-00h]</li> <li>• 15 % [00h-08h]</li> </ul>	<b>Mode de transport</b> [nd] Moyen personnel [nd] SMUR (y compris transport héliporté) [nd] VSAV [nd] Ambulance privée
 <b>CCMU</b> 15 % CCMU 1 29 % CCMU 3 1,9 % CCMU 4-5 (urgences vitales)	 <b>Diagnostic principal</b> 65 % Médico-chirurgical 23 % Traumatologique 6 % Psychiatrique 3 % Toxicologique 3 % Autres recours	 <b>Durée de passage</b> 6h02 Durée médiane de passage <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3h41 dans le cas d'un retour à domicile</li> <li>• 10h37 dans le cas d'une hospitalisation</li> </ul>	 <b>Mode de sortie</b> 42 % Hospitalisation post-urgences <ul style="list-style-type: none"> <li>• 42 % Mutation interne</li> <li>• 0 % Transfert externe</li> </ul> 58 % Retour au domicile
Taux de RPU considérés comme fiables : 91 %	Taux de RPU considérés comme fiables : 86 %	Taux de RPU considérés comme fiables : 99 %	Taux de RPU considérés comme fiables : 100 %

Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

PDS : Permanence des soins

SMUR : Structure mobile d'urgence et de réanimation (comprend le transport en hélicoptère héli-SMUR)

VSAV : Véhicule de secours et d'assistance aux victimes (transport sanitaire par les sapeurs-pompiers)

CCMU : Classification clinique des malades aux urgences

[nd] : non disponible (données non exploitable ou non fiables)

## Annexe 7 : Fiche LATA du CHU d'Angers

### Procédure d'aide à la décision de Limitation et Arrêt de Thérapeutiques Situation aigüe

1/2

<b>1. LE PATIENT / LA SITUATION</b> <p>Mode de vie</p> <p>Dossier médical sur place et/ou disponible</p> <p>Antécédents médicaux / Comorbidités notables</p> <p>Etat secondaire à des violences / agression... ?</p> <p>Troubles cognitifs</p> <p>Communication</p> <p>Etat général</p> <p>Autonomie</p> <p><b>Pathologie aiguë</b></p> <p>Gravité clinique/défaillance principale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Neuro</li> <li><input type="checkbox"/> Respiratoire</li> <li><input type="checkbox"/> Hémodynamique</li> <li><input type="checkbox"/> Autre</li> </ul> <p>Eléments cliniques</p> <p>Nature</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Episode aigu intercurrent</li> <li><input type="checkbox"/> Dégradation de la maladie initiale</li> </ul>	<b>3. RECUEIL D'INFORMATION AUPRÈS DU PATIENT ET PROCHES</b> <p>Le patient est-il en capacité de formuler son avis</p> <p>Si oui quel est-il?</p> <p>Existe-t-il des directives anticipées disponibles?</p> <p>Personne de confiance si désignée présente ou joignable ?</p> <p>Proches présents ou joignables ?</p> <p>Situation particulière</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Tutelle</li> <li><input type="checkbox"/> Curatelle</li> <li><input type="checkbox"/> Sauvegarde de justice</li> </ul> <p>Avis recueilli(s) :</p> <p>La personne de confiance, les proches ou la tutrice/curatrice, sont-ils informés de la mise en oeuvre de la procédure collégiale ?</p>																																																															
<b>2. ELEMENTS PRIS EN COMPTE POUR INITIER LA REFLEXION DE LAT</b> <p><input type="checkbox"/> Irréversibilité à très court terme d'une pathologie aiguë</p> <p><input type="checkbox"/> Absence d'amélioration malgré un traitement actif</p> <p><input type="checkbox"/> Evolutivité d'une pathologie chronique (aggravation, rapidité d'évolution)</p> <p><input type="checkbox"/> Absence de ressource thérapeutique curative ou traitements mal tolérés</p> <p><input type="checkbox"/> Retenissement des soins engagés sur la qualité de vie</p> <p><input type="checkbox"/> Refus du patient de poursuivre les traitements</p> <p><input type="checkbox"/> Demande du médecin traitant, de la personne de confiance ou proches</p> <p>- Avis pour un transfert en réanimation/USC</p> <p>Avis d'un réanimateur ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Oui</li> <li><input type="radio"/> Non</li> </ul> <p>- Autres éléments</p>																																																																
<b>4. DECISION COLLEGALE</b> <p>Médecin responsable</p> <p>Médecin consultant</p> <p>Interne(s) / étudiant(s) hospitalier(s)</p> <p>Soignants de l'équipe paramédicale concertés/informés</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Oui</li> <li><input type="radio"/> Non</li> <li><input type="radio"/> Non connu</li> </ul> <p>Avis médecin traitant</p> <p>Avis médecin spécialiste</p>																																																																
<b>. PRINCIPALES ORIENTATIONS A L'ISSUE DE LA DECISION DE LAT (non exhaustif)</b> <p>Traitements interrompus</p> <p>Traitements poursuivis</p> <p>Traitements non entrepris</p> <p>Traitements supplémentaires</p> <p>Sur quels arguments ces décisions sont prises ?</p> <p>- Principales orientations à l'issue de la décision de LAT (non exhaustif) :</p> <p>Communication de la LAT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Oui</li> <li><input type="radio"/> Non</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Médecin référent</li> <li><input type="checkbox"/> Soignants non médicaux</li> <li><input type="checkbox"/> Personne de confiance</li> <li><input type="checkbox"/> Proches, Entourage familial</li> </ul> <p>Patient (si en capacité physique ou psychique de recevoir l'information)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Oui</li> <li><input type="radio"/> Non</li> </ul> <p><b>PROJET DE SOINS INTRA HOSPITALIER</b></p> <p>- Décision de limitation et/ou arrêt des thérapeutiques</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">RCP (Réanimation cardio pulmonaire)</td> <td><input type="checkbox"/> A faire</td> <td><input type="checkbox"/> Ne pas faire</td> </tr> <tr> <td>Intubation</td> <td><input type="checkbox"/> A faire</td> <td><input type="checkbox"/> Ne pas faire</td> </tr> <tr> <td>Ventilation non invasive</td> <td><input type="checkbox"/> A faire</td> <td><input type="checkbox"/> Ne pas faire</td> </tr> <tr> <td>Scope</td> <td><input type="checkbox"/> A faire</td> <td><input type="checkbox"/> Ne pas faire</td> </tr> <tr> <td>Oxygénothérapie masque haute concentration</td> <td><input type="checkbox"/> A faire</td> <td><input type="checkbox"/> Ne pas faire</td> </tr> <tr> <td>Aspiration trachéale</td> <td><input type="checkbox"/> A faire</td> <td><input type="checkbox"/> Ne pas faire</td> </tr> <tr> <td>Drogues vaso-actives</td> <td><input type="checkbox"/> A faire</td> <td><input type="checkbox"/> Ne pas faire</td> </tr> <tr> <td>Voie veineuse périphérique</td> <td><input type="checkbox"/> A faire</td> <td><input type="checkbox"/> Ne pas faire</td> </tr> <tr> <td>Prélèvements sanguins veineux</td> <td><input type="checkbox"/> A faire</td> <td><input type="checkbox"/> Ne pas faire</td> </tr> <tr> <td>Prélèvements sanguins artériels</td> <td><input type="checkbox"/> A faire</td> <td><input type="checkbox"/> Ne pas faire</td> </tr> <tr> <td>Antibiothérapie</td> <td><input type="checkbox"/> A faire</td> <td><input type="checkbox"/> Ne pas faire</td> </tr> <tr> <td>Hydratation/Réhydratation</td> <td><input type="checkbox"/> A faire</td> <td><input type="checkbox"/> Ne pas faire</td> </tr> <tr> <td>Nutrition parentérale</td> <td><input type="checkbox"/> A faire</td> <td><input type="checkbox"/> Ne pas faire</td> </tr> <tr> <td>Perfusion par voie sous cutanée</td> <td><input type="checkbox"/> A faire</td> <td><input type="checkbox"/> Ne pas faire</td> </tr> <tr> <td>Anticoagulation curative</td> <td><input type="checkbox"/> A faire</td> <td><input type="checkbox"/> Ne pas faire</td> </tr> <tr> <td>Anticoagulation préventive</td> <td><input type="checkbox"/> A faire</td> <td><input type="checkbox"/> Ne pas faire</td> </tr> <tr> <td>Sonde naso-gastrique</td> <td><input type="checkbox"/> A faire</td> <td><input type="checkbox"/> Ne pas faire</td> </tr> <tr> <td>Sonde urinaire</td> <td><input type="checkbox"/> A faire</td> <td><input type="checkbox"/> Ne pas faire</td> </tr> <tr> <td>Trachéotomie</td> <td><input type="checkbox"/> A faire</td> <td><input type="checkbox"/> Ne pas faire</td> </tr> <tr> <td>Dialyse</td> <td><input type="checkbox"/> A faire</td> <td><input type="checkbox"/> Ne pas faire</td> </tr> <tr> <td>Transfusion</td> <td><input type="checkbox"/> A faire</td> <td><input type="checkbox"/> Ne pas faire</td> </tr> </table> <p>- Autres soins</p> <p>Projet de soins extra hospitalier ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Oui</li> <li><input type="radio"/> Non</li> </ul>		RCP (Réanimation cardio pulmonaire)	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire	Intubation	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire	Ventilation non invasive	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire	Scope	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire	Oxygénothérapie masque haute concentration	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire	Aspiration trachéale	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire	Drogues vaso-actives	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire	Voie veineuse périphérique	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire	Prélèvements sanguins veineux	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire	Prélèvements sanguins artériels	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire	Antibiothérapie	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire	Hydratation/Réhydratation	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire	Nutrition parentérale	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire	Perfusion par voie sous cutanée	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire	Anticoagulation curative	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire	Anticoagulation préventive	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire	Sonde naso-gastrique	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire	Sonde urinaire	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire	Trachéotomie	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire	Dialyse	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire	Transfusion	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire
RCP (Réanimation cardio pulmonaire)	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire																																																														
Intubation	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire																																																														
Ventilation non invasive	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire																																																														
Scope	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire																																																														
Oxygénothérapie masque haute concentration	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire																																																														
Aspiration trachéale	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire																																																														
Drogues vaso-actives	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire																																																														
Voie veineuse périphérique	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire																																																														
Prélèvements sanguins veineux	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire																																																														
Prélèvements sanguins artériels	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire																																																														
Antibiothérapie	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire																																																														
Hydratation/Réhydratation	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire																																																														
Nutrition parentérale	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire																																																														
Perfusion par voie sous cutanée	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire																																																														
Anticoagulation curative	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire																																																														
Anticoagulation préventive	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire																																																														
Sonde naso-gastrique	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire																																																														
Sonde urinaire	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire																																																														
Trachéotomie	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire																																																														
Dialyse	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire																																																														
Transfusion	<input type="checkbox"/> A faire	<input type="checkbox"/> Ne pas faire																																																														
<b>MISE EN OEUVRE D'UNE DEMARCHE PALLIATIVE</b> <p>Repérage des symptômes d'inconfort</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Fait</li> <li><input type="radio"/> Non fait</li> </ul> <p>Traitements symptomatiques et prescriptions anticipées</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Fait</li> <li><input type="radio"/> Non fait</li> </ul> <p>Prise en charge globale (psychologique, kiné, sociale, spirituelle)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Fait</li> <li><input type="radio"/> Non fait</li> </ul> <p>Recours aux équipes de soins palliatifs (EMASSP/USP)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Fait</li> <li><input type="radio"/> Non fait</li> </ul> <p>Conditions de la fin de vie abordées avec le patient/famille (lieu, sédation..)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Fait</li> <li><input type="radio"/> Non fait</li> </ul> <p>Démarches en cas de décès évoquées avec la famille</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Fait</li> <li><input type="radio"/> Non fait</li> </ul> <p><i>En cas d'évolution clinique ou de nouvelles données sur le séjour actuel, la formulation doit être modifiée.</i></p>																																																																

## **Annexe 8 : Fiche LATA du CH du Mans**

Date :	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □			<b>DERNIERE VALIDATION</b>	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
Synthèse Clinique :				Validée par :	
Synthèse Niveau d'intervention décidé :					
Médecin traitant :	▼				
Médecin référent :	▼	▼			
Personne de confiance :		N° Tel :			
Qui met en oeuvre ?	Pourquoi ?	Evaluation Collégiale	Décision(s)		
<input type="checkbox"/> Le patient apte à consentir <input type="checkbox"/> Une tierce personne	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Personne de confiance <input type="checkbox"/> Famille, proche <input type="checkbox"/> IDE <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> Autre				

Qui met en oeuvre ?	Pourquoi ?	Evaluation Collégiale	Décision(s)
	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Le patient est en phase avancée/terminale d'une affection grave et incurable           <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Actes jugés inutiles disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que seul maintien actif</li> <li><input type="checkbox"/> Patient en échec thérapeutique</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Le patient présente une affection aigüe par défaillance profonde sans possibilité de récupération d'une autonomie des fonctions vitales</li> <li><input type="checkbox"/> Le patient présente une poussée aigüe témoignant de l'évolution terminale d'une pathologie chez un patient à l'espérance de vie limitée</li> <li><input type="checkbox"/> Le patient présente une absence d'amélioration malgré un traitement initial maximal</li> <li><input type="checkbox"/> Le patient a une espérance de vie prévisible inadéquate / souhaits du patient</li> <li><input type="checkbox"/> Description détaillée par le médecin si nécessaire           <ul style="list-style-type: none"> <li>• ATCD notables : <input type="text"/></li> <li>• Diagnostic : <input type="text"/></li> <li>• Pronostic : <input type="text"/></li> <li>• Conditions de vie actuelle et prévisibles : <input type="text"/></li> </ul> </li> </ul>		

Qui met en oeuvre ?	Pourquoi ?	Evaluation Collégiale	Décision(s)
• Le patient est-il apte à manifester sa volonté ?		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Capable d'exprimer des choix <input type="checkbox"/> Capable de comprendre l'information <input type="checkbox"/> Capable d'apprécier la situation et les conséquences <input type="checkbox"/> Capable de manipuler l'information de manière rationnelle
• Le patient est-il associé à la décision de LATA ?		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="radio"/> Non
Le patient accepte-t-il la LATA ?			
• Le patient étant hors d'état d'exprimer sa volonté, qui est associé à la décision de LATA ?			<input type="checkbox"/> Personne de confiance <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Un des proches <input type="checkbox"/> Personne non familière

Qui met en oeuvre ?	Pourquoi ?	Evaluation Collégiale	Décision(s)
<input type="button" value="Plier/Déplier"/> <b>Décision N°1 en date du :</b> <input type="text"/> Liste des présents : <input type="text"/> Synthèse Clinique : <input type="text"/> <b>1 - Quelle décision est prise ?</b> LATA <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="button" value="?"/> <input type="text"/> <b>Synthèse Niveau d'intervention décidé :</b> <input type="text"/>			
<b>2 - Quelles sont les informations données ?</b> Date d'information à l'équipe de soins : <input type="text"/> Membre(s) du groupe chargé(s) de transmettre l'info au patient et à la famille : • Médecin : <input type="text"/> • Autre soignant (précisez) <input type="text"/>  Date de transmission de l'information à la famille : <input type="text"/> Quelle information a été transmise ? <input type="text"/>			
<b>3 - Quels sont les soins prescrits ?</b> <input type="button" value="?"/> <input type="text"/>			

<b>2 - Quelles sont les informations données ?</b> Date d'information à l'équipe de soins : <input type="text"/> Membre(s) du groupe chargé(s) de transmettre l'info au patient et à la famille : • Médecin : <input type="text"/> • Autre soignant (précisez) <input type="text"/>  Date de transmission de l'information à la famille : <input type="text"/> Quelle information a été transmise ? <input type="text"/>	
<b>3 - Quels sont les soins prescrits ?</b> <input type="button" value="?"/> <input type="text"/>	
<input type="button" value="VALIDER"/>	

## Annexe 9 : Fichet LATA du CH de Saumur

 <b>Centre Hospitalier de Saumur</b> <b>Equipe mobile de soins palliatifs</b>	<b>Procédure</b> <b>Limitation et arrêt des thérapeutiques - Situation aiguë (LAT)</b>	<b>Référence :</b> <b>SP-ORGAN-P-002</b>  <b>Date de diffusion :</b> <b>05/09/2022</b>
--	---	--

Attention ! Imprécision non générée ; Seule la version informatique fait foi.

### Objectif & Domaine d'application

Assurer une prise en charge optimale des patients en respectant leurs droits. S'assurer de la bonne application de leurs volontés dans le respect de la lutte contre l'obstination déraisonnable et s'assurer de la mise en place d'une démarche palliative.  
Application en SMUR et aux urgences du CH de Saumur ainsi qu'en MCO, SSR, USLD et EHPAD.

### Responsabilités

Professionnels de santé médicaux et paramédicaux

#### I. Formulaire

##### 1- Patient / Situation clinique

Mode de vie :  domicile     EHPAD     FAM/MAS     foyer logement     autre : .....

Antécédents médicaux / Comorbidités notables :

comorbidités non sévères stabilisées     1 comorbidité sévère     >1 comorbidité sévère (case à cocher)

Troubles cognitifs :  Sévère     Modéré     Léger     Absent

Communication :  Impossible     altérée     possible

Etat général :  Normal     Altéré     Cachexie/Dénutrition

Autonomie :  Complète     Partielle     Grabataire

Pathologie aiguë \* :

Gravité clinique (multiple) :  Neurologique     Hémodynamique     Respiratoire     Autre : .....

Eléments cliniques :

Nature de l'épisode \* (multiple) :  Episode aigu intercurrent     Dégradation de la maladie initiale

##### 2- Eléments pris en compte pour initier la réflexion de LAT

- Eléments \* (multiple) :
- Irréversibilité à très court terme d'une pathologie aiguë
  - Absence d'amélioration malgré un traitement actif
  - Evolutivité d'une pathologie chronique (aggravation, rapidité d'évolution)
  - Absence de ressource thérapeutique curative ou traitements mal tolérés
  - Retentissement des soins engagés sur la qualité de vie
  - Refus du patient de poursuivre ou débuter les traitements
  - Demande du médecin traitant, de la personne de confiance ou proches

Avis d'un réanimateur \* :  OUI     NON

Si oui :

Autres éléments :

**3- Recueil d'information auprès du patient / proches**

Le patient est-il en capacité de donner son avis ? \* :  OUI  NON  Non connue

Si NON : Pourquoi ? :

Existe-t-il des directives anticipées disponibles ? \* :  OUI  NON  Non connue

Une personne de confiance est-elle désignée et est présente ou joignable ? \* :  OUI  NON  Non connue

Proches présents ou joignables ? \* :  OUI  NON  Non connue

Mesures de protection :  Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice  Ne sait pas

Avis recueilli(s) :

La personne de confiance, les proches ou le tuteur/curateur, sont-ils informés de la mise en œuvre de la procédure collégiale ? \* :

OUI  NON  Ne sait pas

**4- Décision collégiale**

Médecin responsable \* : .....

Médecin consultant \* : .....

Interne (s) / étudiants : .....

Soignants de l'équipe paramédicale concertés \* :  OUI  NON

Si NON : Pourquoi ? :

Si OUI : - IDE : .....

- AS : .....

- Psychologue : .....

- Kinésithérapeute : .....

- Assistante sociale : .....

- Cadre de santé : .....

- Autre : .....

Avis médecin traitant :

Avis médecin spécialiste :

**5- Principales orientations à l'issue de la LAT**

- Traitements interrompus :

- Traitements poursuivis :

- Traitements non entrepris :

- Traitements supplémentaires :

- Sur quels arguments ces décisions sont prises ? :

- Communication de la LAT \* :  OUI  NON  
 - Patient (si en capacité physique ou psychique de recevoir l'information) \* :  OUI  NON
- Soignants non médicaux :  OUI  NON  
 - Personne de confiance :  OUI  NON  
 - Entourage familial :  OUI  NON  
 - Médecin référent :  OUI  NON

**6- Projet de soins intrahospitalier**

- Patient potentiellement donneur d'organe :  OUI  NON  
 - Décision de limitation et/ou arrêt des thérapeutiques :  OUI  NON
- Si OUI : - Réanimation cardiopulmonaire :  Faire  Ne pas faire  Non Applicable  
 - Intubation :  Faire  Ne pas faire  Non Applicable  
 - Ventilation non invasive :  Faire  Ne pas faire  Non Applicable  
 - Scope :  Faire  Ne pas faire  Non Applicable  
 - Oxygénothérapie au masque à haute concentration :  Faire  Ne pas faire  Non Applicable  
 - Aspiration trachéale :  Faire  Ne pas faire  Non Applicable  
 - Drogues vaso-actives :  Faire  Ne pas faire  Non Applicable  
 - Voie veineuse périphérique :  Faire  Ne pas faire  Non Applicable  
 - Prélèvement sanguins veineux :  Faire  Ne pas faire  Non Applicable  
 - Prélèvement sanguins artériels :  Faire  Ne pas faire  Non Applicable  
 - Antibiothérapie :  Faire  Ne pas faire  Non Applicable  
 - Hydratation/ Réhydratation :  Faire  Ne pas faire  Non Applicable  
 - Nutrition parentérale :  Faire  Ne pas faire  Non Applicable  
 - Perfusion sous-cutanée :  Faire  Ne pas faire  Non Applicable  
 - Anticoagulation curative :  Faire  Ne pas faire  Non Applicable  
 - Anticoagulation préventive :  Faire  Ne pas faire  Non Applicable  
 - Sonde nasogastrique :  Faire  Ne pas faire  Non Applicable  
 - Sonde urinaire :  Faire  Ne pas faire  Non Applicable  
 - Trachéotomie :  Faire  Ne pas faire  Non Applicable  
 - Dialyse :  Faire  Ne pas faire  Non Applicable  
 - Transfusion :  Faire  Ne pas faire  Non Applicable  
 - Autre :

Attention ! Impression non gérée ; Seule la version informatique fait foi.

**7- Projet de soins extrahospitalier \* :**  OUI  NON

- Si OUI : - Patient et famille en accord avec le retour :  Oui  Non  
 - MT informés des limitations thérapeutiques :  Oui  Non  
 - Symptômes et risques possibles anticipés :  Oui  Non  
 - Mise en place d'une HAD en cas de soins lourds ou complexes :  Oui  Non  
 - Lits de repli évoquées si maintien à domicile impossible (service référent, LISP) :  Oui  Non  
 - Prescriptions anticipées rédigées pour une disponibilité des médicaments au domicile :  Oui  Non  
 - Recours à l'EMSP pour organisation du retour et suivi :  Oui  Non  
 - Conditions de la fin de vie abordée avec le patient ou sa famille :  Oui  Non

**8- Mise en place d'une démarche palliative \* :**  OUI  NON

- Si OUI : - Repérage des symptômes d'inconfort :  Fait  Non Fait  
 - Traitements symptomatique et prescriptions anticipées :  Fait  Non Fait  
 - Prise en charge globale (kiné, psychologue, spirituelle, sociale) :  Fait  Non Fait  
 - Recours à l'EMSP :  Fait  Non Fait  
 - Conditions de la fin de vie abordée avec le patient ou sa famille :  Fait  Non Fait  
 - Démarches en cas de décès évoquées :  Fait  Non Fait

## Annexe 10 : Fiche LATA de régulation (SAMU)

**Date/Heure : ... / ... / .....      ... : ...**

<b>Patient</b>
Nom : ..... Prénom : .....
<b>Âge :</b> .....
Mode de vie : Domicile <input type="checkbox"/> EHPAD <input type="checkbox"/> HAD <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> .....
Antécédents médicaux notables    Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, le(s)quel(les) : .....
Existence d'une fiche LATA ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Existence d'une fiche « patient remarquable » en régulation ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Troubles cognitifs : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui : le(s)quel(s)      Sévères <input type="checkbox"/> Peu sévères <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> .....
Communication : Possible <input type="checkbox"/> Altérée <input type="checkbox"/> Impossible <input type="checkbox"/>
Etat général : Altéré <input type="checkbox"/> Cachexie /dénutrition <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> .....
Autonomie : Complète <input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Grabataire <input type="checkbox"/>
Pathologie actuelle : .....
Patient est-il au courant de la pathologie ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si trouble cognitif, l'entourage est-il au courant de la pathologie ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Si pathologie chronique grave, le patient est- il au courant du pronostic ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Gravité clinique/défaillance principale : Neuro <input type="checkbox"/> Respiratoire <input type="checkbox"/> Hémodynamique <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> .....
Eléments cliniques : .....
Nature : Episode aigu intercurrent <input type="checkbox"/> Dégradation de la maladie initiale <input type="checkbox"/>
<b>Recueil d'informations auprès du patient et des proches</b>
Le patient est-il en capacité de formuler son avis ?      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, quel est-il ? .....
Existe-t-il des directives anticipées disponibles ?      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, quelles sont-elles ? .....
Personne de confiance si désignée présente ou joignable ?      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui : Nom ..... Prénom : ..... Lien : ..... N° tel : ..... Qu'aurait souhaité le patient dans cette situation ? .....
Proches présents ou joignables ?      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui : Nom ..... Prénom : ..... Lien : ..... N° tel : .....
Patient sous tutelle / curatelle ?      Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui : Nom ..... Prénom : ..... Lien : ..... N° tel : .....
Avis recueilli(s) : .....

## Décision collégiale de LAT

Médecin responsable du patient (Nom et Fonction) :

Médecin(s) consultant(s) (Nom et +Fonction) :

Infirmier SMUR :

Ambulancier SMUR :

Soignants sur place/ Sapeur-pompier/Ambulance :

## Décision d'orientation

### Transfert dans un centre hospitalier

- Transfert en SAU ou Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
- Transfert en réanimation ou USC sans restriction
- Transfert en réanimation ou USC avec restriction
- Transfert en service hospitalier conventionnel avec soins à visée curative (hors réanimation)
- Transfert en service hospitalier conventionnel avec soins de confort

### Maintien dans le lieu de vie (EHPAD / Foyer logement / Domicile), s'assurer de

- Adhésion de l'entourage, des proches, du personnel du lieu de vie
- Possibilités matérielles sur place
- Relai soignants Appui sur soignants relais si déjà en place (médecin généraliste IDE libéral(e) personnel de l'institution)
- Organisation passage de soignants relais (HAD, équipes mobiles, pharmacien...)

## Importance des critères de décision

Evaluer de 0 à 3. 3 est le critère le plus important, 0 est un critère non pertinent.	0	1	2	3
Age				
Comorbidité				
Etat général				
Faible qualité de vie				
Faible chance de survie				
Patient en soins palliatif				
Etat de choc				
Demande du patient				
Demande des proches				
Entretien avec MT				
Entretien avec médecin référent				
Entretien avec autre médecin (réanimateur, smuriste...)				
Autres :				

## Annexe 11 : Affiche d'information aux patients



# INFORMATION AUX PATIENTS



Lors de votre passage aux urgences, vos données administratives et médicales sont collectées dans votre dossier.

Vos données sont réservées aux professionnels de l'établissement afin de faciliter la gestion administrative et la continuité de vos soins.

L'établissement peut également être amené à transmettre vos données à des professionnels de santé ou des tiers extérieurs afin d'analyser l'activité, faire des contrôles de qualité ou des études dans le domaine de la santé ou de la recherche.

**Sur la période d'octobre 2023 à juin 2024, le service des urgences réalise une évaluation des pratiques professionnelles concernant les soins prolongés aux urgences et à l'UHCD (Unité d'Hospitalisation Courte Durée).**

Cependant :

- ☒ Il s'agit d'une étude sur données collectées dans le dossier médical
- ☒ Toutes les données sont anonymes
- ☒ Cela ne modifie pas la prise en charge de nos patients

Vous disposez de droit sur les données personnelles vous concernant, notamment droit d'accès, de rectification et d'opposition. Vous pouvez les exercer en vous adressant :

- ☒ Par courrier : [CHU Angers Direction du service aux patients, aux usagers et relations juridiques, 4 rue Larrey – 49933 Angers cedex 9](mailto:CHU Angers Direction du service aux patients, aux usagers et relations juridiques, 4 rue Larrey – 49933 Angers cedex 9)
- ☒ Par mail : [Usagers@chu-angers.fr](mailto:Usagers@chu-angers.fr)

Pour toutes questions générales sur la protection de vos données personnelles :  
[dpo@chu-angers.fr](mailto:dpo@chu-angers.fr)

## Annexe 12 : Affiche d'information aux urgences

### **PROJET DE THÈSE :** **L'ACCOMPAGNEMENT DE FIN DE VIE, DE LA RÉGULATION À** **L'UHCD**

Bonjour à tous,

Nous sommes 2 internes DESMU et nous réalisons notre thèse sur le sujet de la fin de vie, et plus particulièrement sur sa prise en charge, aux urgences et à l'UHCD.

Il s'agit d'une étude de pratique professionnelle prospective qui ne modifie pas votre prise en charge.

Pour cela, nous avons besoin de votre aide pour :

- Repérer les patients pour lesquels une limitation ou un arrêt des thérapeutiques (LAT) est posée
- REMPLIR la fiche LAT sur Urqual
- À défaut, détailler votre décision dans le dossier médical
- Coller l'étiquette patient dans le registre

### **OÙ TROUVER LA FICHE LAT ?**

Clique droit sur le timbre de votre patient > faire défiler le menu > **PROCÉDURE**  
**LIMITATION DES SOINS Situation aiguë** > la page « « Création d'un Document » s'ouvre  
> cliquez sur « **Créer** » (en bas à gauche) > remplissez les 2 pages avec les  
informations > « **OK** » (en bas à droite)

Le recueil de données se fait à partir d'octobre 2023 jusqu'en juin 2024.

Nous vous remercions par avance pour votre participation !

KABEYA Tchebo et JOLICOEUR Agnès  
Internes DESMU

Si vous avez des questions concernant notre projet :

- [tc.kabeya@gmail.com](mailto:tc.kabeya@gmail.com)
- [jolicoeur.agnes@gmail.com](mailto:jolicoeur.agnes@gmail.com)

## **Annexe 13 : Affiche d'information en régulation (SAMU)**

### **PROJET DE THÈSE : L'ACCOMPAGNEMENT DE FIN DE VIE, DE LA RÉGULATION À L'UHCD**

Bonjour à tous,

Nous sommes 2 internes DESMU et nous réalisons notre thèse sur le sujet de la fin de vie, et plus particulièrement sur sa prise en charge, aux urgences et à l'UHCD.

Il s'agit d'une étude de pratique professionnelle prospective qui ne modifie pas votre prise en charge. Le recueil de données se fait à partir d'octobre 2023 jusqu'en juin 2024.

Pour cela, nous avons besoin de votre aide pour :

- Remplir la fiche LAT pour les patients dont une limitation ou un arrêt des thérapeutiques (LAT) est envisagée/posée.
- Déposer la fiche dans le classeur situé dans la salle de cartographie.

#### **OÙ TROUVER LA FICHE LAT ?**

Dans la bannette du MRU 1 en salle de régulation.

Nous vous remercions par avance pour votre participation !

KABEYA Tchebo et JOLICOEUR Agnès  
Internes DESMU

Si vous avez des questions concernant notre projet :

- [tc.kabeya@gmail.com](mailto:tc.kabeya@gmail.com)
- [jolicoeur.agnes@gmail.com](mailto:jolicoeur.agnes@gmail.com)

## Annexe 14 : Avis du Comité d'Éthique 2023-148



**Comité d'Ethique  
CHU d'Angers**

[comite.ethique@chu-angers.fr](mailto:comite.ethique@chu-angers.fr)

**COMITE D'ETHIQUE**

Angers, Le 18 octobre 2023

~~Présidente~~  
~~Annick DARSONVAL~~

~~Vice-présidente~~  
~~Astrid DARMON~~

~~Membre du comité d'éthique~~  
~~relevé~~  
~~Astrid DARMON~~  
~~Dr Sophie LAROCHE~~  
~~Claudie ARMAND~~  
~~Christelle LATOUR~~  
~~François PELLETIER~~  
~~Christine SAMURG~~

~~Membre du comité d'éthique~~  
~~Annick DARSONVAL~~  
~~Vice-présidente~~  
~~Astrid DARMON~~  
~~Présidente~~  
~~Frédéric ARMAND~~  
~~Hélène DARMON~~  
~~Jean-Louis DARMON~~  
~~Carole DELAUNAY~~  
~~Thierry DELAUNAY~~  
~~Isabelle DARMON~~  
~~Juliette DARMON~~  
~~André DARMON~~  
~~Laure DARMON~~  
~~Léa DARMON~~  
~~Agathe DARMON~~  
~~Janet DARMON~~  
~~François DARMON~~  
~~Sophie DARMON~~  
~~Christelle LATOUR~~  
~~Christine SAMURG~~

Agnès JOLICOEUR  
Tchebo KABEYA  
Dr Aurore ARMAND  
Dr Perrine LEDUC

Chers Collègues,

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné en séance le 11/10/2023 votre étude « *Mise en place et utilisation des fiches LAT, de la régulation à l'UHCD dans différents services d'urgences du Maine et Loire et de la Sarthe - Etude LATASAMURG* », enregistrée sous le numéro 2023-148.

Après examen des documents transmis, audition des rapports et discussion, votre projet ne soulève pas d'interrogation éthique.

Il est à noter que cet avis ne dispense toutefois pas le ou les porteurs du projet de s'acquitter des obligations réglementaires dans le cadre de cette recherche.

Je vous prie de croire, Chers Collègues, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Pour le comité d'éthique  
Dr Astrid DARSONVAL  
Vice-présidente du Comité d'éthique

## Annexe 15 : Avis du Comité d'Éthique 2023-149



### Comité d'Ethique CHU d'Angers

[comite.ethique@chu-angers.fr](mailto:comite.ethique@chu-angers.fr)

### COMITE D'ETHIQUE

Angers, Le 18 octobre 2023

~~Présidente~~  
~~Annick ARMAND~~

~~Vice-présidente~~  
~~Astrid DARSONVAL~~

~~Membre du comité d'éthique~~  
~~relevé~~  
~~Astrid DARSONVAL~~  
~~Dr Sophie LARREY~~  
~~Cédric DELAUNAY~~  
~~Christelle LEBEL~~  
~~François BOUAFIA~~  
~~Caroline GAGNARD~~

~~Membre du comité d'éthique~~  
~~Annick ARMAND~~  
~~Véronique LARREY~~  
~~Dr Sophie LARREY~~  
~~Cédric DELAUNAY~~  
~~Christelle LEBEL~~  
~~François BOUAFIA~~  
~~Caroline GAGNARD~~  
~~Tony DEBON~~  
~~Isabelle BOURGEOIS~~  
~~Jean-Louis BOURGEOIS~~  
~~André DESGRANGES~~  
~~Laure DELAUNAY~~  
~~Léa LEBEL~~  
~~Agathe LEBEL~~  
~~Janet LEBEL~~  
~~François PELLERIN~~  
~~Sophie LEBEL~~  
~~Christelle LEBEL~~  
~~Caroline GAGNARD~~

Agnès JOLICOEUR  
Tchebo KABEYA  
Dr Aurore ARMAND  
Dr Perrine LEDUC

Chers Collègues,

Le Comité d'Ethique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers a examiné en séance le 11/10/2023 votre étude « *Évaluation des connaissances des urgentistes du Maine et Loire et de la Sarthe (Angers, Le Mans, Cholet et Saumur) sur la limitation et les arrêts des thérapeutiques actives* », enregistrée sous le numéro 2023-149.

Après examen des documents transmis, audition des rapports et discussion, votre projet ne soulève pas d'interrogation éthique.

Il est à noter que cet avis ne dispense toutefois pas le ou les porteurs du projet de s'acquitter des obligations réglementaires dans le cadre de cette recherche.

Je vous prie de croire, Chers Collègues, en l'expression de mes sentiments les meilleurs.

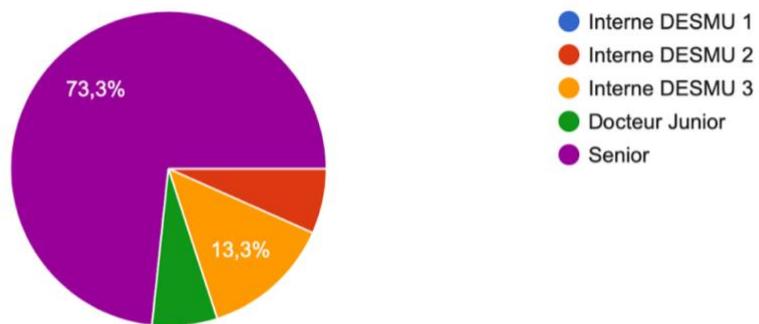
Pour le comité d'éthique  
Dr Astrid DARSONVAL  
Vice-présidente du Comité d'éthique

## Annexe 16 : Enregistrement à la CNIL

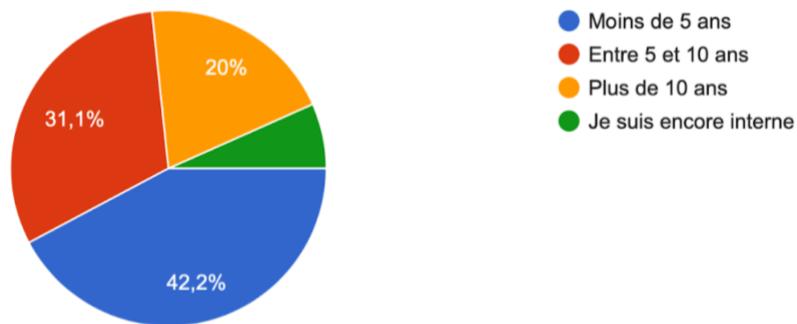
Fiche Registre RGPD Recherche

Type de recherche	Cadre CNIL
Etude sur données	MR-004
Demande autorisation CNIL	Enregistrement
N° de dossier :	Date :
N° d'autorisation :	Date :
	N° d'enregistrement : ar23-0121v0  Signature numérique de CHRETIEN Jean-Marie DN : cn=CHRETIEN Jean-Marie, o=CHU ANGERS, ou=DRCI - Dépt Science de la Donnée, email=jmchretien@chu-angers.fr, c=FR Date : 2023.11.23 17:09:43 +01'00'

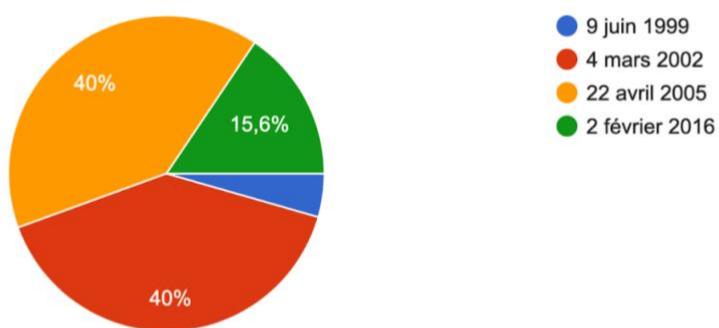
## Annexe 17 : Répartition du statut des urgentistes dans le questionnaire



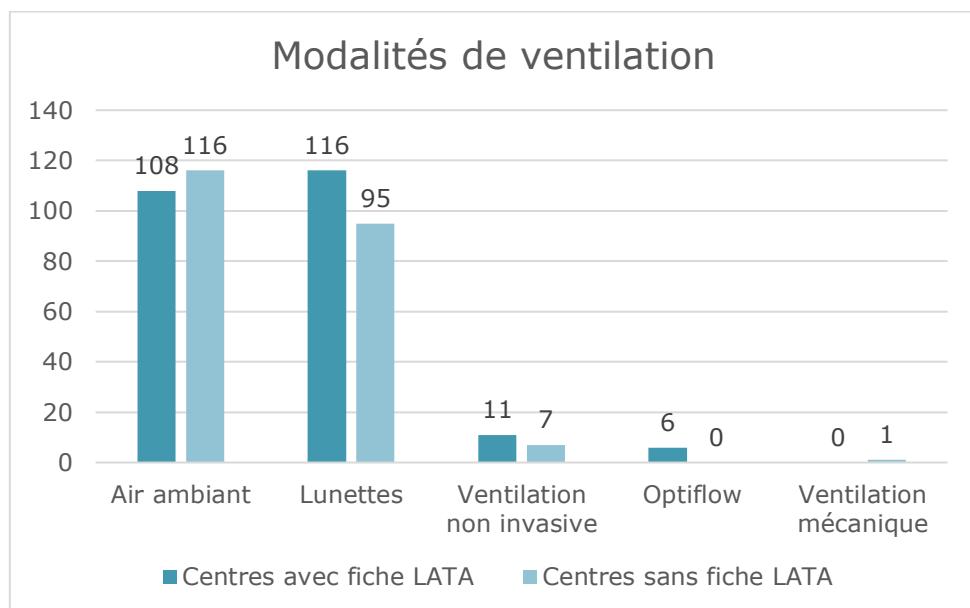
## Annexe 18 : Répartition des années d'expérience des urgentistes dans le questionnaire



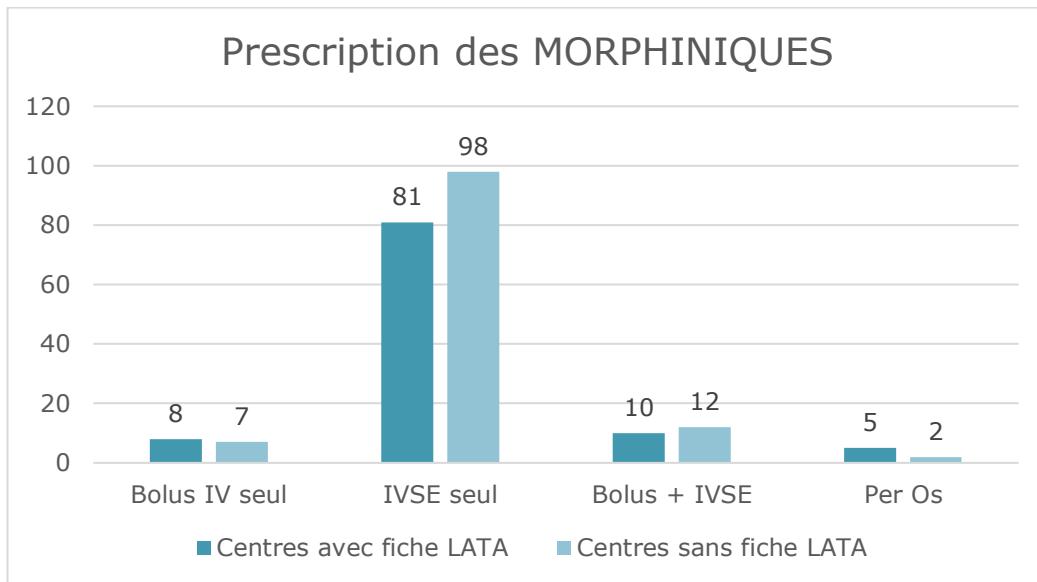
**Annexe 19 : Répartition des réponses à la question de connaissance du questionnaire : en quelle année a été mise en place la loi sur l'interdiction de l'obstination déraisonnable ?**



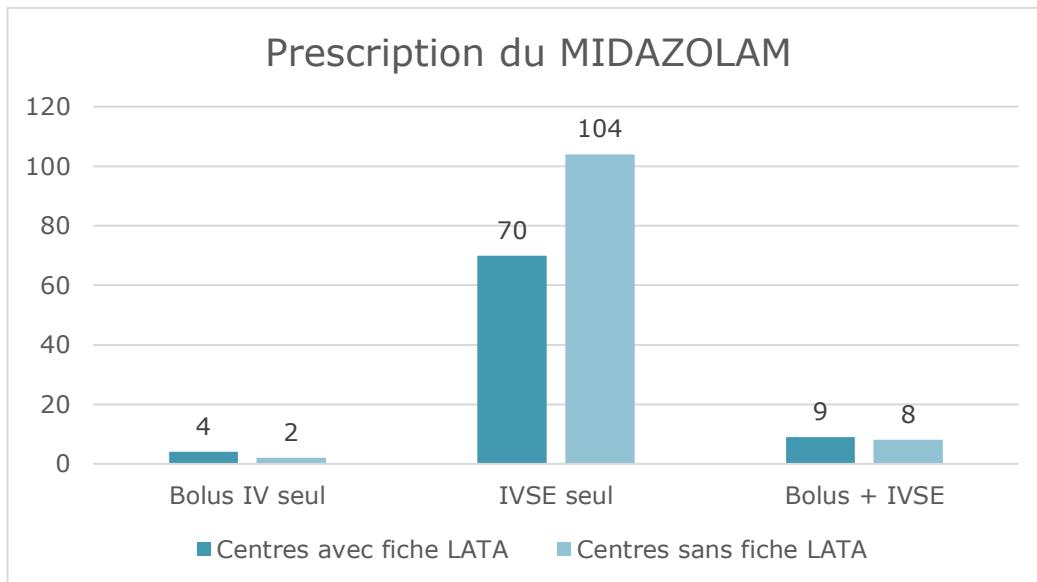
**Annexe 20 : Modalités de ventilation des patients en limitation thérapeutique aux urgences**



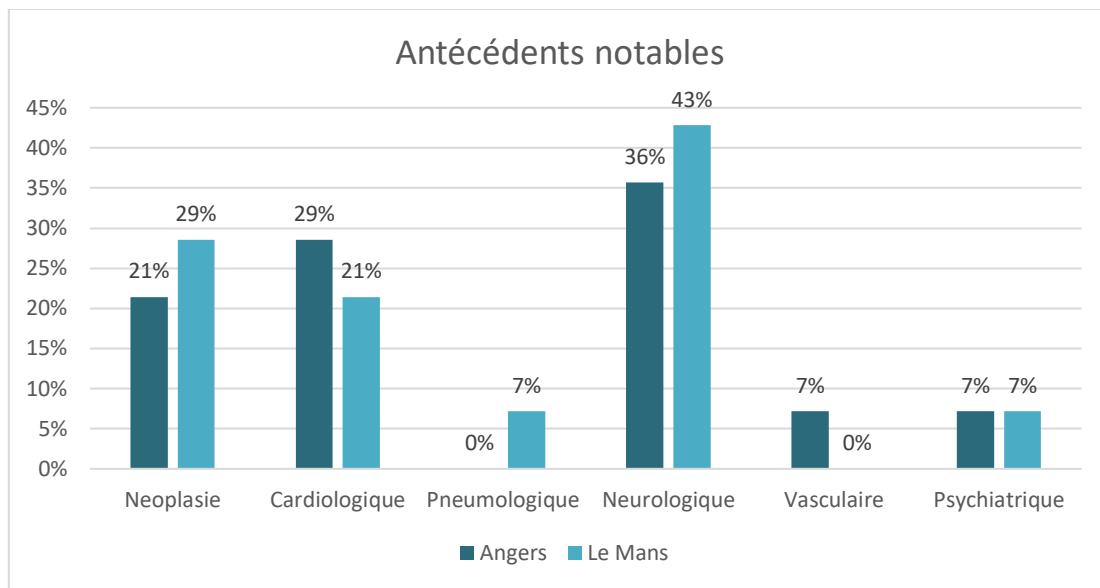
## **Annexe 21 : Modalités de prescription des MORPHINIQUES aux urgences**



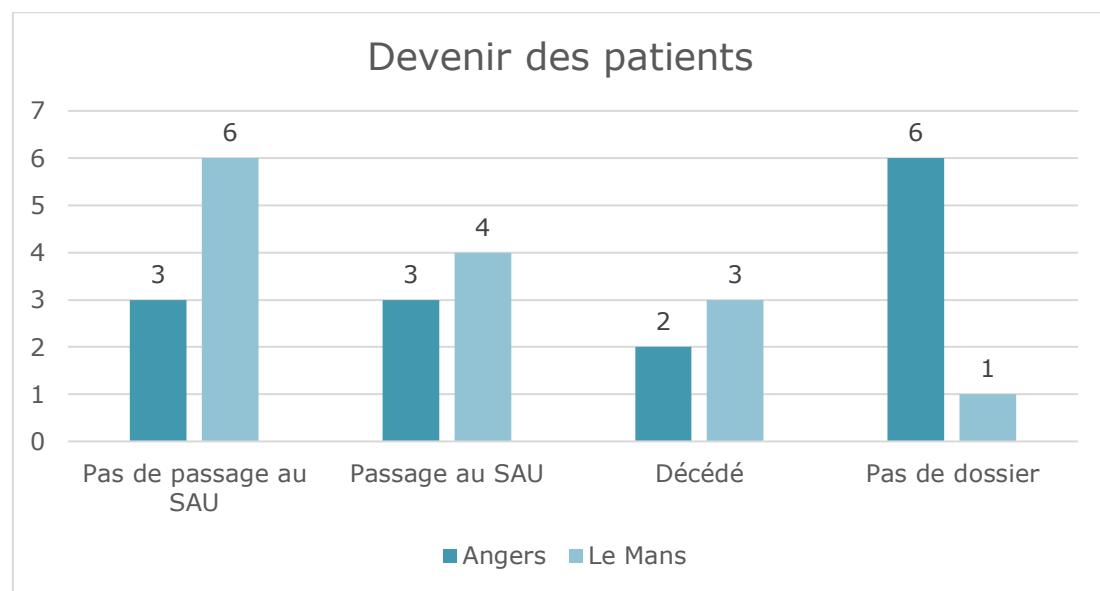
## **Annexe 22 : Modalités de prescription du MIDAZOLAM aux urgences**



**Annexe 23 : Comparaison des antécédents des patients en limitation thérapeutique en régulation au CHU d'Angers et au CH du Mans**



**Annexe 24 : Comparaison du devenir des patients en régulation au CHU d'Angers et au CH du Mans**



**Annexe 25 : Tableau des caractéristiques des patients ayant bénéficié d'une LATA sans le remplissage d'une fiche au CHU d'Angers**

		Caractéristiques des patients	Nombre	Pourcentage
<b>Généralités</b>	Homme	35	53.84%	
	Femme	30	46.15%	
	Age moyen en années	84.6		
	Moy. temps passé au SAU en heures	24.7		
	Dossier médical disponible	61	93.84%	
<b>Mode de vie</b>	Domicile	30	46.15%	
	EHPAD	29	44.61%	
	Autre	6	9.23%	
<b>Antécédents</b>	Cardiologique	35	53.84%	
	Pneumologique	4	6.15%	
	Néoplasique	14	21.53%	
	Neurologique	29	44.61%	
	Vasculaire	5	7.69%	
<b>Troubles cognitifs</b>	Absent	28	43.07%	
	Présent	37	56.92%	
<b>État général</b>	Normal	6	9.23%	
	Altéré	59	90.77%	
<b>Autonomie</b>	Complète	9	13.84%	
	Partielle	56	86.15%	
<b>Discussion initiale</b>	Collégialité (2 médecins)	48	73.84%	
	Refus du patient	10	15.38%	
	Directives anticipées	0	0%	
	Personne de confiance	8	12.30%	
	Paramédicaux concertés	3	4.61%	
	Internes concertés	31	47.69%	

<b>Communication de LATA</b>	Médecin référent	6	9.23%
	Paramédicaux	9	13.84%
	Personne de confiance	6	9.23%
	Famille	55	84.61%
	Patient informé	7	10.77%
<b>Thérapeutiques</b>	PARACÉTAMOL	30	46.15%
	MORPHINE	56	86.15%
	MIDAZOLAM	52	80%
<b>Décès</b>	Décès globaux	64	98.46%
	Décès aux urgences	64	98.46%
	Décès aux urgences >24h	18	27.69%



## JOLICOEUR Agnès – KABEYA Tchebo

### Évaluation et utilisation des fiches LATA, de la régulation aux urgences. Analyse du ressenti des urgentistes de la région sur la fin de vie – LATA-SAMURG

## RÉSUMÉ

#### **Introduction :**

Les situations de fin de vie sont fréquemment rencontrées en médecine d'urgence, tant à l'hôpital qu'en pré-hospitalier. Les recommandations ont, au cours des années, établi des procédures claires sur la conduite à tenir, y compris pour favoriser la traçabilité et la collégialité des décisions prises. Cette étude vise à évaluer les pratiques des urgentistes en comparaison aux recommandations établies.

#### **Méthodes :**

Cette étude multicentrique, observationnelle et prospective, a été réalisée dans quatre centres, divisés en deux groupes : les centres avec une fiche LATA (CHU d'Angers et CH du Mans) et les centres sans fiche LATA (CH de Cholet et CH de Saumur). Les centres avec fiche LATA avaient aussi un outil de limitation thérapeutique spécifique à l'activité de régulation. Les urgentistes ont également été interrogés sur leur ressenti concernant la prise en charge de la fin de vie. Les critères de jugement principaux évaluaient le taux d'adéquation aux recommandations, basé sur la recherche de l'avis du patient, la discussion collégiale et la mise en place de sédation.

#### **Résultats :**

342 patients ont été inclus, et le groupe avec fiche LATA montrait une meilleure adhésion aux recommandations, notamment en termes de recherche d'avis du patient, de collégialité et d'instauration de sédation ( $p=0,015$ ). Dans les centres de régulation, la collégialité était faible (28,5 % au CHU d'Angers, 21,4 % au CH du Mans), et les critères décisionnels les plus discriminants incluaient l'âge, l'autonomie, les comorbidités et la gravité clinique. L'enquête auprès des urgentistes a révélé un besoin de formations supplémentaires sur la fin de vie.

#### **Conclusion :**

Les fiches LATA améliorent la traçabilité des limitations thérapeutiques et favorisent la collégialité en régulation et aux urgences. Les urgentistes expriment un besoin de formation complémentaire, ces situations devenant de plus en plus fréquentes. Les fiches LATA ne sont cependant pas un passeport vers la mort mais un outil accompagnant les soins de fin de vie. Il s'agit d'un enjeu sociétal, les discussions sur la potentielle évolution de la loi vers l'aide médicale à mourir soulignent l'attention que la médecine doit continuer à lui accorder.

**Mots-clés :** fiche LATA, limitation thérapeutique, fin de vie, collégialité, sédation, urgences, régulation

# ABSTRACT

JOLICOEUR Agnès – KABEYA Tchebo

## Evaluation and use of forms for limiting and discontinuing active therapeutic interventions, from emergency medical dispatch to the ER. Analysis of the perception of emergency physicians in the region regarding end-of-life care – LATA-SAMURG

### **Introduction :**

End-of-life situations are a frequent occurrence in emergency medicine, both in hospital and pre-hospital settings. Over the years, the guidelines have established clear procedures on how to manage these situations including promoting traceability and collegiality. This study aims to evaluate the practices of emergency physicians in comparison to established guidelines.

### **Methods :**

This multicenter, observational, and prospective study was conducted in four centers, divided into two groups: centers with a Limitation and Discontinuing of Active Therapeutic Interventions (LATA) form (Angers University Hospital and Le Mans General Hospital) and centers without a LATA form (Cholet General hospital and Saumur General Hospital). A specific therapeutic limitation tool was introduced in the emergency medical dispatch in centers with LATA. Emergency physicians were also surveyed on their perceptions of end-of-life care. The primary outcome measured adherence to guidelines, such as accounting for the patient's will, collegial discussion, and the implementation of sedation.

### **Results :**

342 patients were included, LATA forms groups showed better respect for guidelines, particularly in terms of patient's will, collegiality, and initiation of sedation ( $p=0.015$ ). In the medical dispatch centers, collegiality was low (28.5% in Angers, 21.4% in Le Mans), and the most influential decision-making criteria included age, autonomy, comorbidities, and clinical severity. The survey of emergency physicians revealed a need for additional training on end-of-life care.

### **Conclusion :**

LATA forms improve the traceability of therapeutic limitations and promote collegiality in both medical dispatch and emergency departments. Emergency physicians expressed a need for further training, as these situations are becoming increasingly common. LATA forms, however, are not a way to abandon patients but a tool to support end-of-life care. This is a societal challenge ; the ongoing discussions regarding the potential evolution of the law towards medical assistance emphasize the critical attention that the medical community must continue to dedicate to this issue.

**Keywords :** LATA forms, therapeutic limitation, end-of-life, collegiality, sedation, emergency department, medical dispatch