



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2

**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Décision de limitation et arrêt des thérapeutiques actives :  
intérêt d'une procédure au sein de l'hôpital Saint Vincent de  
Paul.**

Présentée et soutenue publiquement le 29 Juin 2017 à 16h  
au Pôle Formation

**Par GREMEZ Marie**

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur WIEL Eric**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur LEROUGE Patrick**

**Monsieur le Docteur RENARD Jean-Marie**

**Monsieur le Docteur ALARCON Philippe**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur THELLIER Nicolas**

## AVERTISSEMENT

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

*« Fais de ta vie un rêve, et d'un rêve, une réalité. »*

Antoine de Saint-Exupéry

### **Liste des abréviations :**

APACHE II	Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II
AVC	Accident vasculaire cérébral
CHRU	Centre hospitalier régional universitaire
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DIM	Département d'information médicale
DMS	Durée moyenne de séjour
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DPI	Dossier Patient Informatisé
GHICL	Groupe hospitalier de l'institut catholique de Lille
IGS II	Indice de gravité simplifié II
LAT	Limitation et arrêt des thérapeutiques
LATA	Limitation et arrêt des thérapeutiques actives
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SFAR	Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
SFMU	Société francophone de Médecine d'urgences
SRLF	Société de réanimation en langue Française
UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
USC	Unité de surveillance continue
Vs	Versus

## Table des matières

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>5</b>
1.1	<b>HISTORIQUE DE LA LIMITATION ET DE L'ARRET DES SOINS EN MEDECINE D'URGENCE</b> .....	<b>6</b>
1.2	<b>ASPECT JURIDIQUE</b> .....	<b>8</b>
1.2.1	<i>Loi du 04 mars 2002 dite loi Kouchner, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (9)</i> .....	<b>8</b>
1.2.2	<i>Loi Léonetti du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie (10)</i> .....	<b>8</b>
1.2.3	<i>Loi « Léonetti Claeys » n°2016-87 de février 2016 (12)</i> .....	<b>9</b>
1.3	<b>DEFINITIONS ET NOTIONS CONNUES CONCERNANT LA LIMITATION ET L'ARRET DES SOINS</b> .....	<b>10</b>
1.3.1	<i>Définitions : traitement de suppléance, limitation des traitements, arrêt des traitements, euthanasie, suicide assisté</i> .....	<b>10</b>
1.3.2	<i>Facteurs justificatifs de la limitation et de l'arrêt des soins</i> .....	<b>11</b>
1.3.3	<i>Soins palliatifs et principe du double effet</i> .....	<b>15</b>
1.3.4	<i>Similarité morale entre limitation et arrêt des soins</i> .....	<b>16</b>
1.4	<b>INTERETS RECONNUS DANS LA PRATIQUE MEDICALE</b> .....	<b>17</b>
1.4.1	<i>Pour le patient</i> .....	<b>17</b>
1.4.2	<i>Pour les proches</i> .....	<b>17</b>
1.4.3	<i>Pour l'équipe médicale et paramédicale</i> .....	<b>18</b>
1.5	<b>ASPECT ETHIQUE</b> .....	<b>19</b>
1.6	<b>SPECIFICITES DE LA MEDECINE D'URGENCE</b> .....	<b>20</b>
1.7	<b>ETAT DES LIEUX DANS D'AUTRES SPECIALITES</b> .....	<b>21</b>
1.7.1	<i>Gériatrie</i> .....	<b>21</b>
1.7.2	<i>Réanimation</i> .....	<b>22</b>
1.8	<b>MISE EN PLACE D'UN PROTOCOLE AU SEIN DE L'HOPITAL</b> .....	<b>24</b>
1.9	<b>JUSTIFICATION DE L'ETUDE</b> .....	<b>25</b>
<b>II.</b>	<b>TRAVAIL PERSONNEL</b> .....	<b>26</b>
2.1	<b>OBJECTIF DE L'ETUDE</b> .....	<b>27</b>
2.2	<b>CENTRE DE L'ETUDE</b> .....	<b>27</b>
2.3	<b>MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>27</b>
2.3.1	<i>Critères d'inclusions et d'exclusion des patients</i> .....	<b>28</b>
2.3.2	<i>Méthode</i> .....	<b>28</b>

2.3.3	<i>L'analyse statistique</i>	31
2.3.4	<i>Accord éthique de la CNIL</i>	31
<b>III.</b>	<b>RESULTATS</b>	<b>32</b>
<b>3.1</b>	<b>POPULATION GENERALE</b>	<b>33</b>
3.1.1	<i>Population générale</i>	33
3.1.2	<i>Age et sexe</i>	33
3.1.3	<i>Lieu de vie des patients</i>	34
3.1.4	<i>Autonomie avant l'hospitalisation</i>	35
3.1.5	<i>Durée d'hospitalisation avant le décès</i>	35
3.1.6	<i>Proportion de patient en Limitation Arrêt des Thérapeutiques</i>	36
3.1.7	<i>Critères de décision de limitation thérapeutique</i>	37
3.1.8	<i>Nombre de participants à la décision de limitation thérapeutique</i>	39
3.1.9	<i>Fréquence de participation de certaines spécialités à la décision de limitation</i>	40
3.1.10	<i>Données encadrants la limitation arrêt thérapeutique</i>	41
<b>3.2</b>	<b>DONNEES COMPARATIVES :</b>	<b>42</b>
3.2.1	<i>Age et sexe</i>	43
3.2.2	<i>Antécédents des patients</i>	44
3.2.3	<i>Autonomie avant l'hospitalisation</i>	45
3.2.4	<i>Diagnostic d'hospitalisation</i>	46
3.2.5	<i>Durée moyenne d'hospitalisation</i>	47
3.2.6	<i>Niveau de limitation</i>	49
3.2.7	<i>Critères de décision de limitation thérapeutique</i>	52
3.2.8	<i>Données encadrants la décision de LAT</i>	55
3.2.9	<i>Contact avec l'EMSP (équipe mobile de soins palliatifs)</i>	58
3.2.10	<i>Comparaison des délais de limitation thérapeutique</i>	58
3.2.11	<i>Patients décédés dans les 3 jours après instauration d'une limitation thérapeutique :</i>	59

<b>IV. DISCUSSION .....</b>	<b>60</b>
<b>4.1 CARACTERISTIQUES GENERALES DE LA POPULATION ETUDIEE.....</b>	<b>61</b>
4.1.1 <i>Pourcentage de décès aux urgences .....</i>	61
4.1.2 <i>Age et sexe .....</i>	62
4.1.3 <i>Provenance des patients .....</i>	62
4.1.4 <i>Autonomie des patients .....</i>	63
4.1.6 <i>Fréquence des antécédents .....</i>	63
4.1.7 <i>Diagnostic d'hospitalisation .....</i>	65
4.1.8 <i>Proportion de limitation arrêt thérapeutique.....</i>	65
4.1.9 <i>Nombre de participants pour la décision de LAT :.....</i>	65
4.1.10 <i>Données encadrants la décision de LAT :.....</i>	66
4.1.11 <i>Critères de décision de LAT dans la population générale : .....</i>	67
4.1.12 <i>Données concernant le pôle urgence :.....</i>	68
<b>4.2 LES LIMITES DE L'ETUDE :.....</b>	<b>70</b>
4.2.1 <i>Biais de sélection :.....</i>	70
4.2.2 <i>Biais de confusion :.....</i>	70
4.2.3 <i>Biais de mesure :.....</i>	71
4.2.4 <i>Biais de publication :.....</i>	71
<b>4.3 PROJETS D'AMELIORATION :.....</b>	<b>71</b>
4.3.1 <i>Procédure d'aide à la limitation et arrêt des thérapeutiques :.....</i>	71
4.3.2 <i>Formation des équipes :.....</i>	72
<b>V. CONCLUSION .....</b>	<b>74</b>
<b>VI. BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>78</b>
<b>VII. ANNEXE .....</b>	<b>85</b>

## I. INTRODUCTION



En France, 58% des décès surviennent dans un établissement de santé. Dans le Nord on constate 55 % de décès intra hospitaliers (1).

Les décès aux urgences sont de plus en plus fréquents, ils représentent entre 7 et 17 % des décès hospitaliers (1) (2). Ainsi, Il appartient à l'ensemble du personnel soignant de l'hôpital et notamment des urgences de se préparer à la prise en charge des patients identifiés en situation de fin de vie afin de prodiguer des soins de qualité (3).

En médecine d'urgence, il semble donc nécessaire d'améliorer nos pratiques dans ce domaine en formant le personnel soignant aux décisions de limitation et arrêt des thérapeutiques actives (LATA). Ceci s'inscrit dans une démarche éthique et dans la prise en charge palliative ; reposant sur la réalisation de procédures d'aide à la décision de LATA (4).

L'objectif de ce travail est de montrer l'intérêt d'une procédure d'aide à la limitation des thérapeutiques actives au sein de l'hôpital Saint Vincent de Paul à Lille.

## **1.1 Historique de la limitation et de l'arrêt des soins en médecine d'urgence**

Le bien-être et le confort du patient demeure en toute situation la préoccupation première de tout médecin y compris en médecine d'urgence.

En 1988, Luce rappelle que le Corpus Hippocratique décrivait déjà les trois rôles de la médecine : calmer la douleur, atténuer la maladie, et s'abstenir de traiter les malades qui n'ont aucun espoir de guérison (5).

Depuis l'antiquité la relation médecin-malade reposait sur une forme de paternalisme représentant le médecin comme un homme de savoir, de devoir mais aussi de pouvoir. Inconsciemment ; admiratif, respectueux et obéissant, le patient se soumettait à la décision du médecin (6).

La première rédaction du code de déontologie médicale, après la seconde guerre mondiale, s'écartait peu de cette vision paternaliste (7). Le développement des progrès techniques et scientifiques ont permis d'améliorer l'espérance de vie des patients mais en risquant parfois d'en occulter leur fragilité et de déséquilibrer le rapport bénéfice-risque des actions entreprises.

Il fallut attendre les années 1990 pour voir apparaître les textes législatifs faisant état d'un droit à l'information pour tout patient. Les lois de bioéthique de 1994 ou la charte du patient hospitalisé de 1995 ont constitué une avancée importante, en revanche la révision du code de déontologie médicale, la même année, officialisait le mieux la relation médecin-malade. Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade des conséquences (8).

C'est dans cette logique et cet esprit que le législateur a promulgué la loi du 04 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner (9).

## 1.2 Aspect juridique

### 1.2.1 Loi du 04 mars 2002 dite loi Kouchner, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (9)

Cette loi a mis en avant des valeurs fondamentales concernant d'une part, pour le patient, son autonomie et ses libertés par l'introduction entre autre de la **notion de consentement libre et éclairé**, et d'autre part, pour les soignants, les notions de solidarité et de respect de la dignité du malade en toutes circonstances. Elle introduit pour la première fois une distinction entre le patient en état d'exprimer sa volonté et celui ne l'étant pas ainsi que la possibilité pour tout patient de désigner une **personne de confiance**. Cette personne, qui sera consultée au cas où elle-même serait hors état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin, peut être un parent, un proche ou le médecin traitant.

### 1.2.2 Loi Léonetti du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie (10)

Cette loi a été promulguée suite à l'histoire de Vincent Humbert. Les droits des malades en fin de vie ont été améliorés. En s'appuyant sur le dispositif des soins palliatifs déjà en place, ce texte encourage l'usage de tous les moyens nécessaires pour soulager la douleur et autres symptômes d'inconfort en situation de fin de vie (8). Si elle interdit l'acharnement thérapeutique et milite contre toute forme d'obstination déraisonnable, elle met en place des dispositions permettant à toute personne d'exprimer à l'avance ses souhaits par la rédaction des directives anticipées. Même si elle rejoint sur

certaines points l'avis n° 67 du Comité Consultatif National Ethique du 27/01/2000, relatif à l'avant-projet de révision des lois de bioéthique, elle interdit toute action provoquant intentionnellement la mort et établit une démarche d'accompagnement en fin de vie par une procédure collégiale et une implication des proches du patient. Il peut survenir des situations complexes ne rentrant pas dans le cadre strict de la loi Léonetti (11). L'équipe médicale met alors en route les soins d'accompagnement pour assurer le confort du patient.

### 1.2.3 Loi « Léonetti Claeys » n°2016-87 de février 2016 (12)

Dans des situations particulièrement graves, les tribunaux correctionnels ont été saisis mettant le juge face à des dilemmes pour trancher des « cas limites ». Compte tenu de ces situations, la loi Léonetti est révisée pour créer de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Le texte instaure un droit à une sédation « profonde et continue » jusqu'au décès dans certaines conditions et rend contraignantes les directives anticipées. Elle prévoit un renforcement des soins palliatifs. L'hydratation et la nutrition artificielle, désormais « traitements » et non plus « soins » peuvent être arrêtées après une décision d'arrêt des thérapeutiques actives (13).

Le 02 Juin 2017, le Conseil Constitutionnel s'est prononcé : il valide la procédure d'arrêt des thérapeutiques par le médecin pour un patient incapable d'exprimer sa volonté et n'ayant pas laissé de directives anticipées (14).

### **1.3 Définitions et notions connues concernant la limitation et l'arrêt des soins**

#### **1.3.1 Définitions : traitement de suppléance, limitation des traitements, arrêt des traitements, euthanasie, suicide assisté**

**Un traitement de suppléance** des fonctions vitales concerne toute thérapeutique qui permet de prolonger la vie, sans permettre une guérison de la pathologie sous-jacente. On peut y inclure, selon les cas et de façon non exhaustive, la ventilation mécanique, la dialyse rénale, la transfusion sanguine, l'administration intraveineuse d'agents inotropes, la chimiothérapie anti néoplasique, les antibiotiques, ainsi que la nutrition parentérale et l'hydratation (15).

**La limitation des traitements** consiste en la non-optimisation d'un traitement ou de la suppléance d'une défaillance d'organe ou bien de la prévision de non-optimisation en cas de nouvelle défaillance. Elle correspond au « withholding » des Anglo-saxons (4).

**L'arrêt des traitements** est défini par l'arrêt d'une thérapeutique ou d'une suppléance d'organe pouvant avancer l'instant de la mort. Il est essentiel de bien motiver son argumentation dans le dossier du patient pour distinguer le « laisser mourir » du « faire mourir ». Il correspond au « withdrawing » des Anglo- Saxons (4).

Il existe deux notions supplémentaires : l'euthanasie et le suicide assisté, qui ne concernent pas le sujet traité, mais dont la mention s'avère nécessaire du fait de la confusion importante entourant généralement le thème de la fin de vie.

**L'euthanasie** est un acte provoquant la mort d'un malade incurable pour abrégé ses souffrances ou son agonie, illégal dans la plupart des pays (16). L'euthanasie, pratiquée sur une personne consciente et compétente lors de sa demande, est possible sous couvert d'une procédure très stricte dans certains pays comme les Pays-Bas, la Belgique ou le Luxembourg (17).

**Le suicide assisté** est définie comme le fait d'aider quelqu'un à se donner volontairement la mort en lui fournissant les renseignements ou les moyens nécessaires, ou les deux (18). Cette pratique, psychologiquement éprouvante pour les médecins sollicités, est dépénalisée sous des conditions très strictes en Suisse et dans certains états américains comme l'Oregon, la Californie, le Montana.

Euthanasie et suicide assisté diffèrent ainsi dans le degré de participation du médecin à ces actes.

### 1.3.2 Facteurs justificatifs de la limitation et de l'arrêt des soins

L'argumentation doit s'appuyer sur l'ensemble des éléments anamnestiques, cliniques, biologiques et pronostiques concernant le patient.

Ce préalable est indispensable et doit être consigné dans le dossier médical, incluant, s'il y a lieu, les avis demandés à des experts extérieurs au service (15).

## **Les arguments scientifiques**

Ils s'appuient sur la maladie et le terrain, éléments anamnestiques, cliniques, biologiques et pronostiques concernant le patient. En effet, une ou plusieurs défaillance(s) d'organe(s), la nature et l'évolution défavorable d'une maladie chronique, la mauvaise réponse au traitement, peuvent amener à discuter une limitation ou un arrêt thérapeutique.

En France, les patients les plus gravement atteints font significativement plus souvent l'objet de décisions de limitation ou d'arrêt de traitements. Les scores de gravité établis sont des modèles prédictifs de la survie des patients gravement atteints, exemple : score APACHE (19), IGS II (20). Des algorithmes d'aide à la décision ont été proposés, et sont susceptibles d'être utilisés dans les décisions de limitation ou d'arrêt des traitements.

Annexe 1 : guide d'aide à la réflexion collégiale (15).

Annexe 2 : score IGS II

## **La qualité de vie ultérieure.**

La qualité de vie future est, avec l'inutilité des soins, l'un des critères essentiels sur lequel reposent les décisions d'arrêt ou de limitation de traitement (21). Il n'existe pas d'outil de mesure fiable de la qualité de vie, ni en médecine d'urgence, ni en réanimation. En effet, la qualité de vie a un caractère subjectif, et il est difficile de quantifier une valeur qualitative qui dépend elle-même de paramètres multiples. Elle doit être évaluée du point de vue du

malade (et non pas de celui de l'équipe soignante), en tenant compte de ses capacités cognitives, affectives, spirituelles et du contexte culturel (22).

### **Les directives anticipées**

En France, seuls 2,5 % des patients décédés ont rédigés des directives anticipées (13).

Lorsque le patient n'est pas apte à consentir, il appartient au médecin en charge du patient de rechercher d'éventuelles directives anticipées (15). Elles sont prioritaires sur les souhaits du patient rapportés par la personne de confiance. L'expression de la volonté du malade est un élément majeur à prendre en considération. Il est difficile de savoir jusqu'où le malade aimerait qu'on poursuive la réanimation, et pour quel résultat à moyen et long termes. Un malade conscient peut refuser l'ensemble des soins ou certaines thérapeutiques, cette situation est rare mais possible, elle doit être abordée avec une démarche similaire à celle du refus de soins, associant la rigueur de la réflexion et l'intérêt du patient. Dans le cadre du consentement aux soins, tout doit être fait pour préserver l'autonomie de l'individu compétent. Dans les situations d'urgence, où le malade ne peut s'exprimer, il faut garder présent à l'esprit que le fil directeur est le bien du malade (23).

### **Avis personnel des médecins et de l'équipe soignante.**

La décision est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant. L'obligation de respecter une procédure



collégiale est précisée par l'article 37 du Code de déontologie médicale (24). La décision doit se baser autant que possible sur des éléments objectifs : le dossier médical, les médecins référents spécialistes, le médecin traitant doivent être consultés. La collégialité est difficile à appliquer dans le contexte de l'urgence ; le médecin traitant n'est consulté que dans 5 % des cas (2).

Elle prend en compte également :

- Les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées s'il en a rédigées, qui s'imposent au médecin. Cependant deux dérogations sont prévues par la loi Claeys-Léonetti (12) : les situations d'urgences où une réanimation s'avère nécessaire, et si les directives anticipées sont inappropriées à la situation du patient.
- L'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée,
- Ainsi que celui de la famille, ou, à défaut, celui d'un de ses proches, ils sont impliqués dans 58,4 % des cas (2).

En cas d'incertitude, les traitements sont poursuivis dans leur intégralité et la discussion pourra être reprise ultérieurement, en cas de nouvel élément défavorable (23).

### 1.3.3 Soins palliatifs et principe du double effet

Le concept de soins palliatifs apparaît au fil de l'évolution législative française, la **circulaire Laroque du 26 août 1986** est le texte fondateur de la politique de santé en soins palliatifs montrant la nécessité d'une collaboration de tous, d'une formation des soignants et d'une sensibilisation de tous les acteurs, d'une création d'unités spécialisées dans l'accueil des patients, de dégager des moyens matériels pour en permettre la réalisation (25).

La reconnaissance officielle se fait progressivement avec **la loi du 09 juin 1999 (26)** visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

**Les soins palliatifs** sont des soins actifs, délivrés par une équipe multidisciplinaire, dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Ils ont pour but de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort et doivent notamment permettre de soulager la douleur, apaiser la souffrance psychique, sauvegarder la dignité de la personne malade et soutenir son entourage (27).

**Le principe du double effet** est un aléa des thérapeutiques palliatives, certains actes humains peuvent provoquer deux effets, l'un bon l'autre mauvais. Chez les patients pour lesquels une limitation ou un arrêt des traitements est décidé, le contrôle de la douleur et de l'anxiété peut nécessiter des doses importantes de dérivés morphiniques ou de benzodiazépines, sans limitation des doses. Le but premier du prescripteur est le soulagement du patient, ainsi, la mort est prévisible, mais non intentionnelle (28).

#### 1.3.4 Similarité morale entre limitation et arrêt des soins

Ces deux notions constituent aujourd'hui des pratiques courantes dans les services de réanimation. Le débat éthique a permis d'argumenter en faveur de ces actions ou « non actions ».

Il peut sembler plus confortable moralement de poursuivre les soins « sans se poser trop de questions ». Dans cette perspective, toutes les thérapeutiques devraient être mises en œuvre jusqu'au bout, pour tous les malades, tant que le moindre espoir persiste. Pourtant, il est clair qu'une telle attitude peut devenir déraisonnable, donc immorale et illégitime selon le Code de déontologie (24).

Parler d'obstination déraisonnable suppose une évaluation exacte du pronostic chez un malade particulier, une connaissance tout aussi précise de son espérance de vie et de sa qualité de vie ultérieure, et surtout de celle qu'il serait capable d'accepter à distance, après sa sortie de l'hôpital. Il est indéniable qu'il existe un certain nombre de situations où, avec du recul, le processus de mort paraît irréversible et où tout traitement autre que de confort devient vain. Dans bien des circonstances, les choses sont moins nettes. Il faut alors se fonder en premier lieu sur les données toujours floues du pronostic médical, de la qualité de vie escomptée et des volontés hypothétiques du malade.

Dans la littérature anglo-saxonne, on retrouve le terme de futilité thérapeutique, qui renvoie à l'idée d'une action inutile ou vouée à l'échec (23). Ce concept imprécis et ambigu doit être évité selon les recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française (3). Il faudra distinguer et

hiérarchiser les éléments objectifs et les critères subjectifs lors de l'exposition des arguments.

#### **1.4 Intérêts reconnus dans la pratique médicale**

##### *1.4.1 Pour le patient*

Plusieurs études ont mis en évidence l'importance du bien être psychique du patient à l'approche de la mort.

Steinhauser a étudié les caractéristiques d'une « belle mort » selon la conception des patients, des membres de la famille et des différents intervenants (29).

Six facteurs ont été mis en évidence : le contrôle de la douleur et des symptômes, la prise de décision expliquée clairement, la préparation à la mort, l'achèvement des tâches en cours, être en paix avec les autres, le respect et la dignité de la personne.

Ces six items doivent servir de fil conducteur dans la gestion de chaque fin de vie.

##### *1.4.2 Pour les proches*

L'accompagnement des proches à l'approche de la mort n'est pas à négliger. Une étude d'Azoulay et coll. retrouve un risque de développer un syndrome de stress post-traumatique parmi les familles de modéré à élevé dans 33% des cas et évalue que ce risque est plus élevé chez les familles qui

jugent avoir eu des informations incomplètes (48%), qui ont participé à la prise de décision (48,7%) et dont le parent est décédé en réanimation (50%) (30).

L'entourage a donc besoin d'une information précise et adaptée à sa culture, afin de se préparer progressivement à la perte de son proche (31). La préparation au deuil nécessite la clarté des explications concernant la situation et le pronostic fatal, ce qui permet d'obtenir un consensus pour les soins à délivrer (32).

Annexe 3 : protocole d'aide pour l'annonce de décision de LAT (3).

#### 1.4.3 Pour l'équipe médicale et paramédicale

Les situations de fin de vie sont marquées par une grande incertitude et peuvent engendrer diverses réactions face à la perte d'un patient (33).

L'équipe paramédicale en charge du patient doit participer aux décisions concernant la fin de vie. La 6<sup>ème</sup> conférence de consensus de la SRLF et de la SFAR insiste sur l'importance de la communication entre médecins et infirmiers (34). Les équipes paramédicales ont une vision différente de la fin de vie, notamment par leur présence prolongée au lit du malade et avec leurs familles. Ferrand et al., montrent que les décisions de LAT sont envisagées par les médecins sur le critère d'inutilité thérapeutique alors que les infirmiers accordent beaucoup d'importance à la qualité de vie future et à la souffrance physique et morale du patient (35).

Plusieurs études montrent l'importance des relations entre médecins et équipes paramédicales pour la prise en charge des patients en fin de vie.

L'étude RESENTI a évalué la perception des soignants impliqués dans la prise en charge de la fin de vie et montre que les paramédicaux notamment les infirmiers étaient moins satisfaits que les médecins et avaient l'impression d'être moins impliqués dans les prises de décisions concernant la fin de vie (35). L'étude MAHO montre que la traçabilité des procédures de LAT est un des facteurs influençant la satisfaction des infirmiers concernant la qualité des soins (36).

Une procédure d'aide à la limitation thérapeutique au sein du pôle réanimation polyvalente du CHRU de Lille a montré de nombreux bénéfices dont la satisfaction des soignants à propos des prises de décisions concernant la fin de vie (33).

Ainsi les équipes soignantes ont besoin d'un cadre pour mener à bien les soins conférés aux patients en fin de vie avec des objectifs pour chacun.

## **1.5 Aspect éthique**

Les grands principes éthiques s'appliquent également à la médecine d'urgences (4).

Deux phénomènes rendent la réflexion éthique nécessaire et difficile. D'une part, les progrès scientifiques repoussent chaque jour les limites de la vie posant de difficiles questions autour du statut de la personne et d'autre part, la société moderne s'est détachée de certaines références religieuses, morales et philosophiques traditionnelles qui ont construit son histoire (3).

Les quatre principes éthiques sont énoncés suite à plusieurs commissions notamment aux Etats Unis en 1973, menant à la publication du rapport Belmont (37) qui présente ces principes bioéthiques à la base du discernement de toute recherche sur des sujets humains. Il s'agit des principes de bienveillance, non malfeasance, justice et autonomie. Ils sont assumés en France dans la loi du 04 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (9).

## **1.6 Spécificités de la médecine d'urgence**

Plus d'un français sur deux meurt à l'hôpital, selon l'inspection des affaires sociales en Janvier 2010, environ 58 % des français meurent dans un établissement de santé (1). Par ailleurs, 16% des patients morts à l'hôpital décèdent à l'issue d'un séjour d'une durée inférieure ou égale à 24 heures, notamment aux urgences ou dans l'unité hospitalière de courte durée (UHCD) attenante.

A côté des personnes secourues par les SAMU ou les pompiers à la suite d'accidents ou de tentatives de suicide, ou des malades amenés par leurs proches pour des pathologies aiguës, on assiste à l'arrivée inopinée aux urgences, dans un contexte qui ne s'y prête pas, de malades dont la fin de vie était prévisible. Le décès sur un brancard dans le couloir des urgences deviendrait presque banal.

Une des contraintes principales de la médecine d'urgence est la gestion du temps, qui doit se distinguer de tout phénomène de précipitation. Ainsi, il est fondamental de se donner du temps, pour établir un diagnostic et mettre en

place un traitement, informer voire accompagner le patient et son entourage éventuellement présent.

En 2011, la Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) a publié une réactualisation des recommandations françaises de 2003 (3).

Le constat ne change pas : les services d'accueil d'urgences et les services de réanimation sont amenés à accueillir de nombreux patients en fin de vie. La mise en œuvre et le respect des exigences éthiques et réglementaires nécessitent aussi d'adopter une politique de service incluant aménagements des locaux, organisation de procédures et formation de tous les intervenants (23).

## **1.7 Etat des lieux dans d'autres spécialités**

### *1.7.1 Gériatrie*

En 2005, 21 % des français avaient plus de 60 ans, l'espérance de vie ne cesse de s'accroître et dépasse désormais les 80 ans (38). Mais si les données épidémiologiques montrent que la majorité des personnes vieillissent dans de bonnes conditions de santé et d'autonomie, la survenue de maladies chroniques invalidantes peut entraîner une dépendance. Les établissements d'hébergement accueillent actuellement des personnes de plus en plus âgées, polyopathologiques et donc dépendantes. Les résidents y cumulent en moyenne 7 maladies diagnostiquées (38).

En 2012, plus de 13 000 personnes âgées sont décédées aux urgences. Plus de 60 % de ces patients relevaient de soins palliatifs, et dans près de la



moitié des cas ils sont décédés au cours de la nuit qui a suivi leur entrée aux urgences (39).

L'observatoire national de la fin de vie définit trois trajectoires types pour les personnes en fin de vie et notamment les personnes âgées : une trajectoire de déclin lent, de déclin graduel et de déclin rapide. Ceci permet de mieux structurer le parcours des personnes en fin de vie et de contribuer à la qualité de leur accompagnement (39).

Ceci introduit la problématique de la limitation ou de l'arrêt des thérapeutiques en médecine du sujet âgé. L'admission en réanimation de malades très âgés pose souvent plus de difficulté que celle de patients plus jeunes à pathologie similaire (40). En effet, l'âge est un critère entrant dans les scores de gravité lors de l'admission dans un service de réanimation (20) (19). Il n'existe actuellement aucune recommandation pour l'admission en réanimation des personnes âgées, ce qui se traduit par une très grande hétérogénéité des pratiques selon les centres et selon les pays. Il apparaît clairement que l'âge seul ne doit pas être pris en considération pour prendre sa décision d'orientation. Des éléments d'évaluation gériatrique doivent être intégrés à l'évaluation du patient. En l'absence d'information spécifique et dans le doute, il est recommandé d'admettre une personne âgée en réanimation (40).

### *1.7.2 Réanimation*

La réanimation est confrontée depuis de nombreuses années à la limitation ou l'arrêt des thérapeutiques actives dans sa pratique quotidienne.

Toute décision médicale s'accompagne d'une dimension éthique. Les recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) contribuent à former cette « sagesse pratique » des médecins (15).

Dans ses principes, la SRLF énonce qu'une synthèse des éléments anamnestiques, cliniques et évolutifs du patient est nécessaire pour toute prise de décision en amont de la réflexion concernant le projet thérapeutique qui sera régulièrement réévalué et noté dans le dossier.

La réflexion doit être collégiale en cas d'inaptitude du patient à consentir, les souhaits exprimés par le patient directement ou non doivent être intégrés, l'implication de la personne de confiance ou à défaut la personne référente ou les proches est nécessaire, l'avis d'un médecin consultant extérieur à l'équipe est obligatoire (15).

L'étude LATAREA a montré que la pratique de LAT était fréquente malgré l'absence de textes règlementaires concernant la fin de vie et a permis à la société française d'évoluer vers une législation (41).

La responsabilité est au cœur de l'expérience des réanimateurs, notamment avec la médiatisation des cas Vincent Humbert, Chantal Sébire et récemment Vincent Lambert. Il paraît indispensable de faire évoluer la législation sur la fin de vie (13).

Devant l'ensemble des nouvelles dispositions législatives, règlementaires ainsi que l'évolution des pratiques, une actualisation des recommandations de la société de réanimation de Langue Française se justifiait en 2010 (15).

En Février 2016, la loi Claeys-Leonetti (12) crée de nouveaux droits pour les patients en fin de vie et apporte clairement des réponses nouvelles et pertinentes pour la pratique de la réanimation, elle renforce la portée des directives anticipées créées par la loi de 2005. La sédation profonde et continue est instaurée dans la prise de décision d'arrêt de traitement. Dans un but de cohérence et de limitation de l'inconfort du patient, il semble pertinent de stopper l'hydratation comme la nutrition dans le cadre de procédures d'arrêt des thérapeutiques actives (13).

### **1.8 Mise en place d'un protocole au sein de l'hôpital**

Malgré la sensibilisation des médecins, via les médias et la nouvelle législation concernant la limitation et l'arrêt des thérapeutiques, il semble que les modalités de décision et de mise en place des mesures de LATA manquent de traçabilité et de protocole.

Au sein de l'hôpital, la création, l'informatisation et la diffusion d'une feuille de LATA paraissent nécessaire afin d'améliorer les pratiques et le vécu de la fin de vie.

Cela permettrait également de diminuer le risque juridique au sein de l'hôpital.

## **1.9 Justification de l'étude**

Le service d'accueil des urgences de saint-Vincent de Paul compte environ 40.000 passages annuels, l'hôpital ne possède pas de service de réanimation.

Depuis Janvier 2016, une unité de surveillance continue est ouverte. Elle possède 4 lits. Les praticiens des urgences sont fréquemment confrontés à des situations de fin de vie. De plus, une certaine proportion de patient provenant des différents services de l'hôpital, décèdent au sein du pôle urgence. Il semblerait que parmi ces patients, certains pourraient être limités en amont voir même lors d'une hospitalisation antérieure.

Les soignants sont confrontés dans les situations de fin de vie à un manque de référence sur la procédure à mettre en œuvre pour les décisions de LATA. Ce qui peut leur poser des problèmes. Il existe pourtant une fiche papier qui semble sous utilisée par manque de diffusion de l'information au sein des différents services du GHICL. De plus la forme papier la rend difficilement accessible lorsque la question de la limitation des soins se pose ultérieurement. Elle n'est plus retrouvée, ou difficilement dans le dossier médical.

## II. TRAVAIL PERSONNEL

## **2.1 Objectif de l'étude**

Cette étude a pour but de mettre en évidence le besoin de création d'une procédure standardisée de limitation arrêt des thérapeutiques au sein de l'hôpital saint-Vincent de Paul.

Par ailleurs, aucune étude descriptive des patients décédés à l'hôpital saint-Vincent de Paul n'a été réalisée. L'objectif secondaire de l'étude est de connaître les caractéristiques des patients décédés dans cet hôpital.

## **2.2 Centre de l'étude**

L'étude s'est déroulée sur le Centre Hospitalier de Saint Vincent de Paul faisant partie du GHICL.

## **2.3 Matériel et méthode**

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, rétrospective, descriptive, comparative, mono centrique, réalisée au sein de l'hôpital Saint Vincent de Paul à Lille.

Les patients ont été inclus du 01 Janvier au 31 Décembre 2016.

Nous avons obtenu la liste des patients décédés sur l'année 2016 auprès du département d'information médicale de l'hôpital.

Annexe 4 : formulaire d'accès aux données patients

### 2.3.1 Critères d'inclusions et d'exclusions des patients

Critères d'inclusion : patients décédés à l'hôpital Saint Vincent de Paul au cours de l'année 2016.

Critères d'exclusion : les patients décédés dans les services de chirurgie, gynécologie et pédiatrie.

### 2.3.2 Méthode

Un questionnaire (annexe 5) a été réalisé afin de caractériser nos patients décédés, inspiré du guide de l'étude LATAREA tiré des recommandations de la société de réanimation de langue française (15).

- Données démographiques :
  - Age,
  - Sexe
  - Autonomie : le degré d'autonomie a été choisi selon la classification ABCD de Knauss (Annexe 6)
  - Lieu de vie habituel du patient
  
- Données recueillies durant l'hospitalisation :
  - Date et motifs d'admission
  - Antécédents ciblés :
    - Démence ; Néoplasie ; AVC ; Diabète ; Insuffisance cardiaque ; Coronaropathie ; Insuffisance respiratoire

Hémopathie ; Hépatopathie ; Maladie de système.

- Diagnostic d'hospitalisation : en se basant sur la catégorie en trois caractères de la classification statistique internationale des maladies (CIM-10)
- Date de la dernière hospitalisation
- Nombre de mutation intrahospitalière lors de l'hospitalisation
- Date et le service de décès.
- Données concernant les LAT :
  - Données encadrants la LAT :
    - Présence d'une LAT antérieure à l'hospitalisation en cours.
    - Présence de directives anticipées ou non : celles-ci rédigées par le patient concernant leur souhait sur le projet de soin et placées dans le dossier médical
    - Contact établi avec la personne de confiance
    - Contact établi avec la famille.
    - Décès attendu
  - Spécialités et nombre de médecins ayant participé à la décision de LAT.
  - Délai avant la décision de LAT depuis l'hospitalisation en cours.
  - Critères de décision de LAT :
    - Limitation préexistante de l'autonomie,
    - Perte d'autonomie,
    - Demande de l'entourage,



- Demande du patient,
- Poussée aiguë de pathologie chronique,
- Mauvais pronostic à court terme,
- La qualité de vie ultérieure,
- Impasse thérapeutique
- Age avancé.

Cinq niveaux de limitation sont choisis :

- Thérapeutique maximale : 5
- Thérapeutique maximale mais pas de réanimation cardio pulmonaire : 4
- Limitation thérapeutique : pas de gestes invasifs en cas de nouvelles défaillances d'organe : 3
- Limitation des thérapeutiques et démarche palliative : 2
- Arrêt des thérapeutiques et démarche palliative : 1

Dans un second temps, nous avons comparé les caractéristiques du service de soins palliatifs avec celles :

- des services de médecine comprenant : la médecine polyvalente, la gériatrie, l'oncohématologie, la dermatologie, la neurologie, la pneumologie, les soins de suite et de rééducation.
- du pôle urgence incluant l'accueil, l'UHCD et l'USC

### 2.3.3 L'analyse statistique

Les données ont été répertoriées et codées dans un tableur au format Excel puis les analyses statistiques ont été réalisées grâce au logiciel EPI INFO\* et R\*.

Les résultats sont exprimés par leurs moyennes et déviations standards ou par leurs médianes et percentiles pour les variables quantitatives.

Les variables qualitatives ont été exprimés en nombre absolu et pourcentage avec leur intervalle de confiance à 95%.

Une valeur de  $p < 0,05$  était considérée comme significative.

### 2.3.4 Accord éthique de la CNIL

L'accord éthique de la Commission Nationale de l'informatique et des Libertés (CNIL) a été sollicité le 05-02-2017 : l'enregistrement a été effectué sous le numéro 2033063. (Annexe 7)

### **III. RESULTATS**

### 3.1 Population générale

Quatre cent quarante-quatre patients ont été inclus.

#### 3.1.1 Population générale

<b>Nombre de décès à l'hôpital</b>	444
Nombre de décès au pôle urgence	73
Nombre de décès aux urgences/nombre de décès à l'hôpital	16,4%
Nombre de décès aux urgences/nombre de passage aux urgences	0,20%

Tableau 1 : Nombre de décès

#### 3.1.2 Age et sexe

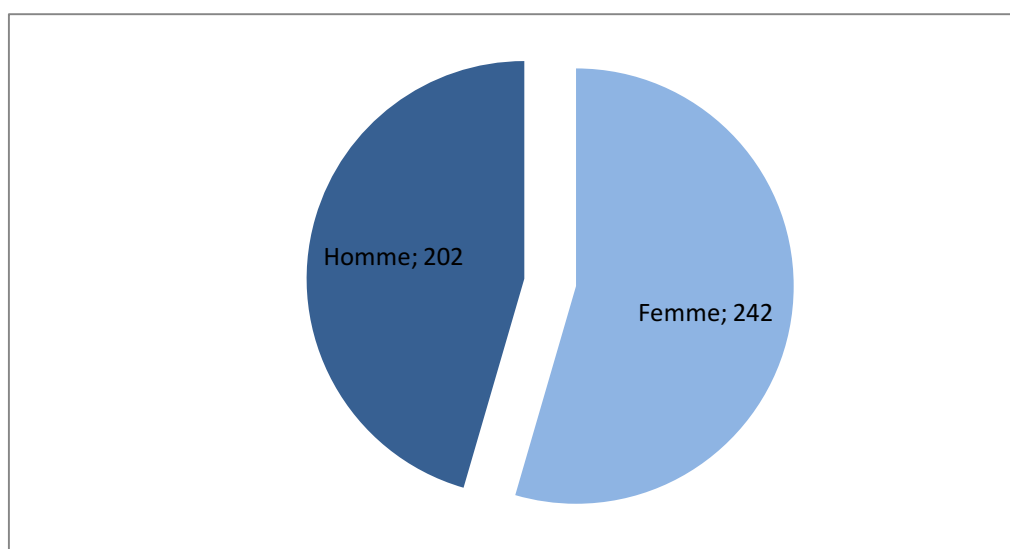


Figure 1: Répartition du sexe

Dans notre étude, la moyenne d'âge est de 76,5 ans (DS +/- 13,7). La médiane est de 80 ans, le minimum est de 22 ans et le maximum est à 105 ans. Le sex-ratio est de 0.83.

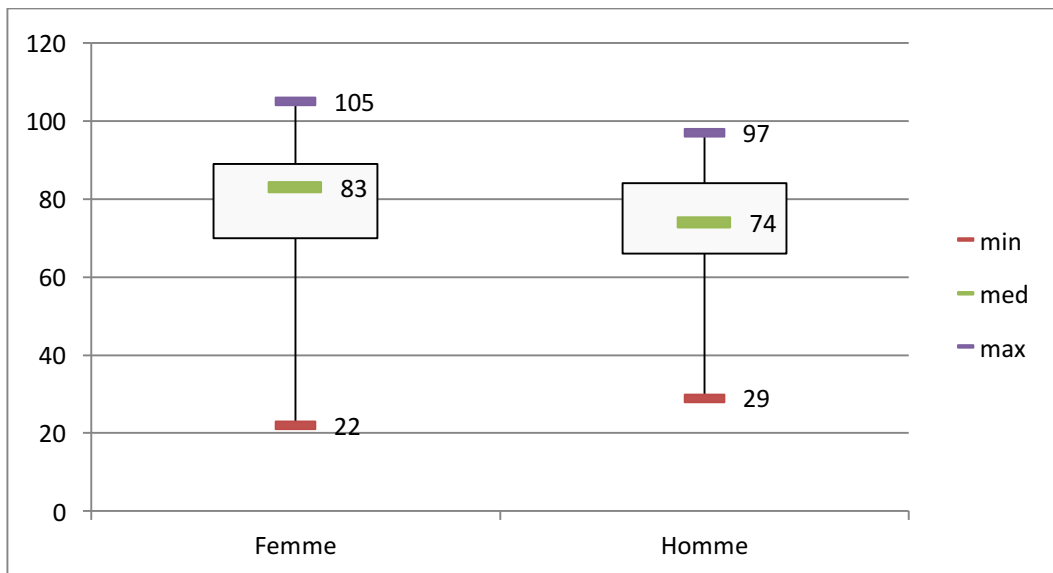


Figure 2: Box Blot des âges en fonction du sexe

Les femmes sont plus âgées que les hommes ( $p < 0.05$ ).

### 3.1.3 Lieu de vie des patients

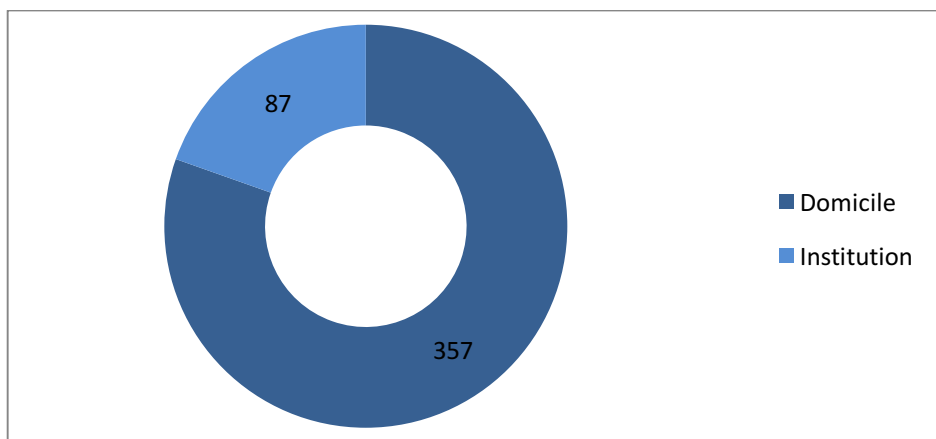


Figure 3: Répartition du lieu de vie des patients

Les patients proviennent du domicile dans 80,41%, IC95% [76,34-83,93] des cas.

### 3.1.4 Autonomie avant l'hospitalisation

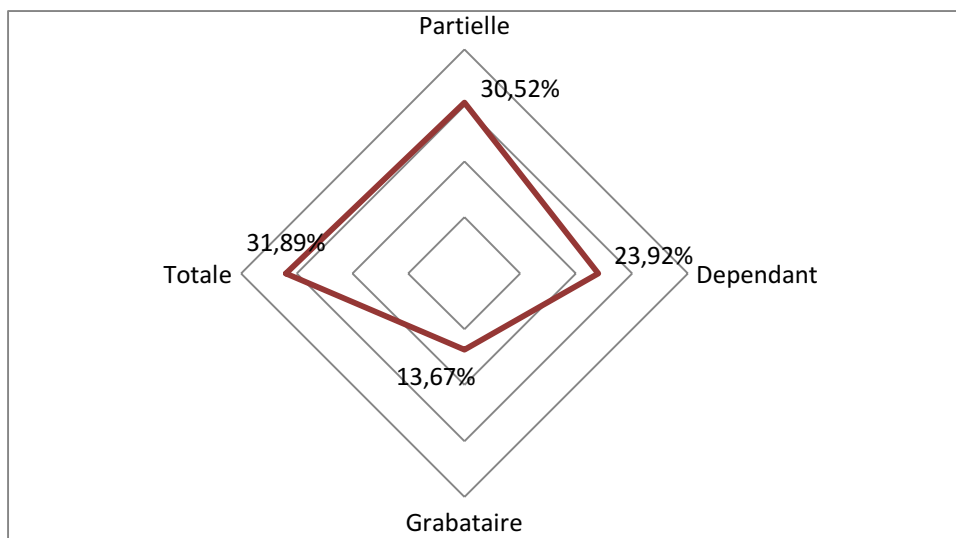


Figure 4: Fréquence des degrés d'autonomie

La population était totalement ou partiellement autonome dans 62,41%, IC95% [57,68 - 67,73] des cas.

Quatorze pourcents, IC95% [10,67 - 17,32] des patients étaient grabataires.

### 3.1.5 Durée d'hospitalisation avant le décès

La durée moyenne d'hospitalisation des patients avant décès est de 13,29 jours (DS +/- 13,10).

### 3.1.6 Proportion de patient en Limitation Arrêt des Thérapeutiques

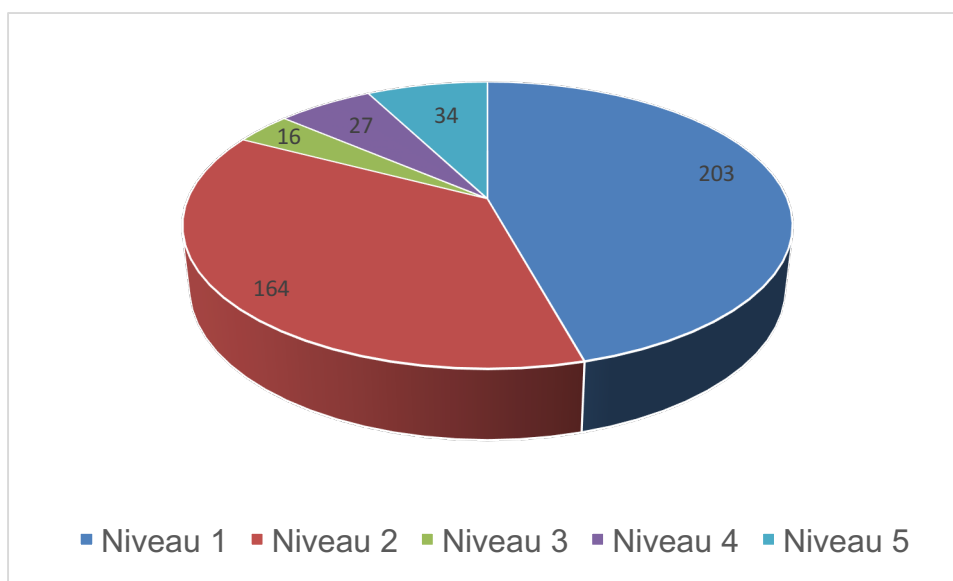


Figure 5: Répartition des différents niveaux de limitation

<b>Niveau de Limitation</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>IC95%</b>	
Niveau 1	45,72%	41,03	50,48
Niveau 2	36,94%	32,47	41,63
Niveau 3	3,60%	2,14	5,91
Niveau 4	6,08%	4,12	8,83
Niveau 5	7,66%	5,44	10,64

Tableau 2: Fréquence des différents niveaux de limitation

Le niveau 5 ne correspond pas à une limitation, c'est le niveau maximal de prise en charge pour un patient, il est retrouvé chez 34 patients.

La proportion de patient en limitation thérapeutique s'élève à 92,34% IC95% [89,36 – 94,56].

### 3.1.7 Critères de décision de limitation thérapeutique

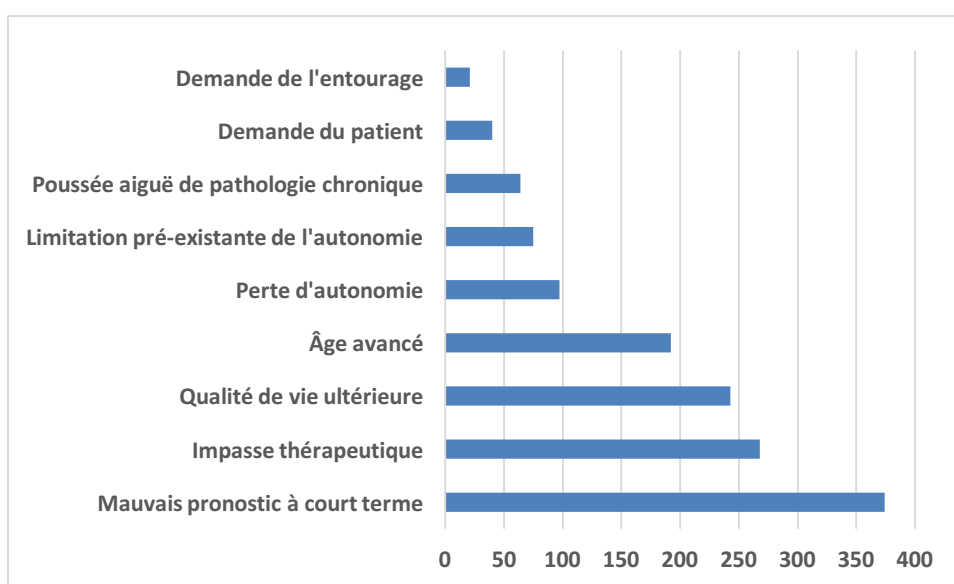


Figure 6: Répartition des critères de décision de limitation thérapeutique

<b>Critère de décision de limitation thérapeutique</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>IC95%</b>	
<i>Mauvais pronostic à court terme</i>	84,23%	80,43	87,43
<i>Impasse thérapeutique</i>	60,36%	55,63	64,91
<i>Qualité de vie ultérieure</i>	54,73%	49,97	59,41
<i>Age avancé</i>	43,24%	38,60	48,00
<i>Perte d'autonomie</i>	21,85%	18,15	26,04
<i>Limitation préexistante de l'autonomie</i>	16,89%	13,59	20,78
<i>Poussée aiguë de pathologie chronique</i>	14,41%	11,35	18,11
<i>Demande du patient</i>	9,01%	6,59	12,16
<i>Demande de l'entourage</i>	4,73%	3,02	7,26

Tableau 3: Fréquence des critères de limitation thérapeutique

Les critères de décision de limitation thérapeutique les plus pris en compte sont : le mauvais pronostic à court terme (n=374), l'impasse thérapeutique (n=268) et la qualité de vie ultérieure (n=243).



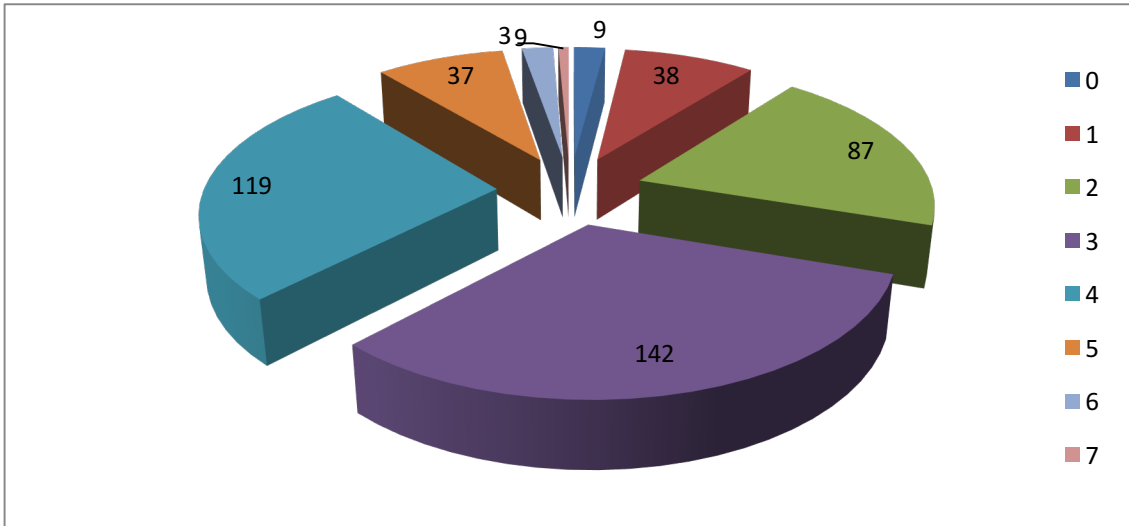


Figure 7 : Répartition du nombre de critères de limitation thérapeutique recueilli

<b>Nombre de critère de limitation thérapeutique</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>IC95%</b>	
0	2,03%	0,99	3,95
1	8,56%	6,20	11,66
2	19,59%	16,07	23,66
3	31,98%	27,71	36,57
4	26,80%	22,79	31,22
5	8,33%	6,01	11,40
6	2,03%	0,99	3,95
7	0,68%	0,17	2,13

Tableau 4: Fréquence du nombre de critère de limitation thérapeutique recueilli

Au moins 3 critères de LAT ont été relevés dans plus de la moitié des dossiers. Pour 31,98 % IC 95% [27,71 – 36,57] des cas, 3 critères de limitations sont recueillis. A contrario, il n'existe aucun critère de limitation thérapeutique pour 2,03% IC95% [0.99 – 3,95] des décès.

### 3.1.8 Nombre de participants à la décision de limitation thérapeutique

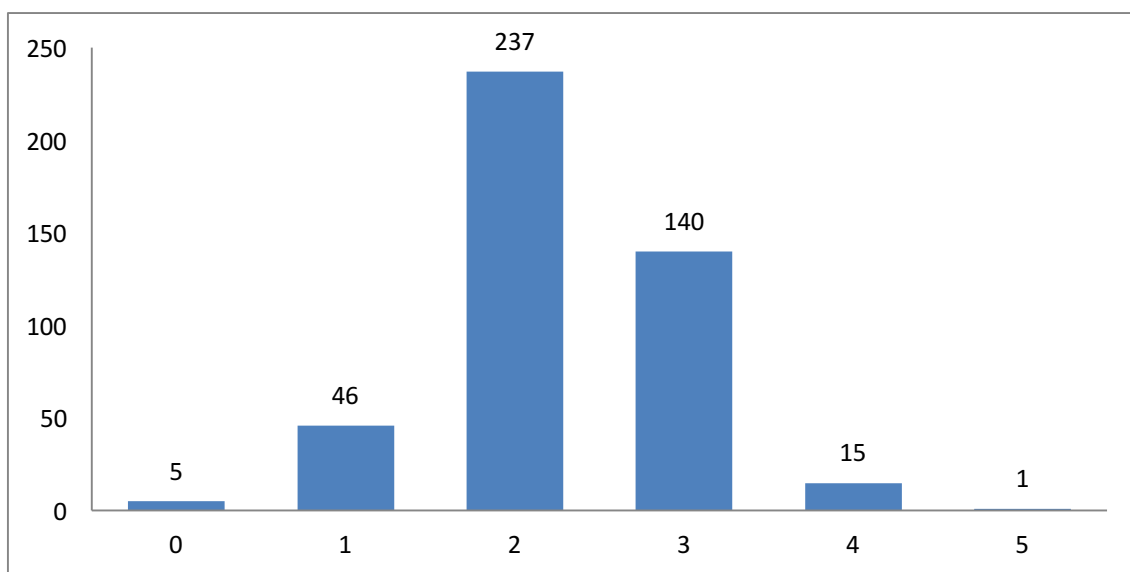


Figure 8: Répartition du nombre de participants pour chaque décision de limitation thérapeutique

<b>Nombre de participant à la décision de limitation thérapeutique</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>IC95%</b>	
0	1,13%	0,42	2,76
1	10,36%	7,76	13,67
2	53,38%	48,62	58,08
3	31,53%	27,28	36,11
4	3,38%	1,97	5,64
5	0,23%	0,01	1,45

Tableau 5: Proportion du nombre de participants pour chaque décision de limitation thérapeutique

Nous observons dans la majorité des cas, la participation d'au moins deux médecins de spécialités différentes dans la prise de décision. Cependant 51 procédures ont été individuelles :

- Pour 11,49%, IC95% [8,15 – 14,43] des cas, la décision de limitation thérapeutique est issue d'un seul médecin.
- Et 1,13%, IC95% [0,42 – 2,76] des cas de limitation, où nous ne retrouvons pas de données sur les médecins ayant pris la décision.

### 3.1.9 Fréquence de participation de certaines spécialités à la décision de limitation

<b>Spécialité participant à la prise de décision</b>	<b>Fréquence</b>	<b>IC95%</b>	
<i>Médecin traitant</i>	20,05%	16,48	24,14
<i>Anesthésiste et réanimateur</i>	7,43%	4,67	11,90
<i>Urgentiste</i>	55,18%	50,42	59,85
<i>Urgentiste seul</i>	8,33%	6,01	11,4
<i>Soins palliatifs</i>	54,05%	49,29	58,75

*Tableau 6: Fréquence de participation de certaines spécialités*

Nous constatons que le médecin urgentiste participe à la prise de décision dans plus d'un cas sur deux (55,18%, IC95% [50,42 – 59,85]). L'urgentiste prend une décision individuelle dans 8,33%, IC95% [6,01 – 11,4] des cas.

### 3.1.10 Données encadrants la limitation arrêt thérapeutique

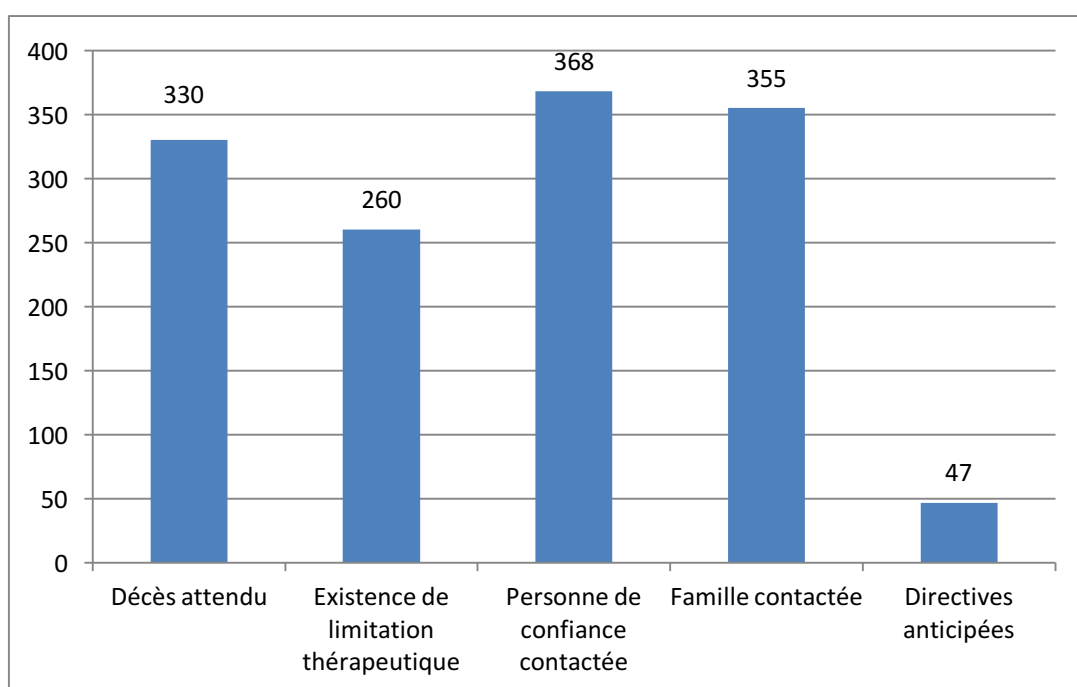


Figure 9: Répartition des données encadrants la limitation thérapeutique

<b>Donnée encadrant la limitation thérapeutique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>IC95%</b>	
<b>Décès attendu</b>	330	74,32%	69,95%	78,27%
<b>Existence de limitation thérapeutique</b>	260	58,56%	53,81%	63,16%
<b>Personne de confiance contactée</b>	368	83,26%	79,37%	86,55%
<b>Famille contactée</b>	355	80,14%	76,05%	83,69%
<b>Directives anticipées</b>	47	10,68%	8,03%	14,04%

Tableau 7 Fréquence des données encadrants la limitation thérapeutique

Chez 58,33%, IC95% [53,58 – 62,94] des cas, les patients limités avaient eu une procédure de limitation ou arrêt thérapeutique antérieure à l'hospitalisation aboutissant au décès.

### 3.2 Données Comparatives

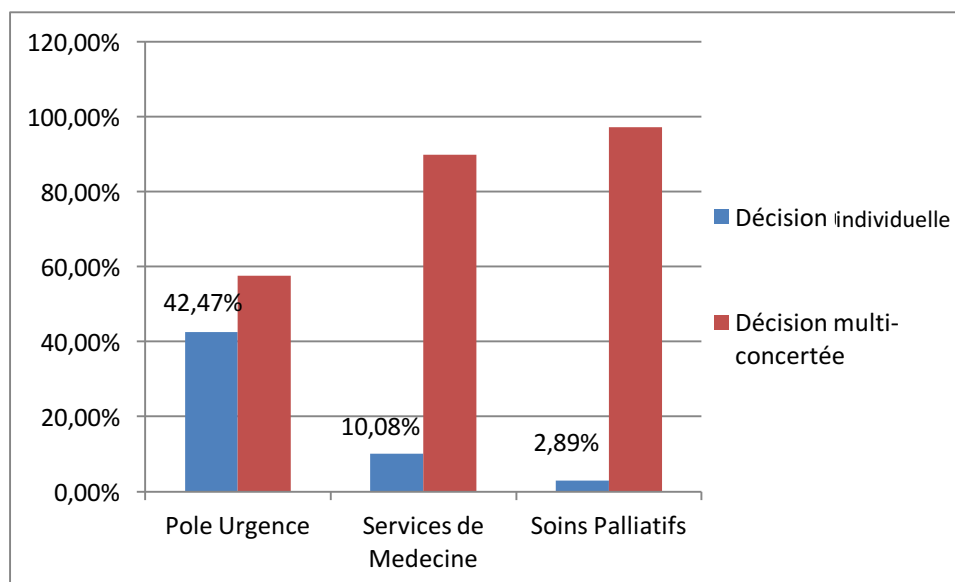
Nous avons créé 3 groupes de population et scindé certaines analyses complémentaires selon que la décision soit individuelle versus multi-concertée.

	<i>Effectif</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>IC95%</i>	
<b>Pôle Urgence</b>	73	16,44%	13,18	20,30
<i>Pôle Urgence : UHCD</i>	35	7,88%	5,63	10,89
<i>Pôle Urgence : USC</i>	38	8,56%	6,20	11,66
<b>Services de médecine</b>	129	29,05%	24,92	33,56
<b>Soins Palliatifs</b>	242	54,50%	49,74	59,19

*Tableau 8: Nombre et proportion de décès entre chaque groupe*

Parmi les 73 patients décédés au pôle urgence, 23,28%, provenaient des services de l'hôpital.

### Décision concertée



*Figure 10: Répartition du mode de décision en fonction du groupe de patient.*

Au pôle urgence, les décisions individuelles de limitation thérapeutique sont significativement plus importantes que dans les services de médecine ou de soins palliatifs ( $p < 0,05$ ).

### 3.2.1 Age et sexe

	<b>Moyenne (année)</b>	<b>Déviati on standard</b>
<b>Pôle urgence</b>	78,18	+/- 12,80
<b>Services de Médecine</b>	80,52	+/- 13,51
<b>Soins Palliatifs</b>	73,93	+/- 13,57

Tableau 9: Moyenne d'âge des patients entre chaque groupe

Les patients décédés en soins palliatifs sont plus jeunes ( $p < 0,05$ ) que dans les autres groupes. Dans chaque groupe, les femmes sont significativement plus âgées que les hommes ( $p < 0,05$ ).

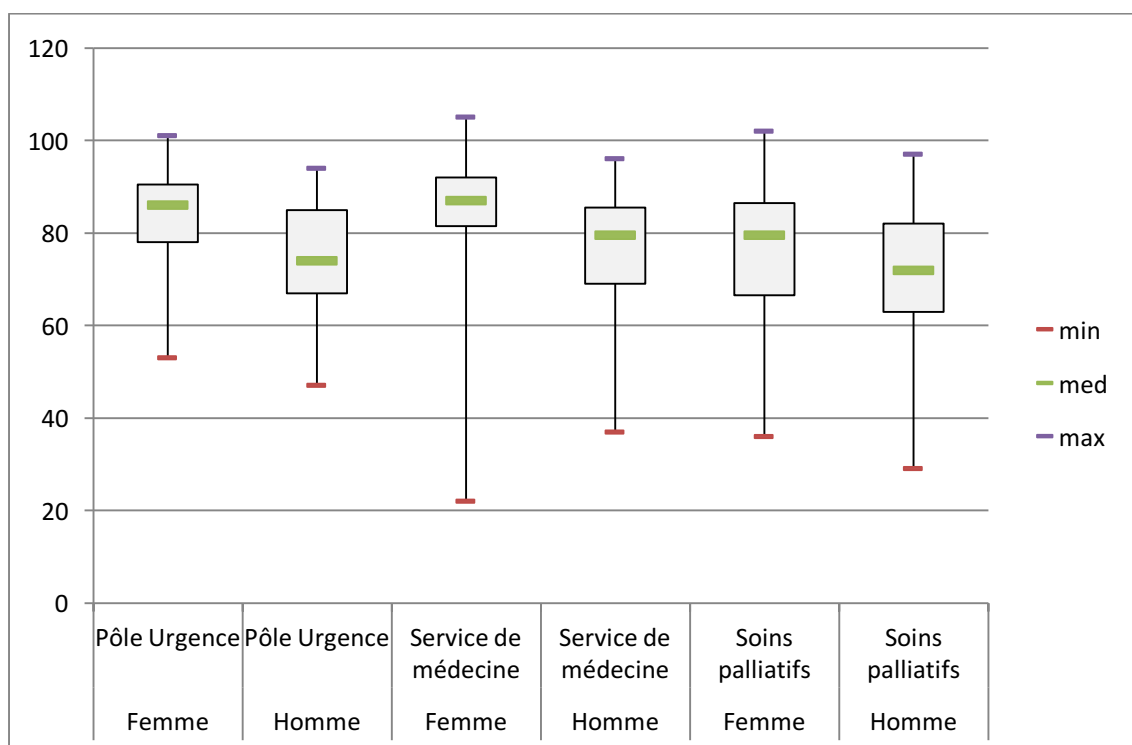


Figure 11: Box plot des âges en fonction du sexe et des groupes de patient

## Décision concertée

Il ne semble pas avoir de différences significatives des moyennes d'âge selon que l'aspect soit multi concertée ou individuel ( $p>0,05$ ).

### 3.2.2 Antécédents des patients

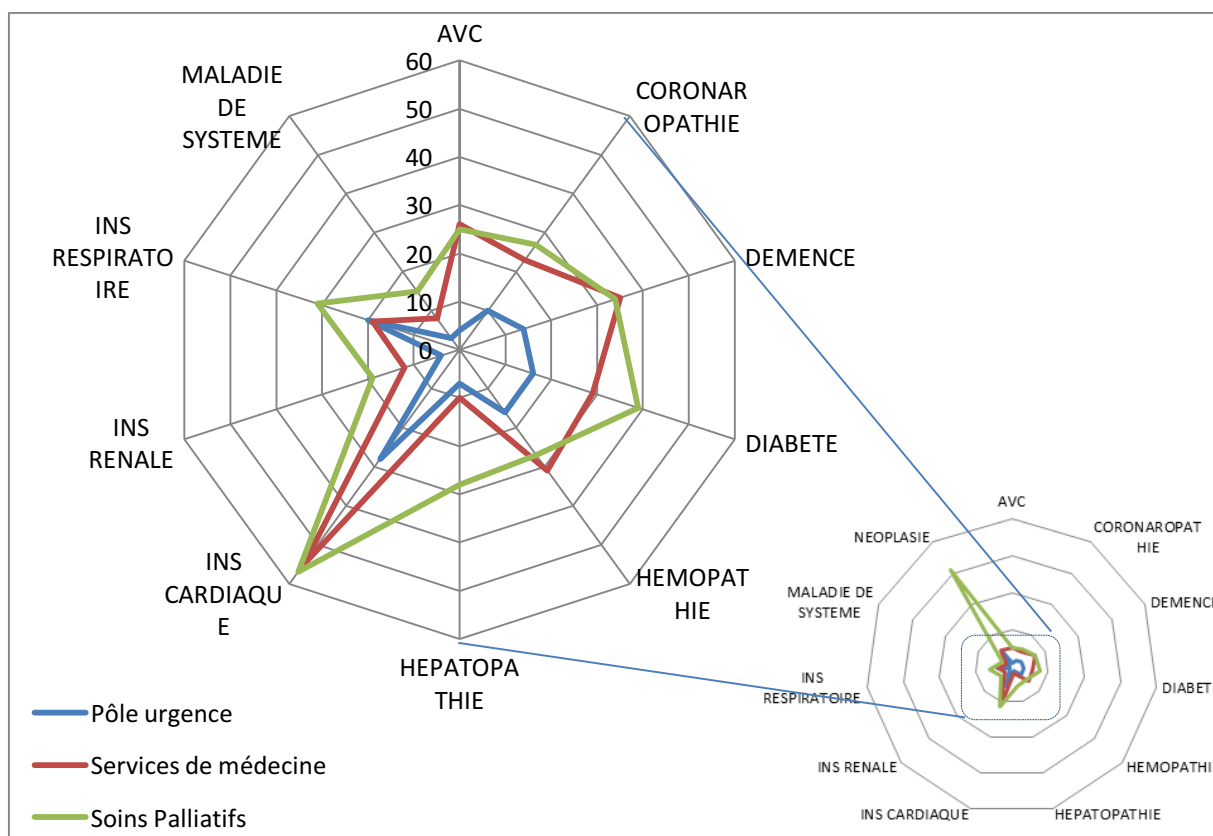


Figure 12: Répartition des antécédents entre chaque groupe

Le nombre médian d'antécédent est de 2 [min=0 – max=6]. Il est identique entre les trois groupes de population.

Au pôle urgence, les antécédents les plus représentés sont l'insuffisance cardiaque 35,48%, IC95% [23,74 – 48,66] et l'antécédent de cancer 30,65%, IC95% [19,56 – 43,65]. Les patients décédés au pôle urgence avaient significativement plus fréquemment des antécédents d'insuffisance respiratoire, comparé aux autres groupes ( $p<0,05$ ).

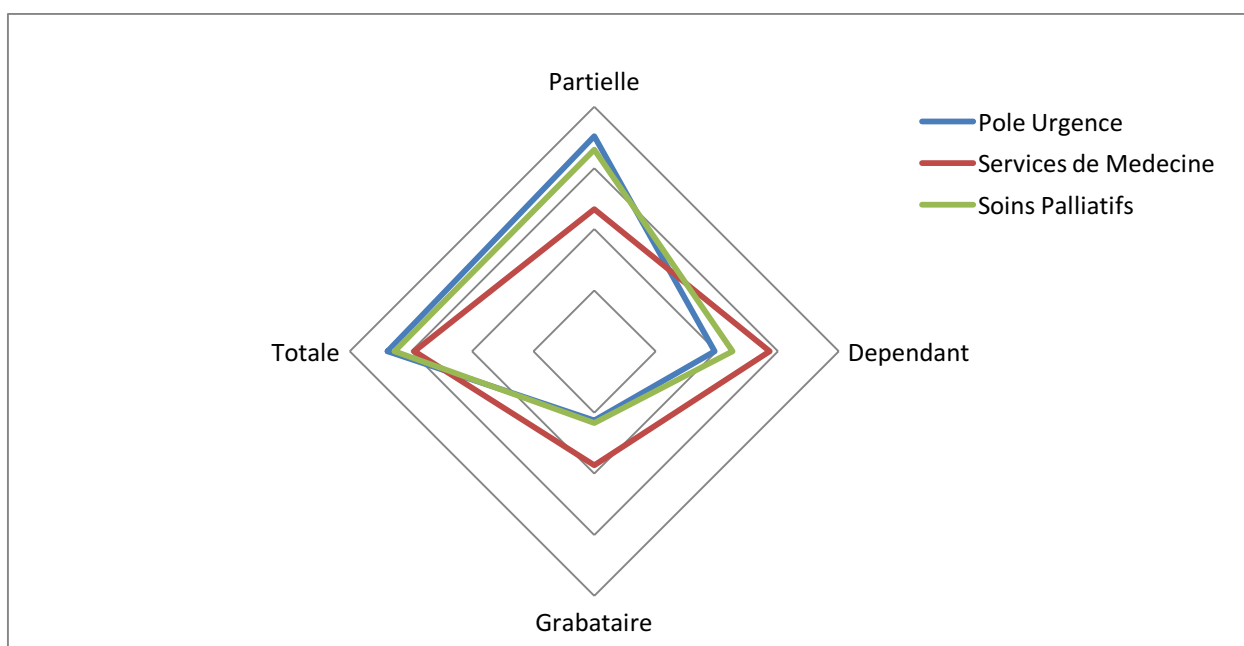
Dans les services de médecine, les patients décédés avaient plus fréquemment des antécédents de démence ou d'accident vasculaire cérébrale ( $p < 0,05$ ).

Dans le service de soins palliatifs, il existe significativement plus de patients aux antécédents néoplasique ( $p < 0,05$ ) comparé aux autres groupes, mais moins d'antécédent d'insuffisance cardiaque et d'hémopathie ( $p < 0,05$ ).

### **Décision concertée**

Les décisions de limitation thérapeutique de patient aux antécédents de néoplasie sont présent de manière multi-concertée ( $p < 0,05$ ).

#### 3.2.3 Autonomie avant l'hospitalisation



*Figure 13: Répartition du degré d'autonomie entre chaque groupe*

Il n'existe pas de différence significative concernant la répartition du niveau d'autonomie entre les différents services.



Le critère « autonomie » ne semble pas en lien avec l'aspect d'une décision individuelle ou multi-concertée de limitation ou arrêt thérapeutique ( $p>0,05$ ).

### 3.2.4 Diagnostic d'hospitalisation

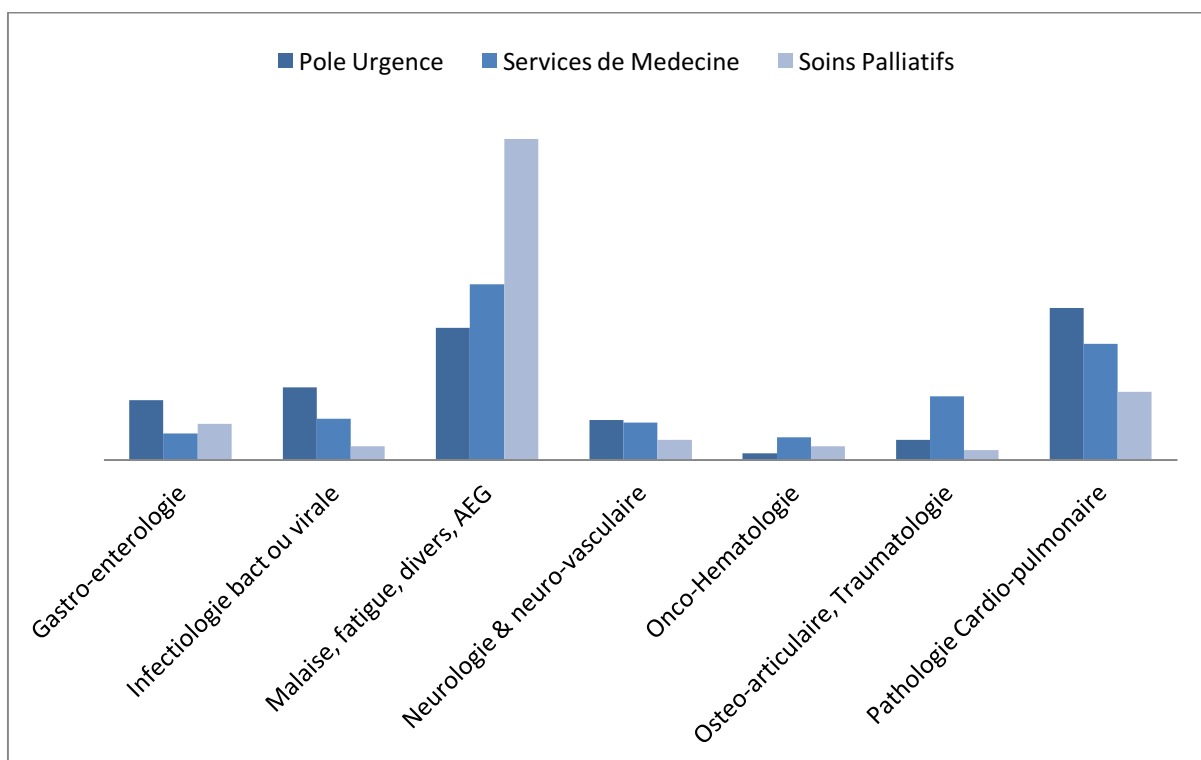


Figure 14: Répartition des diagnostics d'hospitalisation entre chaque groupe

Le pôle urgence comporte davantage de patients ayant une pathologie cardio-pulmonaire que les autres groupes ( $p<0,05$ ).

Les services de médecine comportent davantage de patients hospitalisés pour une pathologie onco-hématologique que les autres groupes ( $p<0,05$ ).

Le service de soins palliatifs comporte davantage de patients hospitalisés pour altération de l'état général que les autres groupes ( $p < 0,05$ ).

### 3.2.5 Durée moyenne d'hospitalisation

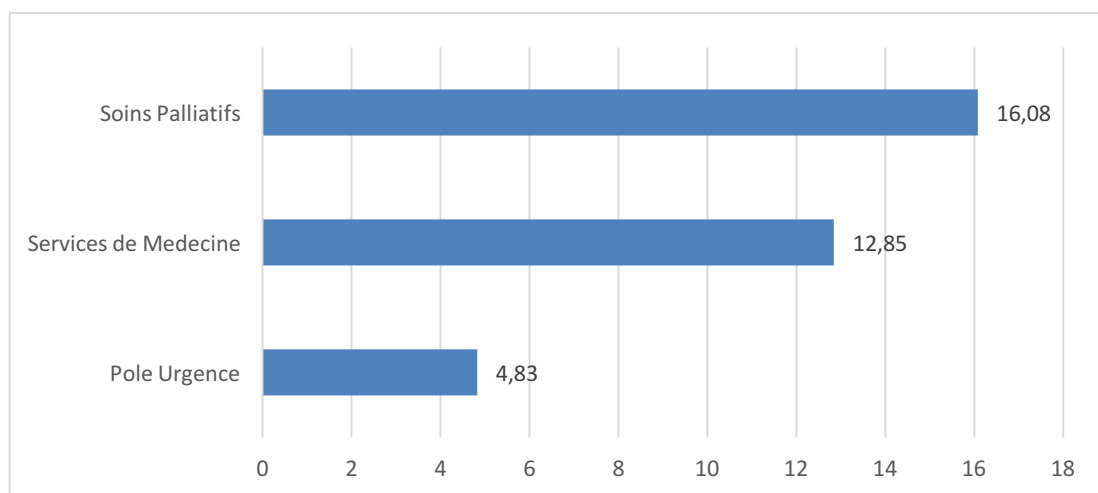


Figure 15: *Durée moyenne d'hospitalisation entre chaque groupe*

La durée moyenne d'hospitalisation en soins palliatifs est significativement supérieure aux autres groupes ( $p < 0,05$ ).

## Décision concertée

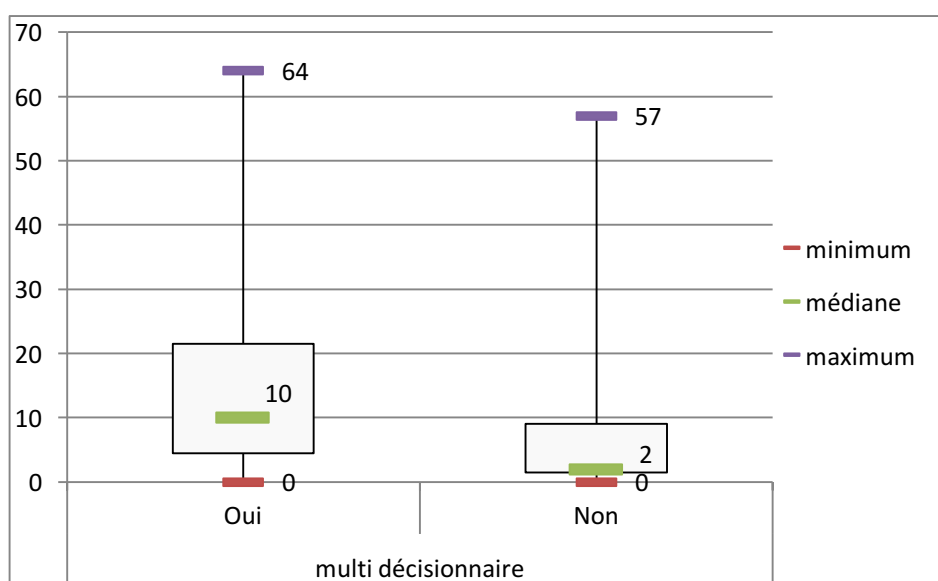


Figure 16 Box plot : Durée moyenne de séjour en fonction de l'aspect multi décisionnaire

Lorsque la décision est prise de manière multi-concertée, la durée moyenne d'hospitalisation est significativement plus longue que celle des patients ayant eu une décision prise de manière individuelle (13,97 jours (DS+/- 13,02) Vs 8,07jours (DS+/-12,67) ( $p < 0,05$ )).

### 3.2.6 Niveau de limitation

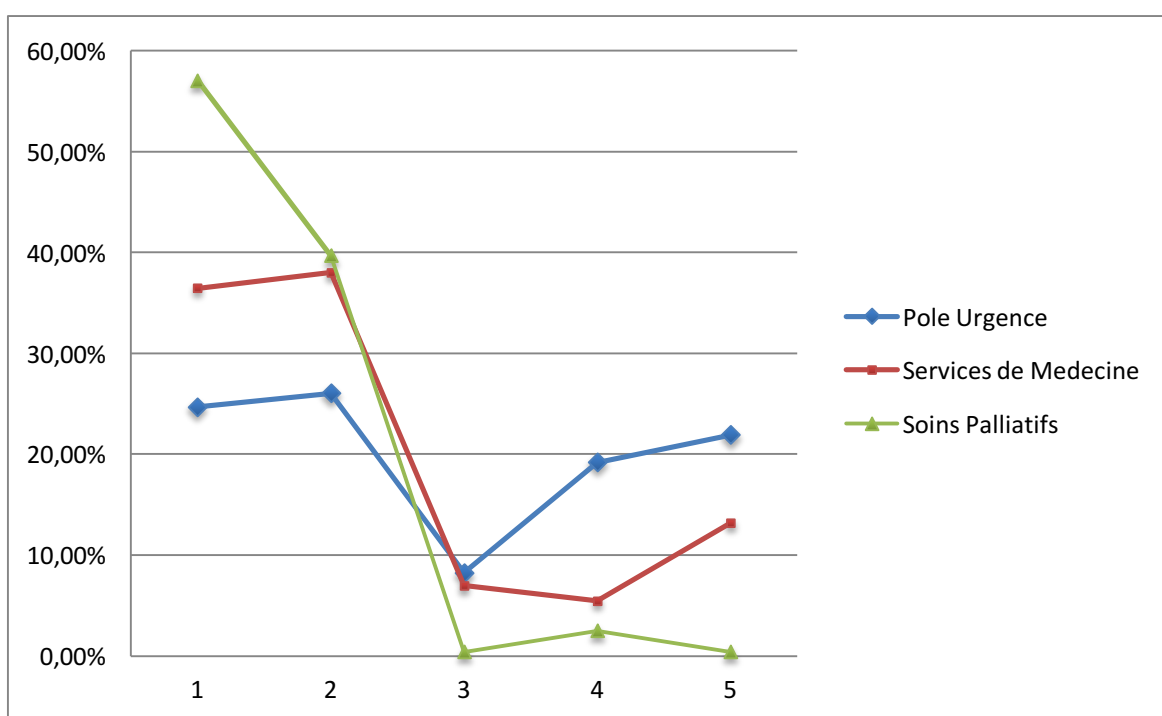


Figure 17: Répartition des niveaux de limitation thérapeutique entre chaque groupe

Les niveaux de limitation 1 et 2 sont les plus fréquemment appliqués dans l'hôpital et dans chaque groupe concerné.

L'analyse statistique montre une répartition non aléatoire des niveaux de limitation entre chacun des groupes ( $p < 0.05$ ).

Les groupes « urgence » et « médecine » limitent significativement plus leurs patients en niveaux 3 et 4, comparé aux soins palliatifs ( $p < 0.05$ ).

Le service de soins palliatifs limite significativement plus leurs patients en niveau 1 et 2, que les autres services ( $p < 0,05$ ).

Il existe un patient non limité, retrouvé en soins palliatifs.

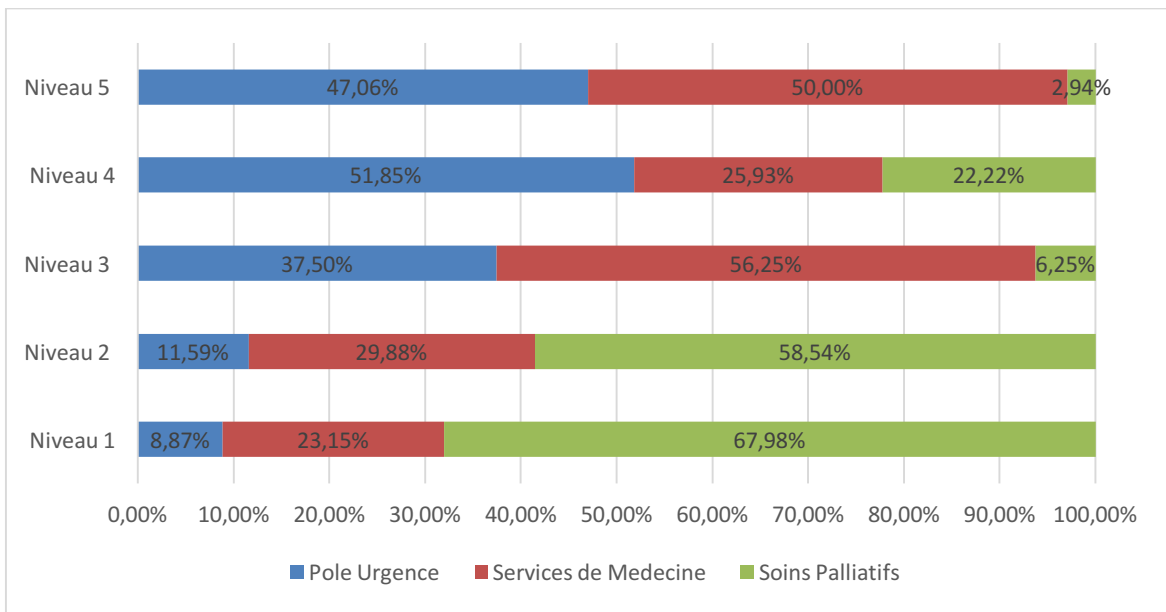
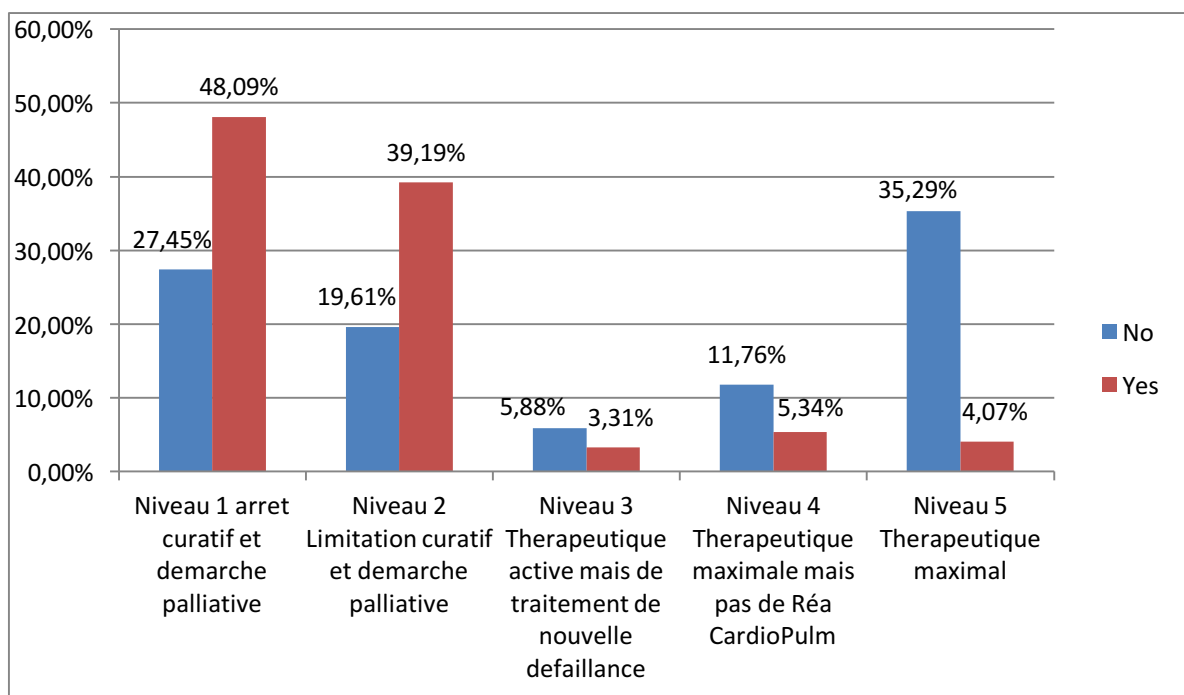


Figure 18: Fréquence des groupes pour chaque niveau de limitation thérapeutique

L'analyse au sein de chaque groupe les différents niveaux de limitation :

- Le pôle urgence présente significativement une plus grande fréquence de patients limités en niveau 4 que le groupe médecine ( $p < 0,05$ ).
- Le groupe « médecine » procède significativement plus à des niveaux de limitation 1, 2 et 3 que le pôle urgence ( $p < 0,05$ ).
- Les groupes « urgences » et « médecine » ont la même proportion de patients non limités ( $p < 0,05$ ).

## Décision concertée



*Figure 19: Fréquence des décisions multi-concertée pour chaque niveau de limitation thérapeutique*

Les décisions de limitation en niveau 1 et 2 sont significativement prises de manière multi-concertée ( $p < 0,05$ ).

Les décisions de limitation en niveau 3, 4 sont significativement prises de manière individuelle ( $p < 0,05$ ).

La décision de thérapeutique maximale (niveau 5), est prise significativement de manière individuelle ( $p < 0,05$ ).

### 3.2.7 Critères de décision de limitation thérapeutique

Les critères « impasse thérapeutique », « qualité de vie ultérieure », « mauvais pronostic à court terme », « demande du patient » sont significativement plus retrouvés dans le service des soins palliatifs ( $p < 0.05$ ).

Le critère « âge avancé » est significativement plus retrouvé dans les autres groupes qu'en soins palliatifs (55,21% vs 44,79%,  $p < 0,05$ ).

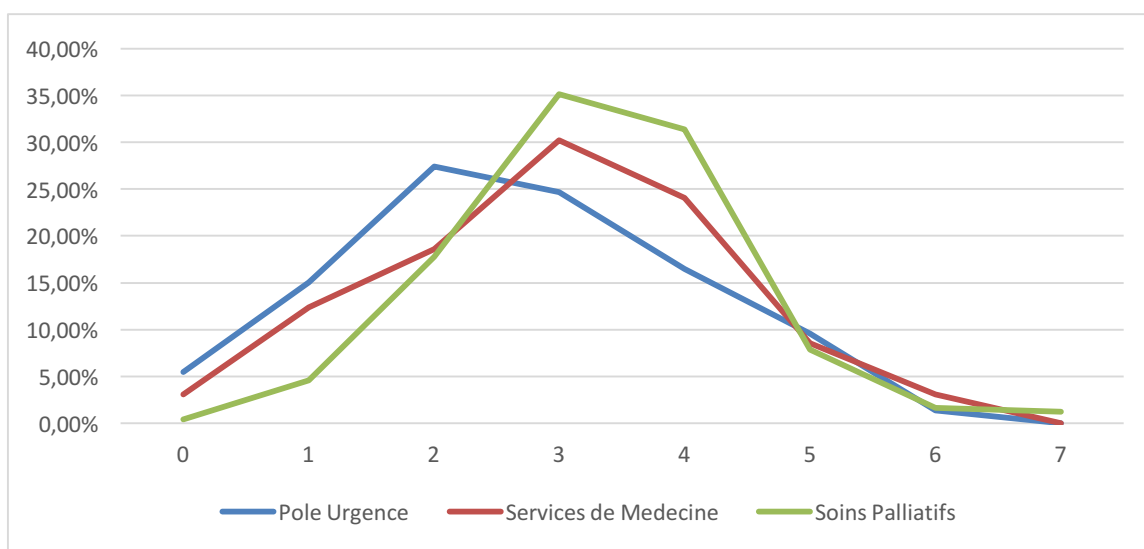


Figure 20: Répartition du nombre de critères de limitation thérapeutique entre chaque groupe

L'analyse statistique montre une répartition non aléatoire du nombre de critères de limitation thérapeutique entre le groupe « soins palliatifs » d'une part et les deux autres groupes d'autre part ( $p < 0,05$ ).

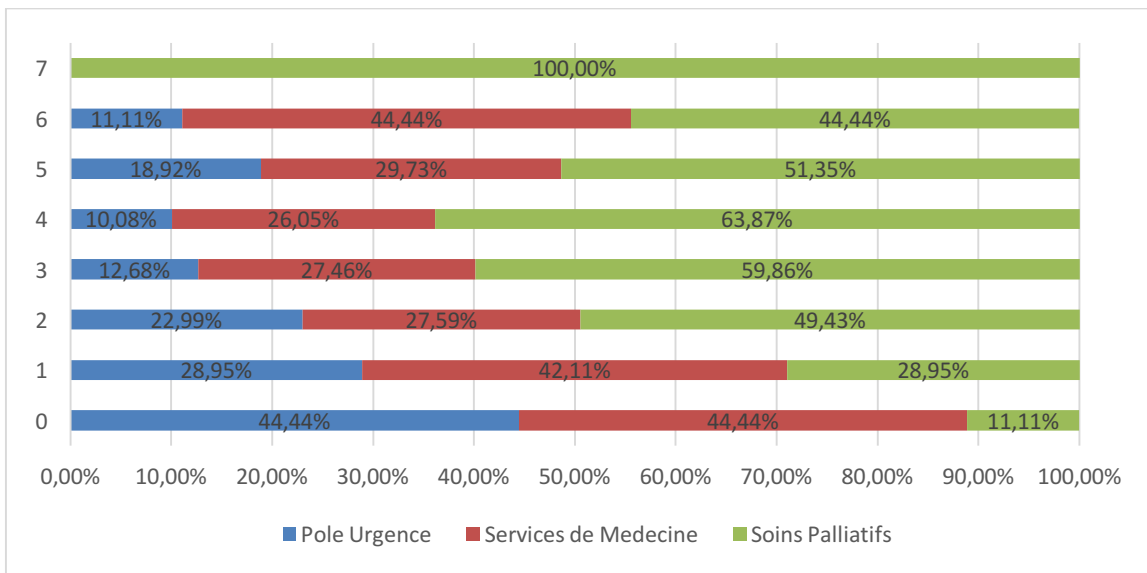


Figure 21: Fréquence des groupes pour chaque nombre de critères de limitation thérapeutique recueilli

On ne note pas de différence significative dans le recueil de critère de limitation thérapeutique entre le pôle urgence et le groupe médecine ( $p > 0,05$ ).

Le service de soins palliatifs recueille significativement plus de critères de limitation thérapeutique que le groupe médecine ( $p < 0,05$ ) ou que le pôle urgence ( $p < 0,05$ ).

Chez 9 patients en limitation thérapeutique, nous n'avons retrouvé aucun critère.

### **Décision concertée**

Les patients limités en décision multi-concertée ont une médiane de critère de décision de limitation à 3, significativement supérieure aux patients limités en décision individuelle qui est de 2 ( $p < 0,05$ ).



L'aspect multi-concerté permet de recueillir systématiquement et significativement plus de critère de limitation thérapeutique ( $p < 0,05$ ).

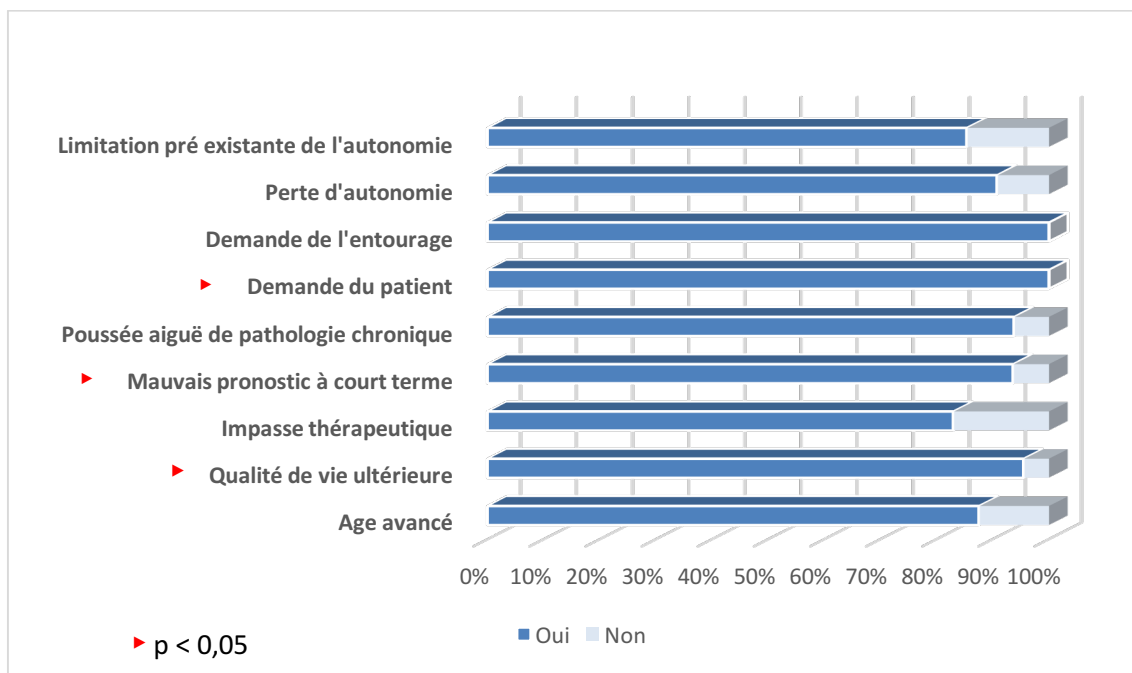


Figure 22: Critère de décision de limitation et décision multi-concertée

Lors d'une décision multi-concertée de limitation thérapeutique, les critères « qualité de vie ultérieure », « mauvais pronostic à court terme » sont plus fréquemment retrouvés que les autres critères ( $p < 0,05$ ).

Le critère « demande du patient » est toujours pris en compte lors d'une décision multi-concertée de limitation thérapeutique ( $p < 0,05$ ).

### 3.2.8 Données encadrants la décision de LAT

Données encadrant la LAT	Soins Palliatifs	Autres Services	Significativité
Décès attendu	89,67 %	55,94 %	p < 0,05
Existence de LAT	70,66 %	44,06 %	p < 0,05
Personne de confiance contactée	88,02 %	77,50 %	p < 0,05
Famille contactée	83,88 %	75,62 %	p < 0,05
Directives anticipées	15,83 %	4,50 %	p < 0,05

Tableau 10 : Proportion des données encadrants la LAT

Il y a 90% (217/242) de décès attendus et 15,83% de directives anticipées dans le service de soins palliatifs.

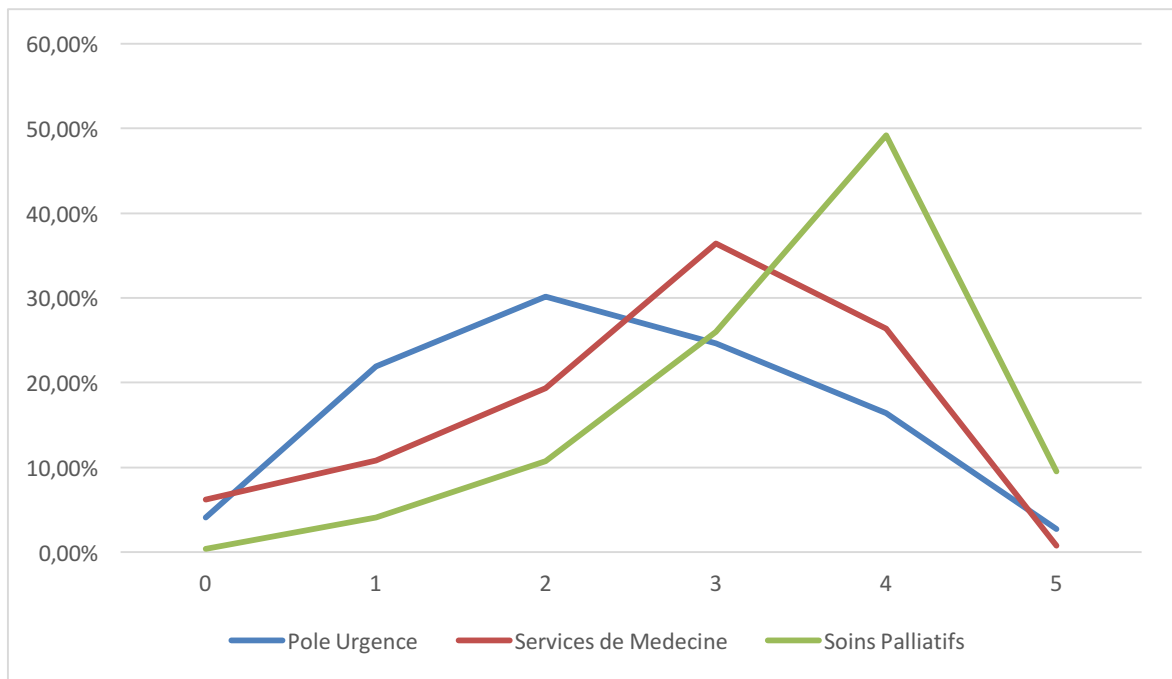


Figure 23: Répartition du nombre de données encadrant la limitation entre chaque groupe

La répartition du nombre de données encadrant la limitation thérapeutique est différente entre chaque groupe ( $p < 0,05$ ).

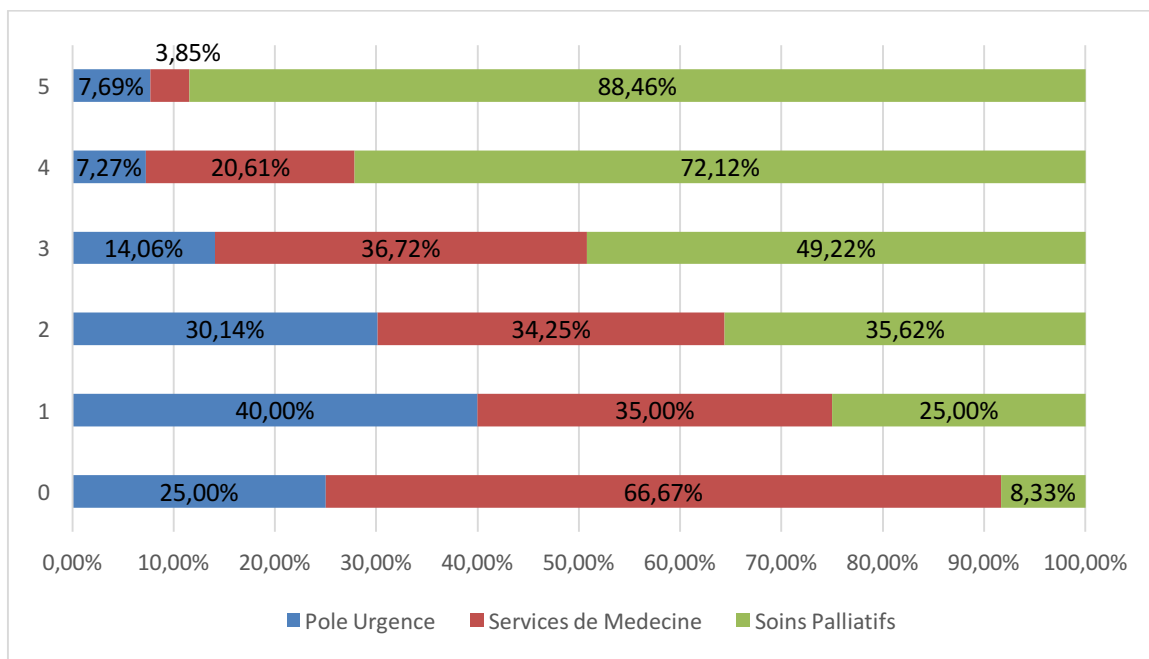


Figure 24: Fréquence des groupes pour chaque nombre de données encadrant la limitation recueilli

L'analyse au sein de chaque groupe le nombre de données encadrant la LAT :

- Le groupe « médecine » recueille significativement plus de données encadrant une décision de LAT que le pôle urgence ( $p < 0,05$ ).
- Le service de soins palliatifs recueille significativement plus de données encadrant une décision de limitation thérapeutique que les services de médecine ou le pôle urgence ( $p < 0,05$ ).

## Décision concertée

Lors d'une décision multi-concertée on retrouve plus de décès attendus, de limitation thérapeutique antérieure, de personne de confiance contactée, de famille contactée ( $p < 0,05$ ).

Les directives anticipées semblent être prises en considération selon que l'aspect décisionnel soit individuel ou multi-concerté ( $p > 0,05$ ).

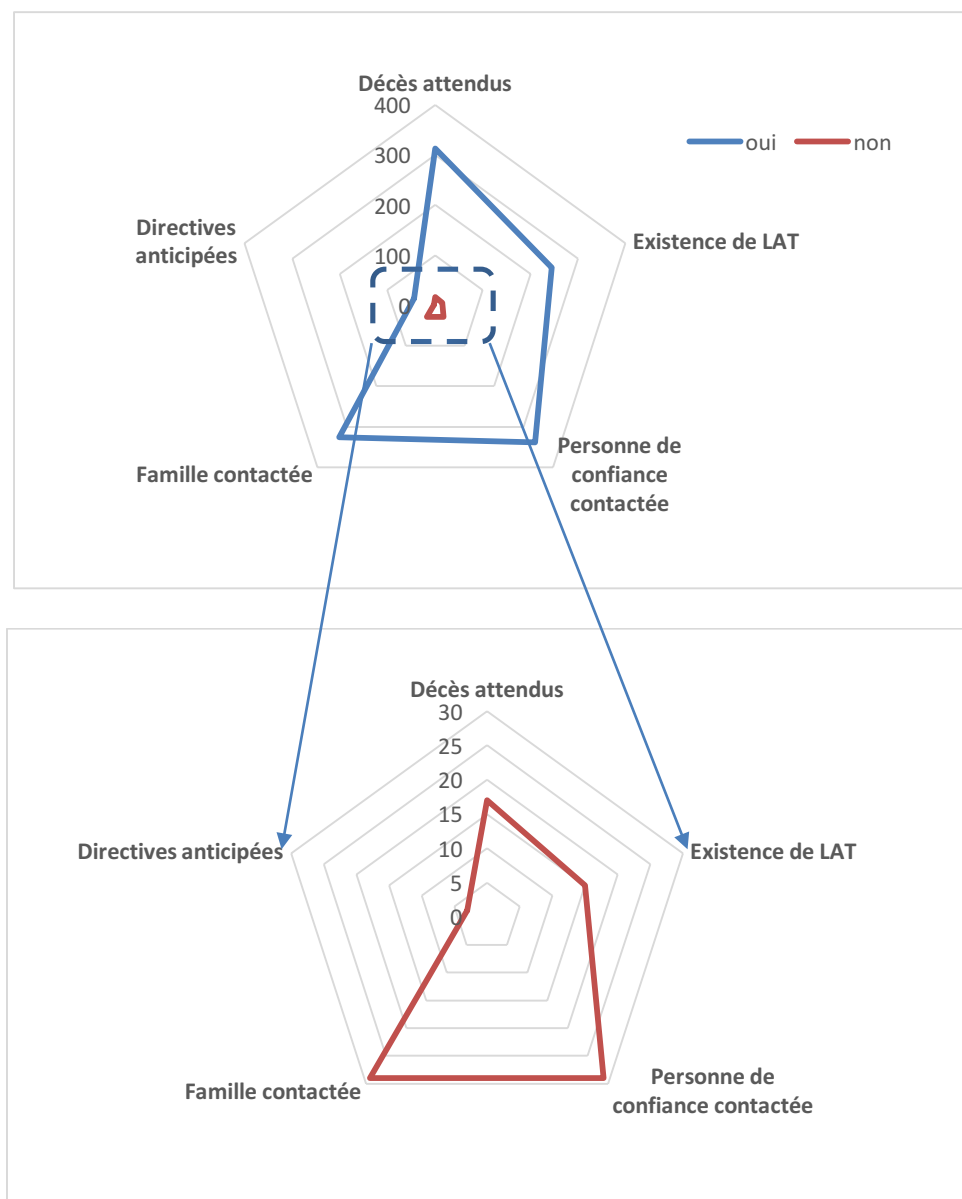


Figure 25: Données encadrant la limitation thérapeutique et décision multi-concertée

### 3.2.9 Contact avec l'EMSP (équipe mobile de soins palliatifs)

Parmi les patients hospitalisés en soins palliatifs, 29,75% avaient eu un contact antérieur avec les équipes mobiles, ce qui est plus fréquent que dans les autres groupes ( $p < 0,05$ ).

Parmi les patients hospitalisés dans les autres groupes, seuls 3,96% avaient eu un contact antérieur avec les équipes mobiles de soins palliatifs.

### 3.2.10 Comparaison des délais de limitation thérapeutique

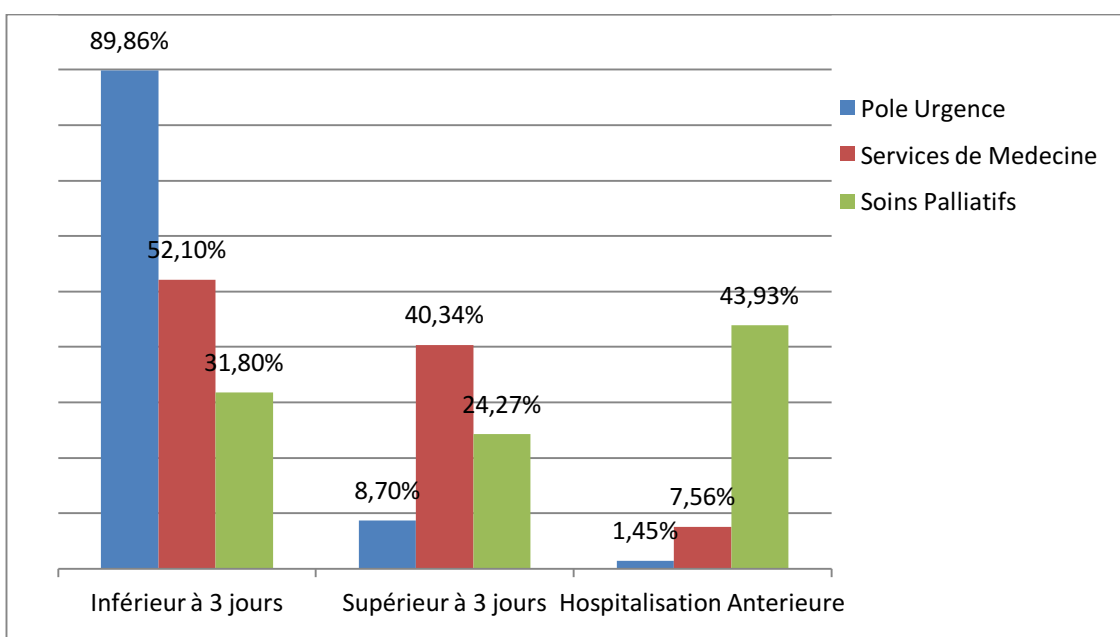


Figure 26: Répartition des groupes pour chaque délai de limitation thérapeutique

Le service de soins palliatifs possède une proportion plus importante de patients en limitation thérapeutique depuis une hospitalisation antérieure, comparée aux autres groupes ( $p < 0,05$ ).

On note chez les patients décédés dans le pôle urgence et le groupe médecine plus de limitations thérapeutiques établies dans les trois jours précédant le décès que dans le service de soins palliatifs ( $p < 0,05$ ).

### 3.2.11 Patients décédés dans les 3 jours après instauration d'une limitation thérapeutique

Lorsque la décision de limitation thérapeutique est prise dans les 3 jours précédents le décès, les critères de limitation thérapeutique les plus pris en compte de manière significative sont : « le mauvais pronostic à court terme » (80,50 %), « l'âge avancé » (52,50%) ( $p < 0,05$ ). La prise de décision se fait significativement de manière collégiale dans 81 % des cas ( $p < 0,05$ ).

Parmi les patients décédés aux urgences, 84,93 %, IC95% [76,64 – 92,63] d'entre eux ont été limité dans les trois jours avant leur décès.

## **IV. DISCUSSION**

Pendant la période d'inclusion, nous avons constaté que 16,4 % des décès de l'hôpital Saint Vincent de Paul se produisaient aux urgences. L'âge médian des patients était de 80 ans, on retrouvait majoritairement des femmes. Parmi les décès de l'hôpital, 92,35 % ont été précédés d'un processus de limitation thérapeutique.

Les critères de décision de LAT ont été choisis grâce aux recommandations de la société de réanimation de langue française (15) inspirés par l'étude LATAREA (41).

Il semblerait que plus les patients soient âgés et moins les manœuvres de réanimation sont entreprises aux urgences. Le critère « âge avancé » ( $\geq 80$  ans) a été choisi car il fait parti des scores de gravité pour l'entrée en réanimation ex : score IGSII ou APACHE. Il n'est cependant pas possible de conclure que l'âge seul soit un facteur limitant de la réanimation aux urgences (40).

#### **4.1 Caractéristiques générales de la population étudiée**

##### *4.1.1 Pourcentage de décès aux urgences*

Selon la SFMU en 2011, 0,2 à 0,8 % des patients admis dans un service d'urgence vont y décéder et 17 % des décès hospitaliers surviennent aux urgences (2) (23). Dans notre étude, 16,4 % des décès de l'hôpital sont survenus au pôle urgence, ce chiffre est comparable.



Notre pôle urgence comprenant : l'accueil, l'UHCD et l'USC est important dans le circuit patient, car les patients de l'hôpital se dégradant sont souvent pris en charge dans ces unités (42) (43) (44).

Certains patients récusés en réanimation, auraient bénéficié d'une décision de limitation thérapeutique actée en USC mais ceci n'a pas été étudié dans notre étude.

#### 4.1.2 Age et sexe

Dans la littérature, une étude prospective sur l'épidémiologie des décès, réalisée en 2005 dans des services d'urgences Français et Belges, observaient des patients âgés de  $77 \pm 15$  ans (4). Notre population était âgée en moyenne de 77 ans.

#### 4.1.3 Provenance des patients

Ils provenaient du domicile dans 72 % des cas et d'une maison de retraite dans 25 % des cas selon l'étude de Le Conte (4). Ce qui est équivalent avec notre étude, qui retrouve 80% des patients en provenance du domicile et 20% provenant de la maison de retraite.

#### 4.1.4 Autonomie des patients

Toujours dans la même étude, les patients avaient une limitation importante de leur vie quotidienne dans 47% des cas (4) contre environ 54 % dans notre étude.

#### 4.1.5 Durée d'hospitalisation avant le décès

D'après le rapport IGAS, la DMS moyenne des personnes décédées dans les services de médecine de courte durée est de 12,9 jours en 2007, contre 12,85 jours dans notre étude pour le groupe médecine. La DMS dans le service de soins palliatifs est significativement plus longue que la DMS dans les autres groupes, tout comme le montre le rapport IGAS (1).

Ceci peut s'expliquer par le fait qu'il y ai plus d'évènements aigus intercurrents dans les services d'hospitalisation de courte durée.

#### 4.1.6 Fréquence des antécédents

Parmi les patients de l'étude de Le Conte, 93 % avaient au moins une pathologie d'organe comme antécédent. Dans notre l'étude, 95,5 % des patients possèdent au moins un des antécédents recherchés.

Dans la population étudiée, 87,37 % des patients avaient un antécédent de néoplasie. La proportion de pathologies cancéreuses était significativement plus importante dans le service de soins palliatifs (76,73 %). L'existence d'un

service d'oncohématologie et de soins palliatifs dans l'hôpital peut expliquer cette importante proportion. En France, les services de soins palliatifs sont en pratique réservés aux pathologies néoplasiques, dans le rapport IGAS il est estimé que 80 % des patients bénéficiant de soins palliatifs ont une tumeur maligne (1).

Une étude réalisée dans le service de réanimation polyvalente du CHRU de Lille, retrouvait que 30 % des patients admis et décédés avaient un antécédent de néoplasie (33). Les progrès de l'hématologie et de l'oncologie ainsi que les améliorations apportées à la gestion des soins intensifs et de la réanimation ont contribué à une amélioration du taux de survie (45). Cependant, ceci ne doit pas empêcher de définir précocement, avec le patient et son entourage, quel sera l'engagement thérapeutique maximal.

L'intégration des soins palliatifs doit faire partie de la prise en charge des patients en oncologie (46), cependant les soins palliatifs se sont presque confondus avec le traitement final du cancer. A tel point que c'est le plan cancer qui s'est substitué de 2003 à 2007 au programme de mise en place des soins palliatifs, comme si ces moyens lui étaient uniquement destinés (1). Les maladies coronariennes, les insuffisants respiratoires ou cardiaques, les artéritiques, les pathologies digestives mortelles (cirrhoses évoluées par exemple), les maladies dégénératives ou cérébro-vasculaires n'en bénéficient que rarement (1). Ainsi les services où l'on meurt ne sont pas forcément tous adaptés.

#### 4.1.7 Diagnostic d'hospitalisation

Dans notre étude, les patients étaient admis pour altération de l'état général dans 66,53% des cas et pour une pathologie cardiopulmonaire dans 14,05% des cas.

Dans la littérature, les patients en fin de vie adressés aux urgences présentent soit une néoplasie évolutive en échec thérapeutique, soit un état grabataire secondaire à diverses pathologies neurologiques (accident vasculaire cérébral, démence ...) ou cardiopulmonaires (47) (48).

Ces chiffres suggèrent un possible manque d'anticipation de la fin de vie ou de projet de soins par l'ensemble du système de soins.

#### 4.1.8 Proportion de limitation arrêt thérapeutique

Dans notre étude, 92,35 % des dossiers de patients décédés avaient été précédés d'une procédure de LAT. Dans l'étude de Le Conte, une décision de limitation du niveau de soins précédait 78 % des décès (4).

Nos résultats sont probablement plus importants, car la majorité des décès ont eu lieu dans le service de soins palliatifs.

#### 4.1.9 Nombre de participants pour la décision de LAT

Dans notre étude, la prise de décision est faite par plusieurs personnes dans 88,52 % des cas. Deux médecins au minimum participent à la décision de LAT dans 53,38 % des cas. Dans l'étude de Le Conte, la décision a été prise

aux urgences, par au moins deux médecins dans 80 % des cas et par un médecin isolé dans 20 % des cas.

Dans l'étude LATASAMU, la collégialité était respectée pour 57 % des patients (49), dans l'étude LATAREA pour 88 % (41).

Dans l'étude de Verniolle et al, la décision était prise par un seul médecin dans 50 % des cas aux urgences (50).

Le site de l'étude en période de garde n'est sous la responsabilité que du seul médecin urgentiste, ces chiffres semblent donc relativement élevés étant donné la part faible des réanimateurs et anesthésistes dans la prise de décision.

L'urgentiste semble jouer un rôle de « réanimateur » sur le centre de l'étude.

La participation des infirmières et aides-soignantes n'a pas été recherchée dans notre étude, mais nous avons observé que cela n'était que rarement notifié dans les dossiers. Leur implication dans le processus décisionnel est importante et leur intervention nécessite d'être notifiée dans la démarche (35).

#### 4.1.10 Données encadrants la décision de LAT

Dans notre étude, nous retrouvons 10,68 % de directives anticipées avec une proportion plus importante dans le service de soins palliatifs. Actuellement

en France, selon l'INED, seuls 2,5 % des patients décédés ont rédigé des directives anticipées (13) (51).

Aucune étude précédente ne mentionne leur place dans le processus décisionnel, cependant la nouvelle loi Claeys-Leonetti rend contraignante les directives anticipées avec deux dérogations possibles : en situation d'urgences et en cas de suicide (12).

La personne de confiance est contactée dans 83,26 % des cas, et la famille dans 80,14 % des cas. Nous ne connaissons pas la proportion qui est impliquée dans la prise de décision. Ces chiffres paraissent élevés et sont certainement surestimés, en effet la personne de confiance est souvent assimilée à la personne à prévenir en général, nous n'avons pas retrouvé de données dans la littérature.

L'étude LATAREA montre que l'implication des proches reste encore non exhaustive, en soulignant une incidence faible de personnes référentes, identifiées, autour de 30 % (15) (41).

#### 4.1.11 Critères de décision de LAT dans la population générale :

Dans l'étude de Le Conte, plusieurs facteurs étaient significativement associés avec une décision de limitation du niveau de soins : âge élevé, limitation importante de l'autonomie et certaines causes médicales comme le cancer métastasé ou les accidents vasculaires cérébraux (AVC), en particulier les AVC hémorragiques.

Nous constatons significativement, trois critères fréquents dans les services de médecine qui sont la perte d'autonomie pré existante (50,67%), la demande de l'entourage (57,14 %) et un âge avancé (55,21 %).

Dans le service de soins palliatifs, c'est significativement la demande du patient qui prédomine (72,50 %), puis l'impasse thérapeutique (64,93 %) et la qualité de vie ultérieure (62,14 %).

#### 4.1.12 Données concernant le pôle urgence

Dans le rapport de l'IGAS sur la mort à l'hôpital, on retrouve que plus d'un malade sur cinq qui décède à l'hôpital, meurt en réanimation ou en soins intensifs ou en surveillance continue. Parmi les décès survenus en France sur l'année 2007, 3,6 % des patients étaient décédés en USC.

Parmi les patients décédés à l'hôpital Saint Vincent de Paul en 2016, 8,56 % IC95% [6,20 - 11,66] des patients l'étaient en USC. Cette proportion plus élevée pourrait-être expliquée par l'absence de service de réanimation sur l'hôpital.

L'USC pourrait être une alternative pour des patients récusés par la réanimation. Ces chiffres n'ont pas été évalués directement mais l'USC semble effectivement être une alternative intéressante pour des patients graves avec une limitation thérapeutique de niveau 3 ou 4 par exemple.

La limitation / arrêt des thérapeutiques aux urgences est hors recommandations pour 19 % des patients limités aux urgences dans les trois jours qui précèdent leurs décès, mais ceci peut s'expliquer par l'unique

présence de l'urgentiste en période de garde, qui représente 2/3 du temps de travail.

#### *4.1.13 Aspect décisionnel*

L'urgentiste limite seul, 8,33 %, IC95% [6,01-11,40] des patients décédés à l'hôpital sur l'année 2016. Il est amené à assumer une responsabilité différente de son activité quotidienne à laquelle il n'est pas toujours préparé (52).

Braun propose des solutions pour protéger les urgentistes (53), qui consistent à renforcer les effectifs lors des périodes d'affluence, inciter le personnel à suivre des formations complémentaires, à adapter les locaux et rédiger des protocoles de prise en charge en collaboration avec les autres spécialités de l'hôpital.

La décision de LAT aux urgences a été prise de manière collégiale par au moins deux médecins dans 80 % des cas et par un médecin dans 20 % des cas, dans l'étude Le Conte (4).

Ceci est similaire à notre étude, car la prise de décision lorsque le délai de limitation est inférieur à trois jours avant le décès, s'est fait significativement de manière collégiale dans 81 % des cas. Cela peut s'expliquer par l'unique présence de l'urgentiste en période de garde.

Une procédure permettrait de mieux encadrer cette décision de LAT et d'assurer un respect de la législation avec l'aspect collégial.



#### 4.1.14 Délais de LAT

Dans l'étude de Le Conte, le délai médian pour les patients en phase terminale de leur pathologie, entre l'admission et le décès aux urgences était de sept heures (4).

Nous n'avons pas de détails suffisamment précis sur l'heure de décès, seulement sur la date et heure de sortie du dossier patient informatisé. Dans notre étude le délai de LAT le plus fréquent dans les services de médecine et urgences est inférieur à trois jours avant le décès, ce qui montre un possible manque d'anticipation ou une évolution rapidement défavorable, d'où l'intérêt d'une procédure.

### **4.2 Les limites de l'étude**

#### 4.2.1 Biais de sélection

Notre étude est monocentrique, le caractère local ne permet pas d'extrapoler les résultats à d'autres services d'urgences. De plus nous avons exclus les décès survenus en pédiatrie et chirurgie.

#### 4.2.2 Biais de confusion

Une erreur d'appréciation dans l'association du délai de décision de LAT et la durée moyenne de séjour.

Par exemple, dans le service de soins palliatifs la durée de séjour avant la décision de LAT est d'environ 10 jours, lorsque le décès survient dans les trois jours avant la décision de LAT.

Or, les patients proviennent d'autres services avant leur arrivée en soins palliatifs, ce chiffre est donc discutable car on ne prend pas en compte ici le circuit patient antérieur.

#### 4.2.3 Biais de mesure

Plusieurs enquêteurs ont rempli le questionnaire, le recueil des données a pu être biaisé pour certaines données.

#### 4.2.4 Biais de publication

Difficilement évitable par définition.

### **4.3 Projets d'amélioration**

#### 4.3.1 Procédure d'aide à la limitation et arrêt des thérapeutiques

Les recommandations actuelles de limitation et d'arrêt des soins en réanimation ne peuvent guider une conduite aux urgences, en effet : les conditions d'exercice, les contraintes humaines, matérielles et temporelles ne sont pas superposables (54).

Néanmoins la fiche d'aide pour la décision de LAT (15) et le guide pallia 10 (annexe 8) nous a permis de créer une procédure propre à l'hôpital Saint Vincent de Paul. Ce qui permettrait de répondre aux recommandations des sociétés savantes concernant la fin de vie.

#### 4.3.2 Formation des équipes :

Le rapport sur la fin de vie mené par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) montre qu'il est nécessaire de former le plus tôt possible les professionnels de santé sur les aspects pratiques de la fin de vie (55).

La gestion de la fin de vie nécessite des compétences qui doivent s'inscrire dans un processus de formation continue.

Plusieurs journées sont organisées par an, sur le thème de la fin de vie à Saint Vincent, ainsi que des journées « d'Intervision Ethique ».

Instaurer des journées de formation destinées aux professionnels médicaux et paramédicaux, comprenant la présentation de cas cliniques spécifiques avec différentes prises en charge thérapeutiques accompagnées de fiches type, une éducation sur les procédures existantes au sein de l'hôpital avec les prescriptions conditionnelles existantes, permettrait d'assurer une formation continue des acteurs de santé de l'hôpital (56).

Les services d'accueil des urgences sont dédiés à une prise en charge rapide des patients les plus graves, où les modèles de fin de vie n'y sont pas adaptés.

La société française de médecine d'urgence recommande d'admettre les patients en fin de vie dans les UHCD, où la culture palliative est plus présente parmi le personnel médical et paramédical (3)(42).

## V. CONCLUSION

La grande majorité des patients décédés à l'hôpital Saint Vincent de Paul ont été limités, cependant des améliorations doivent encore être réalisées. Le manque d'anticipation concernant la limitation des thérapeutiques de pathologies chroniques, et le manque de traçabilité de ces limitations dans le dossier doivent évoluer, notamment pour l'accueil de patients en fin de vie aux urgences et pour éviter l'obstination déraisonnable.

L'initiation d'une limitation / arrêt des thérapeutiques est aujourd'hui un acte quotidien auquel sont confrontés les médecins urgentistes.

A ce jour, il existe une feuille d'aide à la limitation / arrêt des thérapeutiques probablement mal diffusée mais aucune procédure en accord avec la législation n'existe afin d'aider les médecins et le personnel soignant à prendre cette décision.

Suite à cette étude, nous proposons une procédure pour aiguiller la prise de décision, et une feuille de LAT comprenant des objectifs thérapeutiques pour chaque patient et définissant les niveaux de soins.

L'organisation de formations, de journées thématiques pour les soignants avec la participation de l'équipe mobile de soins palliatifs pourraient améliorer la prise en charge des patients, de leur entourage et des soignants. Le département universitaire d'éthique médicale s'y investit au travers de la cellule d'animation de la réflexion éthique (CARE).

Nous pourrions diffuser la procédure créée à l'aide du dossier patient informatisé (DPI) et évaluer son utilisation dans quelques années.



<b>OBJECTIFS MEDICAUX THERAPEUTIQUES</b>		Application : date Version : numéro A réviser avant : date
Nom / Prénom : DN : <b>Réanimation cardio-pulmonaire</b>	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
<input type="checkbox"/> RCP / tentative de réanimation	<input type="checkbox"/> Ne pas réanimer	
<b>Actes médicaux :</b> <input type="checkbox"/> Mesures de confort <input type="checkbox"/> Limitation à : <ul style="list-style-type: none"><li>- utilisation d'un traitement médical en intraveineux si besoin oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></li><li>- monitoring PA, FC oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></li><li>- intubation / ventilation mécanique oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></li><li>- utilisation d'amines oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></li><li>- ventilation non invasive (CPAP, BiPAP) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></li><li>- transfert possible vers autre hôpital oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></li><li>- dialyse oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></li></ul>		
<input type="checkbox"/> Traitement optimal	<b>Alimentation administré :</b>	
<b>Antibiotiques :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui pour une infection intercurrente <input type="checkbox"/> Oui en traitement curatif	<input type="checkbox"/> Pas de SNG <input type="checkbox"/> SNG, objectifs :	
<b>Désaccord :</b> Motif du désaccord et date : Nom du médecin :		
Le patient a établi des directives anticipées oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Le patient a désigné une personne de confiance oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

Date	Niveau de soins	Motif de la décision	Nom	Collège médical	Signature

Lors du bilan clinique et paraclinique d'un patient, les soignants (médecin, infirmier(e)s, aide soignant(s)) peuvent constater subjectivement la fragilité relative d'un patient grâce aux antécédents, leur autonomie.

Il faut déterminer le projet thérapeutique du patient.

Le guide pallia 10 peut aider pour la réflexion et faire appel à une équipe mobile de soins palliatifs si besoin.

- 1) Contact avec le médecin traitant, entretien avec le patient ou ses représentants ;
- 2) Réunion d'un collège composé de deux médecins dont un consultant extérieur du service, de soignants (infirmier(e)s, aide soignant(e)s) ;
- 3) Rédaction du projet avec le niveau de soins et les objectifs thérapeutiques.

## **Niveaux de soin pour la procédure de limitation ou arrêt thérapeutique**

### **Grade 1 : Soins de phase terminale**

Hygiène corporelle  
Positionnement  
Soins buccaux  
Contrôle de ma douleur et de l'inconfort  
Support émotionnel

### **Grade 2 : Soins palliatifs**

Objectifs thérapeutiques  
Maintien ou restauration de l'état cutané  
Soins de la mécanique corporelle  
Maintien d'un transit  
Hydratation et nutrition par moyens naturels  
Traitement symptomatique : douleur, dysphagie ... (prescriptions anticipées)

### **Grade 3 : Limitation de soins**

Objectifs thérapeutiques  
Mesure de confort

### **Grade 4 : Soins maximaux (soins intensifs, réanimation)**

Toute mesure sera réalisée



## VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Lalande F, Veber O et al. La mort à l'hôpital. 2009 nov p. 3. Report No.: RM2009-124P.
2. Le Conte P, Riochet D, Batard E, et al. Death in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. *Intensive Care Med.* mai 2010;36(5):765-72.
3. Haegy JM, Andronikof M et al., Thiel MJ. Ethique et urgences Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. 2003 janv.
4. Le Conte P. Éthique et fin de vie en médecine d'urgence. Fev 2014;
5. Prendergast TJ, Luce JM. Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *Am J Respir Crit Care Med.* janv 1997;155(1):15-20.
6. Ordre National Des Médecins. Le serment d'hippocrate.
7. Ministère de la santé publique et de la population. Code de déontologie médicale. 47-1189 Juin, 1947.
8. De Broucker D. Appropriation par le médecin de famille des termes de la loi sur le droit des malades et la fin de vie, dite « Loi Léonetti ». *Preuves et Pratiques.* 2011;(56):15.
9. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
10. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. 2005-370 avril, 2005.
11. Rwabihama J-P, Rabus M-T, Perilliat J-G. Évolution des droits de patients en fin de vie. *Presse Médicale.* avr 2015;44(4):392-400.
12. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. 2016-87 février, 2016.
13. Boyer A, Eon B, Quentin B et al. Que change la Loi Claeys-Leonetti pour les réanimateurs ? *Avr 2016;25(4):419-25.*
14. Fabius L, Bazy Malaurie C, Belloubet N. Conseil Constitutionnel. 2017 juin.
15. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des recommandations de la Société de réanimation de langue française. 2010;(19):679-98.
16. Larousse. Euthanasie définition. In.
17. L.Beydon CP, S.Beloucif, et al. Fin de vie, euthanasie et suicide assisté : une mise au point de la Société française d'anesthésie et de réanimation. *Ann Fr Anesth Réanimation.* sept 2012;31(9):694-703.
18. AGORA. Suicide assisté Définition. In.
19. Knaus WA, Zimmerman JE, Wagner DP, and al. APACHE-acute physiology and

- chronic health evaluation: a physiologically based classification system. *Crit Care Med.* août 1981;9(8):591-7.
20. Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier F. A new Simplified Acute Physiology Score (SAPS II) based on a European/North American multicenter study. *JAMA.* 22 déc 1993;270(24):2957-63.
  21. Ferrand E. Les pratiques de limitations et d'arrêts des thérapeutiques actives en réanimation en France. In *MAPAR*; 2003. p. 613. (Mise au point en Anesthésie Réanimation).
  22. Amouretti M. L'approche de la qualité de vie en médecine : de la recherche clinique à la pratique quotidienne. *Gastroentérologie Clinique et Biologique.* janv 2004;28(1):9-10.
  23. Reignier J, Cottreau A, Vinatier I. Limitations et arrêts des traitements ou réanimation d'attente ? Paris: SFMU; 2011.
  24. Ordre National Des Médecins. Code de déontologie médicale. 2016 Août.
  25. Circulaire DGS/3D Laroque. août 26, 1986.
  26. LOI no 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. 99-477 juin, 1999.
  27. Haute Autorité de Santé. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. 2002 déc.
  28. Leheup B. Le principe du double effet : un outil aidant à la réflexion éthique dans le cadre de la sédation pour détresse en phase terminale. 2006;82-6.
  29. Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, et al. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA.* 15 nov 2000;284(19):2476-82.
  30. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, et al. Risk of Post-traumatic Stress Symptoms in Family Members of Intensive Care Unit Patients. *Am J Respir Crit Care Med.* mai 2005;171(9):987-94.
  31. Azoulay É, Timsit J-F, Sprung CL, Soares M, Rusinová K, Lafabrie A, et al. Prevalence and Factors of Intensive Care Unit Conflicts: The Conflicus Study. *Am J Respir Crit Care Med.* nov 2009;180(9):853-60.
  32. Azoulay E, Cattaneo I, Ferrand E, et al. L'information au patient en réanimation et à ses proches : le point de vue de la SRLF. *Réanimation.* 2001;(10):571-81.
  33. Docquois J. Impact à deux ans de la mise en place d'une procédure d'aide à la limitation thérapeutique en réanimation.[Thèse d'exercice]. [Lille, France]; 2013.
  34. SRLF, SFAR. « Mieux vivre la Réanimation » 6ème Conférence de consensus. In 2009. p. 321-30.
  35. Ferrand E, Lemaire F, Regnier B, et al. Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. *Am J Respir Crit Care*

Med. 15 mai 2003;167(10):1310-5.

36. Ferrand E, Jabre P, Vincent-Genod C, Aubry R, Badet M, Badia P, et al. Circumstances of death in hospitalized patients and nurses' perceptions: French multicenter Mort-a-l'Hôpital survey. *Arch Intern Med.* 28 avr 2008;168(8):867-75.
37. Le rapport Belmont. Principes d'éthique et lignes directrices pour la recherche faisant appel à des sujets humains. Québec; 1982 p. 233-50. (Médecine et Expérimentation. Les cahiers de Bioéthique). Report No.: 4.
38. Direction Générale de la Santé, Direction Générale de l'action Sociale, Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. France; 2007 oct.
39. Observatoire national de la Fin de Vie. Fin de vie des personnes âgées. 2013.
40. B. Guidet, D. Pateron, A. Boumendil. Critères d'admission des personnes âgées en réanimation. 2011.
41. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F, French LATAREA Group. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. *Lancet Lond Engl.* 6 janv 2001;357(9249):9-14.
42. Gerbeaux P, Bourrier P, Gheron P, et al. Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgences; 2001;(14):144-52.
43. Duret E, Schmutz T, Colin V, Deleau J, Braun F. Évaluation de l'activité d'une UHCD selon les critères et recommandations de la SFMU : une photographie pertinente des difficultés de fonctionnement d'un centre hospitalier général. *J Eur Urgences.* mars 2008;21:A32.
44. Borer A, Bertard A, Gandar J, Delmas G, Pierrard O, Gillet P, et al. La fin de vie (FdV) en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). *J Eur Urgences.* mars 2008;21:A175.
45. Azoulay E, Soares M, Darmon M, Benoit D, Pastores S, Afessa B. Intensive care of the cancer patient: recent achievements and remaining challenges. *Ann Intensive Care.* 2011;1(1):5.
46. Rangachari D, Smith TJ. Integrating Palliative Care in Oncology: The Oncologist as a Primary Palliative Care Provider. *Cancer J.* 2013;19(5):373-8.
47. Roupie E. La mort aux urgences : enquête prospective préliminaire. *Actual EN Reanim URGENCES.* 1999;281-9.
48. Tardy B, Viallon A. Fin de vie aux urgences.
49. Ferrand E, Marty J, French LATASAMU Group. Prehospital withholding and withdrawal of life-sustaining treatments. The French LATASAMU survey. *Intensive Care Med.* oct 2006;32(10):1498-505.
50. Verniolle M, Brunel E, Olivier M, Serres I, Mari A, Gonzalez H, et al. Évaluation des démarches de limitation et d'arrêt de traitement en salle d'accueil des urgences vitales. *Ann Fr*

Anesth Réanimation. sept 2011;30(9):625-9.

51. Pennec S, Monnier A, Pontone S. Les décisions médicales en fin de vie en France. nov 2012;(494):3-4.

52. Molenda S. Le syndrome de burn-out. Sfm. 2010;

53. Braun F. Urgentistes au bord de la crise de nerf... Ann Fr Médecine Urgence. juill 2012;2(4):222-3.

54. Rothmann C, Evrard D. La mort aux urgences. Journal Européen des Urgences et de Réanimation. 2005;18(1):3-9.

55. ATEMIS. Rapport relatif à la réalisation d'un état des lieux du dispositif de soins palliatifs au niveau national. 2009 janv. Report No.: 85.

56. HAS. Parcours de soins d'une personne ayant une maladie chronique en phase palliative. 2013.

## Table des figures

Figure 1: Répartition du sexe .....	33
Figure 2: Box Blot des âges en fonction du sexe .....	34
Figure 3: Répartition du lieu de vie des patients.....	34
Figure 4: Fréquence des degrés d'autonomie .....	35
Figure 5: Répartition des différents niveaux de limitation.....	36
Figure 6: Répartition des critères de décision de limitation thérapeutique .....	37
Figure 7 : Répartition du nombre de critères de limitation thérapeutique recueilli.....	38
Figure 8: Répartition du nombre de participants pour chaque décision de limitation thérapeutique .....	39
Figure 9: Répartition des données encadrants la limitation thérapeutique .....	41
Figure 10: Répartition du mode de décision en fonction du groupe de patient.....	42
Figure 11: Box plot des âges en fonction du sexe et des groupes de patient .....	43
Figure 12: Répartition des antécédents entre chaque groupe .....	44
Figure 13: Répartition du degré d'autonomie entre chaque groupe .....	45
Figure 14: Répartition des diagnostics d'hospitalisation entre chaque groupe .....	46
Figure 15: Durée moyenne d'hospitalisation entre chaque groupe.....	47
Figure 16 Box plot : Durée moyenne de séjour en fonction de l'aspect multi décisionnaire.....	48
Figure 17: Répartition des niveaux de limitation thérapeutique entre chaque groupe.....	49
Figure 18: Fréquence des groupes pour chaque niveau de limitation thérapeutique .....	50
Figure 19: Fréquence des décisions multi-concertée pour chaque niveau de limitation thérapeutique .....	51
Figure 20: Répartition du nombre de critères de limitation thérapeutique entre chaque groupe .....	52
Figure 21: Fréquence des groupes pour chaque nombre de critères de limitation thérapeutique recueilli.....	53

Figure 22: Critère de décision de limitation et décision multi-concertée .....	54
Figure 23: Répartition du nombre de données encadrant la limitation entre chaque groupe ..	55
Figure 24: Fréquence des groupes pour chaque nombre de données encadrant la limitation recueilli.....	56
Figure 25: Données encadrant la limitation thérapeutique et décision multi-concertée .....	57
Figure 26: Répartition des groupes pour chaque délai de limitation thérapeutique .....	58

## **Table des tableaux**

<i>Tableau 1 : Nombre de décès .....</i>	33
<i>Tableau 2: Fréquence des différents niveaux de limitation .....</i>	36
<i>Tableau 3: Fréquence des critères de limitation thérapeutique .....</i>	37
<i>Tableau 4: Fréquence du nombre de critère de limitation thérapeutique recueilli .....</i>	38
Tableau 3: Proportion du nombre de participants pour chaque décision de limitation thérapeutique .....	39
Tableau 4: Fréquence de participation de certaines spécialités .....	40
Tableau 5 Fréquence des données encadrants la limitation thérapeutique.....	41
Tableau 6: Nombre et proportion de décès entre chaque groupe .....	42
Tableau 7: Moyenne d'âge des patients entre chaque groupe.....	43
Tableau 8 : Proportion des données encadrants la LAT .....	55

## **VII. ANNEXE**



<b>ANNEXE 1 : GUIDE D'AIDE A LA REFLEXION ET FEUILLE DE LATA .....</b>	<b>87</b>
<b>ANNEXE 2 : SCORE PRONOSTIC IGS II .....</b>	<b>91</b>
<b>ANNEXE 3 : PROCEDURE D'ANNONCE DE DECISION DE LAT .....</b>	<b>92</b>
<b>ANNEXE 4 : ACCORD DE LA DIM POUR L'ACCES AUX DONNEES PATIENTS .....</b>	<b>93</b>
<b>ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE .....</b>	<b>94</b>
<b>ANNEXE 6 : CLASSIFICATION D'AUTONOMIE ABCD DE KNAUSS .....</b>	<b>95</b>
<b>ANNEXE 7 : ACCORD DE LA CNIL .....</b>	<b>96</b>
<b>ANNEXE 8 : GUIDE PALLIA 10 .....</b>	<b>97</b>

# Annexe 1 : Guide d'aide à la réflexion et feuille de LATA

## Annexe 1. Guide d'aide à la réflexion collégiale concernant le niveau d'engagement thérapeutique (d'après le Guide LATAREA)

Discussion n°:		Date :	
Initiateur de la réflexion (fonction et identification) :			
Réflexion(s) informelle(s) ayant précédé cette discussion : Oui   Non			
Niveau d'engagement thérapeutique ce jour : <input type="radio"/> Maximal <input type="radio"/> Ne pas réanimer un ACR (NTBR) <input type="radio"/> Limitation thérapeutique			
Consultation du patient et des proches concernant le niveau d'engagement thérapeutique avant présente discussion			
Patient : <input type="radio"/> inapte à consentir (coma ou sédation) <input type="radio"/> consulté en accord avec la stratégie <input type="radio"/> consulté en désaccord avec la stratégie			
Proches : <input type="radio"/> consultés et en accord avec la stratégie <input type="radio"/> consultés en désaccord avec la stratégie <input type="radio"/> niveau d'information insuffisant <input type="radio"/> défaut de qualité des entretiens <input type="radio"/> absence de proches connus ou joignables			
Intervenants de la réflexion collégiale (*: participation indispensable si présent)			
Fonction	Identification	Fonction	Identification
* Médecin senior en charge du patient	Nom :	Chirurgien	Nom :
* Interne en charge du patient	Nom :	Médecin référent	Nom :
* Infirmier(e) en charge du patient	Nom :	Cadre infirmier	Nom :
* Aide-soignant(e) en charge du patient	Nom :	Autres paramédicaux	Noms :
Autre médecin senior	Nom :	Médecin traitant	Nom :
Défaillance(s) d'organe(s) lors de la discussion			
<input type="radio"/> Respiratoire nécessitant la ventilation artificielle <input type="radio"/> Cardiovasculaire nécessitant un support vasopresseur <input type="radio"/> Neurologique avec anoxie/ischémie nécessitant la ventilation artificielle <input type="radio"/> Neurologique avec anoxie/ischémie ne nécessitant pas la ventilation artificielle		<input type="radio"/> Rénal et métabolique nécessitant l'épuration extra rénale <input type="radio"/> Hépatique <input type="radio"/> Hématologique nécessitant transfusions répétées	
Contexte clinique			
Argumentation en faveur ou contre une limitation des traitements selon l'équipe de réanimation			
Il n'existe plus de stratégie curative possible			Oui   Non
Le délai d'action est suffisant pour juger de l'inefficacité de la stratégie en cours			Oui   Non
Aucun renseignement ou examen supplémentaire n'est indispensable à la réflexion			Oui   Non
Le pronostic de la maladie de fond est objectivement désespéré à court terme			Oui   Non
L'âge est particulièrement avancé			Oui   Non
Le niveau d'engagement thérapeutique est déjà limité avant cette discussion			Oui   Non
L'autonomie antérieure à hospitalisation était limitée			Oui   Non
L'autonomie fonctionnelle future sera très limitée			Oui   Non
La qualité de vie relationnelle future sera très limitée			Oui   Non
Un refus de soins a été clairement exprimé par le patient			Oui   Non
La souffrance physique du patient est incontrôlée			Oui   Non
La souffrance morale du patient est majeure malgré une prise en charge spécifique			Oui   Non
Les proches considèrent la prise en charge comme de l'acharnement thérapeutique			Oui   Non
Il ne doit pas être tenu compte dans la réflexion d'une iatrogénie (potentielle)			Oui   Non
Commentaire :			

Avis du médecin ou du chirurgien référent du patient (différent du consultant extérieur de la procédure Leonetti)	
Un avis du médecin ou du chirurgien référent serait utile :	Oui   Non   NA
... au cas où l'avis recherché serait impossible, pour quelle(s) raison(s) :	Non disponible   Non souhaité   Injoignable
... au cas, où l'avis serait possible, quelle argumentation du médecin/chirurgien référent :	
Il n'existe plus de stratégie curative possible	Oui   Non
Le délai d'action est suffisant pour juger de l'inefficacité de la stratégie en cours	Oui   Non
Aucun renseignement ou examen supplémentaire n'est indispensable	Oui   Non
Le pronostic de la maladie de fond est objectivement désespéré à court terme	Oui   Non
L'âge est particulièrement avancé	Oui   Non
L'autonomie antérieure à hospitalisation était limitée	Oui   Non
L'autonomie fonctionnelle future sera très limitée	Oui   Non
La qualité de vie relationnelle future sera très limitée	Oui   Non
Un refus de soins a été clairement exprimé par le patient	Oui   Non
Commentaire :	
Niveau de consensus	
Consensus au sein de l'équipe :	Oui   Non
Prévoir autre réunion dans les 48h :	Oui   Non
Le patient sera impliqué dans cette réflexion :	Oui   Non, juste informé   Non, du tout   NA
Les proches seront impliqués de cette réflexion :	Oui   Non, juste informés   Non, du tout   NA
Commentaire :	
Stratégie proposée	
<input type="radio"/> Engagement thérapeutique maximal argumenté <input type="radio"/> Engagement thérapeutique maximal par insuffisance de données <input type="radio"/> Ne pas réanimer en cas d'arrêt cardiaque (NTBR) <input type="radio"/> Limitation des traitements et démarche palliative <input type="radio"/> Arrêt des traitements et démarche palliative	
Après consultation ...	
Le patient est :	<input type="radio"/> inapte à consentir <input type="radio"/> en accord avec la stratégie <input type="radio"/> en désaccord avec la stratégie
Les proches sont :	<input type="radio"/> en accord avec la stratégie <input type="radio"/> en désaccord avec la stratégie <input type="radio"/> non vus
Un autre entretien est prévu (dans un délai maximum de 48h) le .....	
Commentaire :	
Décision après les différentes consultations	
<input type="radio"/> Engagement thérapeutique maximal argumenté <input type="radio"/> Engagement thérapeutique maximal par insuffisance de données <input type="radio"/> Ne pas réanimer en cas d'arrêt cardiaque (NTBR)      → Remplir fiche de décision LAT <input type="radio"/> Limitation des traitements et démarche palliative      → Remplir fiche de décision LAT <input type="radio"/> Arrêt des traitements et démarche palliative      → Remplir fiche de décision LAT	

**Annexe 2. Fiche de Décision de limitation ou d'arrêt des traitements (d'après le Guide LATAREA)**

Nom du médecin responsable de la décision : .....

1. *Décision proposée* :  une limitation des traitements  un arrêt des traitements

2. Respect de la procédure de réflexion collégiale :

Date et n° de la réflexion collégiale: .....

Le médecin responsable assure :

 avoir consulté l'équipe de soins concernant la décision et ses modalités avoir consulté le patient conscient et apte à consentir concernant la décision et ses modalités ne pas avoir consulté le patient car celui-ci était inconscient ou inapte à consentir s'être assuré de l'existence potentielle de directives anticipées ou de souhaits antérieurement exprimés par le patient avoir consulté la personne de confiance (si désignée) concernant la décision et ses modalités avoir consulté la personne référente et les proches concernant la décision et ses modalités assure avoir consigné les motifs et l'identité des intervenants

3. Avis du consultant extérieur :

Nom, fonction et service du consultant : .....

Patient examiné : Oui | Non

Anamnèses antérieure et présente considérées comme suffisantes : Oui | Non

Argumentation de la décision considérée comme suffisante et cohérente : Oui | Non

Modalités de la décision prise considérées comme cohérentes et adaptées : Oui | Non

**Conclusion signée de l'avis du consultant :**

Accord avec la décision prise : Oui | Non

Désaccord avec la décision prise justifiant un autre avis : Oui | Non

*Commentaire éventuel:*

4. Décision définitive :

 Limitation des traitements et démarche palliative Arrêt des traitements et démarche palliative Pas de décision de limitation ou d'arrêt en l'absence de consensus

Modalités de la stratégie de limitation ou d'arrêt des traitements

Traitements limités ou arrêtés	
Pas de massage cardiaque externe en cas d'ACR	Oui   Non
Pas d'intubation quelle que soit la situation	Oui   Non   NA
Extubation	Oui   Non   NA
Abstention ou ablation de la canule de trachéotomie quelle que soit la situation	Oui   Non
Limitation de la ventilation mécanique par limitation de la FIO2	Oui   Non   NA
Limitation de la ventilation mécanique par limitation du mode ventilatoire	Oui   Non   NA
Arrêt de la ventilation mécanique	Oui   Non   NA
Non mise en place de VNI quelle que soit la situation	Oui   Non   NA
Arrêt de la VNI	Oui   Non   NA
Limitation ou non introduction des vasopresseurs	Oui   Non
Arrêt des vasopresseurs	Oui   Non   NA
Limitation ou non introduction de l'épuration extra-rénale (dialyse, hémofiltration)	Oui   Non
Arrêt de l'épuration extra-rénale (dialyse, hémofiltration) quelque soit la situation	Oui   Non   NA
Abstention d'un monitoring de la PIC quelle que soit la situation	Oui   Non

Abstention, limitation ou arrêt de toute transfusion quelle que soit la situation	Oui   Non
Abstention ou arrêt de toute antibiothérapie quelle que soit la situation	Oui   Non
Décision de surseoir à tout acte chirurgical quelle que soit la situation	Oui   Non
Abstention ou arrêt de toute nutrition parentérale	Oui   Non
Abstention ou arrêt de toute nutrition entérale	Oui   Non
Arguments pour une consultation de l'équipe mobile de soins palliatifs	
Difficultés à établir un traitement de confort	Oui   Non   NA
Accompagnement du patient	Oui   Non   NA
Accompagnement des proches	Oui   Non   NA
Accompagnement de l'équipe (groupe de parole)	Oui   Non
En conclusion, est-il souhaité un recours à l'équipe mobile de soins palliatifs	Oui   Non
Traitements de confort	
Protocole de titration de morphiniques et/ou hypnotiques sans limite de posologie, QSP confort	Oui   Non
Morphiniques avec posologie maximale prévue (en mg/h) .....	Oui   Non
Benzodiazépines avec posologie maximale en mg/h .....	Oui   Non
Scopolamine patch   SC	Oui   Non
Arrêt monitoring	Oui   Non
Arrêt des examens	Oui   Non
Accompagnement	
Liberté des horaires de visite (H24)	Oui   Non
Elargissement des horaires de visite ; préciser :	Oui   Non
Proposition aux proches d'être présents lors du décès	Oui   Non
Proposition aux proches ou au patient d'une visite du représentant du culte	Oui   Non
Justification éventuelle du type de démarche palliative :	

Date et signature du médecin responsable :

## Annexe 2 : Score pronostic IGS II

**Tableau I. a. Score IGS II, d'après [13]**

Variable	26	13	12	11	9	7	6	5	4	3	2	0	1	2	3	4	6	7	8	9	10	12	15	16	17	18	
Âge (an)												40						40-59				6069	7074	7579		> 80	
FC (b · min-1)				40												120-159		> 160									
PAS (mmHg)		> 70					7099					100120		> 200													
T (°C)												< 39			> 39												
PaO2/FiO2 Si VA/CPA P				< 100	100-99	> 200																					
Diurèse L · j-1		< 0,5						0.5-0.99			1																
Urée mmol · L-1g · L-1												< 10	0,6				10-29,90,6-1,79				> 30	> 1,8					
Globules blancs /l 000		< 1,0										1,0-19,9			> 20												
Kaliémie mmol · l-1									< 3		3,0-4,9				> 5												
Natrémie mmol · L-1							< 125				125-144	145															
HCO3 mmol · L-1						< 15			15-19		20																
Bilirubine mmol · L-1mg · L-1												< 68,4	< 40			68,4-102					> 102	> 60					
Glasgow (points)	< 6	à 8				9	à 10					14-15															
Maladie chroniques																					Métastases	Hématologie				sida	
Type d'admission											Chirurgie programmée					Médical		Chirurgie urgente									
<b>Total</b>																											

**Tableau I. b. Définition des variables du tableau I.a. (d'après [13])**

Variable IGS II	Définition de la variable
Âge	Au dernier anniversaire
Fréquence cardiaque (b · min-1)	Noter la valeur la plus anormale pendant les 24 premières heures (bradycardie ou tachycardie) l'arrêt cardiaque (11 points) la tachycardie (> 160) (7 points), exemple Si AC + tachycardie < 160 : compter 11 points
Pression artérielle systolique	Si la PAS varie de 60 à 205 mmHg compter 13 points (correspondant à une PAS de 60)
Température centrale	Tenir compte de la température la plus élevée
Rapport PaO2/FiO2	Prendre la valeur la plus basse du rapport Si le malade n'est ni ventilé, ni sous CPA : compter 0
Débit urinaire	Si le malade ne reste pas 24 heures, noter la diurèse totale observée pendant la durée de séjour et extrapoler la diurèse de 24 heures (exemple : 1 L en 8 heures, 3 L en 24 heures)

## Annexe 3 : Procédure d'annonce de décision de LAT

### Annexe. Procédure d'annonce d'une décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques d'urgence

- Faire le point avec le cadre infirmier et l'infirmier(e) sur l'évolution de la maladie, le niveau de soins et le plan de soins des heures à venir avant de rencontrer l'entourage du patient. S'assurer de la cohérence de l'ensemble de l'équipe,
- Se présenter et indiquer la fonction de chacun,
- S'informer sur le degré de parenté de chacun des membres présents de l'entourage,
- Faire asseoir et s'asseoir,
- Demander ce qu'ils savent de l'état de leur patient,
- Parler du patient par son lien de parenté avec les interlocuteurs,
- Informer sur le diagnostic, les moyens utilisés pour le préciser, l'évolution attendue et les options thérapeutiques prises et possibles avec leurs résultats attendus,
- Signifier que leur patient est pour l'équipe soignante, arrivé au terme de sa maladie et de sa vie, que tout est fait pour éviter toute souffrance,
- Solliciter leur ressenti et les interrogations de chacune des personnes présentes ; y répondre en évitant le jargon médical, sans donner trop de détails techniques,
- Rassurer sur le fait qu'ils ont fait tout ce qu'il fallait faire tout au long de la prise en charge antérieure,
- S'ils n'ont pas déjà vu leur patient, le leur décrire en expliquant le but des appareils techniques auxquels il est raccordé,
- Expliquer que l'accès à la chambre est libre à toute heure du jour ; les encourager à toucher leur patient, à lui parler même s'il est inconscient ; leur expliquer que pour certains soins techniques ou de confort, il leur sera demandé de sortir pour des raisons d'efficacité et de pudeur,
- A la fin de l'entretien, leur proposer des boissons, un accès téléphonique, une aide pour les personnes qu'ils souhaitent prévenir, un accompagnement religieux, une aide psychologique, un entretien avec leur médecin traitant,
- Préciser qu'ils peuvent toujours faire appel à l'infirmier(e) et au médecin présents, quelle que soit l'heure, qu'ils seront informés des décisions au fur et à mesure, que toute question qu'ils peuvent se poser aura une réponse et qu'il y aura toujours un soignant pour leur répondre.
- S'assurer qu'ils sont en possession des coordonnées téléphoniques du service.

## Annexe 4 : Accord de la DIM pour l'accès aux données patients



GROUPEMENT  
DES HÔPITAUX  
DE L'INSTITUT  
CATHOLIQUE  
DE LILLE

Formulaire à retourner complété avant d'effectuer tout travail de recherche à :

Département de l'Information Médicale – GHICL  
Rue du grand but BP 249  
59462 Lomme Cedex

### MISE A DISPOSITION DE DONNEES PATIENTS

Madame, Monsieur,

Le GHICL s'engage à mettre à votre disposition des données patients à des fins de recherches dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur.

Conformément à la loi n° 78-17 du 06 janvier 1978 modifiée par la loi 2004-801 du 06 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous vous engagez à respecter les conditions de transmission des données de santé garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière anonymisée.

Par ailleurs, le patient est informé de la possible mise à disposition de ses données médicales dans le livret d'accueil du GHICL et qu'il peut exercer différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition de ses données.

Tous les supports contenant des données patients mis à votre disposition dans le cadre de vos recherches sont la propriété du GHICL et doivent rester dans l'enceinte de l'établissement concerné.

Vous acceptez et vous engagez à prendre les mesures nécessaires afin de ne pas divulguer les données nominatives des patients dans le traitement, l'analyse et la publication éventuelle de vos travaux de recherche.

Je, soussigné(e), Mr THELLIER Nicolas avoir pris connaissance et respecter la législation encadrant la mise à disposition de données personnelles des patients. La responsabilité du Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille ne serait être engagée en cas de non respect de l'anonymisation des données, seule la responsabilité du fait personnel pourra être engagée.

Fait à LILLE

Le,10/09/2016

Version 1 du 04 décembre 2015



## Annexe 5 : Questionnaire de l'étude

### Questionnaire

NOM	Prenom	DDN	Sexe	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Date d admission à l hopital	Heure d admission à l hopital	Service d admission		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Nombre de mutation lors du séjour	M1	M2	M3	M4
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date du deces	Heure du deces	Service du Deces		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Date du dernier passage	Hospitalisation au cours des 6 derniers mois			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Lieu de vie habituel	Autonomie avant hospitalisation	Age		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

### Antecedents

Demence  Neoplasie  AVC  Diabete  Ins Cardiaque  Ins Respiratoire  Coronaropathie  
 Ins Renale  Hepatopathie  Hemopathie  Maladie de systeme  Contact soins Pall

### Diagnostic d'Hospitalisation

CIM10

Septique  Cardiovasculaire  AEG  Respiratoire  Neurologique  Oncologique  Hematologique  
 Gastroenterologique  Urologique  Chirurgie Digestive  Chirurgie Traumatologique  Toxicologique  
Pathologie aigue surajoutee durant l hospitalisation

### Limitation therapeutique

delai de la decision de LAT

Deces attendu  Existence de LAT  Personne de confiance contactee  Famille contactee  Directive anticipe

### Decision de LAT par

Urgentiste  Reanimateur  Anesthesiste  Medecin traitant  Specialiste d organe  Chirurgien  
 Medecin des soins palliatifs  Omnipraticien  Souhait du patient

### Critere de decision de LAT

Limitation preexistante de l autonomie  Perte d autonomie  Demande de l entourage  Demande du patient  
 Poussee aigue de patho chronique  Mauvais pronostic a court terme  Impasse therapeutique  
 Qualite de vie ulterieure  Age trop avance

### Niveau de limitation

Contact EMSP

## Annexe 6 : Classification d'autonomie ABCD de Knauss

Questions importantes	Stade	Description
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le patient voit-il son médecin chaque semaine ?</li> <li>- Le patient est-il incapable d'avoir une activité professionnelle du fait de sa maladie ?</li> <li>- Le patient est-il grabataire ou hospitalisé au long cours du fait de sa maladie ?</li> <li>- Le patient a-t-il présenté une rechute après une chimiothérapie anti-cancéreuse ?</li> </ul>	D	Patient grabataire ou séjournant en institution
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le patient est-il limité dans son activité journalière ?</li> <li>- Les symptômes apparaissent-ils lors d'un effort minime ?</li> <li>- Le patient a-t-il déjà reçu un traitement anti-cancéreux avec rémission ?</li> <li>- Le patient est-il sous hémodialyse périodique ?</li> </ul>	C	Limitation importante de l'activité
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le patient voit-il son médecin chaque année ?</li> <li>- Le patient prend-il un traitement au long cours ?</li> <li>- Le patient est-il modérément limité dans ses activités du fait de sa maladie ?</li> <li>- Le patient a-t-il un diabète, une insuffisance rénale chronique, une maladie hémorragique ou une anémie chronique ?</li> </ul>	B	Limitation modérée de l'activité
Réponses négatives à toutes les questions précédentes	A	Etat de santé normal

# Annexe 7 : Accord de la CNIL

**CNIL**

3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07  
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00  
www.cnil.fr

Cadre réservé à la CNIL

N° d'enregistrement :

2033063

## DÉCLARATION SIMPLIFIÉE

### ENGAGEMENT DE CONFORMITÉ

(Articles 24-I, 25-II, 26-IV et 27-III de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004)

#### 1 Déclarant

<b>Nom et prénom ou raison sociale :</b> SERVICE URGENCE ADULTE	<b>Sigle (facultatif) :</b> SAU GHICL
<b>Service :</b> URGENCE ADULTE	<b>N° SIRET :</b> 784314486 00043
<b>Adresse :</b> BOULEVARD DE BELFORT	<b>Code APE :</b> 8610Z Activités hospitalières
<b>Code postal :</b> 59000 <b>Ville :</b> LILLE	<b>Téléphone :</b> 0320874848
<b>Adresse électronique :</b> DUBOIS.LOUIS@GHICL.NET	<b>Fax :</b>

#### 2 Texte de référence

Vous déclarez par la présente que votre traitement est strictement conforme aux règles énoncées dans le texte de référence.

N° de référence  
NS-26 Traitements statistiques

#### 3 Transferts de données hors de l'Union européenne

Vous transférez tout ou partie des données enregistrées dans votre traitement vers organisme (filiale, maison mère, prestataire de service, etc.) qui se trouve dans un pays situé hors de l'Union européenne

Non  Oui

#### 4 Personne à contacter

Veuillez indiquer ici les coordonnées de la personne qui a complété ce questionnaire au sein de votre organisme et qui répondra aux éventuelles demandes de compléments que la CNIL pourrait être amenée à formuler

<b>Votre nom (prénom) :</b> DUBOIS Louis	
<b>Service :</b> URGENCE ADULTE	
<b>Adresse :</b> BOULEVARD DE BELFORT	
<b>Code postal :</b> 59000 - <b>Ville :</b> LILLE	<b>Téléphone :</b> 0320874848
<b>Adresse électronique :</b> DUBOIS.LOUIS@GHICL.NET	<b>Fax :</b>

<b>Raison sociale :</b> SERVICE URGENCE ADULTE	<b>N° SIRET :</b> 784314486 00043
<b>Sigle (facultatif) :</b> SAU GHICL	<b>Code NAF :</b> 8610Z Activités hospitalières
<b>Adresse :</b> BOULEVARD DE BELFORT	
<b>Code postal :</b> 59000 <b>Ville :</b> LILLE	<b>Téléphone :</b> 0320874848
<b>Adresse électronique :</b> DUBOIS.LOUIS@GHICL.NET	<b>Fax :</b>

N° CERFA 13810\*01

CNIL - FORMULAIRE ENGAGEMENT DE CONFORMITÉ

## Annexe 8 : Guide Pallia 10

Chaque professionnel de santé aura à mettre en place une démarche palliative et d'accompagnement au cours de son exercice.

### QUI PEUT UTILISER PALLIA 10 ?

Tout soignant

### DANS QUEL BUT UTILISER PALLIA 10 ?

**Pallia 10** est un outil conçu pour vous aider à mieux repérer le moment où le recours à une équipe spécialisée de soins palliatifs devient nécessaire.

La mise en œuvre de la démarche palliative tirera profit de la collaboration avec une équipe mobile (patient hospitalisé), un réseau (patient à domicile) ou une unité de soins palliatifs.

### QUAND UTILISER PALLIA 10 ?

Chez des patients atteints de maladies ne guérissant pas en l'état actuel des connaissances.

Quand l'accumulation des besoins rend complexe la démarche d'accompagnement : élaboration du projet de soin le plus adapté, priorisation et coordination des interventions.

### COMMENT UTILISER PALLIA 10 ?

Elaboré par un groupe d'experts de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP), avec le soutien institutionnel des laboratoires Nycomed, **Pallia 10** explore les différents axes d'une prise en charge globale.

Répondez à chacune des questions.

**Au-delà de 3 réponses positives, le recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs doit être envisagé**

	QUESTIONS	COMPLEMENT	OUI/ NON
1	Le patient est atteint d'une maladie qui ne guérira pas, en l'état actuel des connaissances	Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour utiliser <b>Pallia 10</b> et passer aux questions suivantes	
2	Il existe des facteurs pronostiques péjoratifs	Validés en oncologie : hypo albuminémie, syndrome inflammatoire, lymphopénie, Performans Status >3 ou Index de Karnofsky	
3	La maladie est rapidement évolutive		
4	Le patient ou son entourage sont demandeurs d'une prise en charge palliative et d'un accompagnement	Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs	
5	Il persiste des symptômes non soulagés malgré la mise en place des traitements de première intention	Douleur spontanée ou provoquée lors des soins, dyspnée, vomissements, syndrome occlusif, confusion, agitation ...	
6	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre psychique pour le patient et/ou son entourage	Tristesse, angoisse, repli, agressivité ou troubles du comportement, troubles de la communication, conflits familiaux, psycho-pathologie préexistante chez le patient et son entourage	
7	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre social chez le patient et/ou l'entourage	Isolement, précarité, dépendance physique, charge en soins, difficultés financières, existence dans l'entourage d'une personne dépendante, enfants en bas âge	
8	Le patient ou l'entourage ont des difficultés d'intégration de l'information sur la maladie et/ou sur le pronostic	Face à l'angoisse générée par la maladie qui s'aggrave, les patients, l'entourage peuvent mettre en place des mécanismes de défense psychologique qui rendent la communication difficile et compliquent la mise en place d'un projet de soin de type palliatif	
9	Vous constatez des questionnements et/ou des divergences au sein de l'équipe concernant la cohérence du projet de soin	Ces questionnements peuvent concerner : <ul style="list-style-type: none"> <li>• prescriptions anticipées</li> <li>• indication : hydratation, alimentation, antibiothérapie, pose de sonde, transfusion, surveillance du patient (HGT, monitoring ...)</li> <li>• indication et mise en place d'une sédation</li> <li>• lieu de prise en charge le plus adapté</li> <li>• statut réanimatoire</li> </ul>	
10	Vous vous posez des questions sur l'attitude adaptée concernant par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>• un refus de traitement</li> <li>• une limitation ou un arrêt de traitement</li> <li>• une demande d'euthanasie</li> <li>• la présence d'un conflit de valeurs</li> </ul>	La loi Léonetti relative au droit des malades et à la fin de vie traite des questions de refus de traitement et des modalités de prise de décisions d'arrêt et de limitation de traitement autant chez les patients compétents que chez les patients en situation de ne pouvoir exprimer leur volonté	

**AUTEUR : Nom : GREMEZ**

**Prénom : Marie**

**Date de Soutenance : 29 Juin 2017**

**Titre de la Thèse : Décision de limitation et arrêt des thérapeutiques actives : intérêt d'une procédure au sein de l'hôpital Saint Vincent de Paul.**

**Thèse - Médecine - Lille 2017**

**Cadre de classement : Médecine générale**

**DES + spécialité : DES médecine générale et DESC médecine d'urgence**

**Mots-clés : LATA, LAT, SRLF, SFMU, recommandations, procédure, éthique**

**Résumé :**

**Contexte** : Les décès au sein des services d'urgences en France sont fréquents, avec l'accueil de personnes en fin de vie dans une atmosphère qui ne s'y prête pas.

Les recommandations de la Société Française de Médecine d'Urgence encouragent la mise en œuvre d'une procédure et d'une organisation des décisions de limitation ou d'arrêt thérapeutique.

**Méthode** : Etude rétrospective portant sur 444 patients décédés à l'hôpital en 2016, excluant les décès survenus en pédiatrie, chirurgie et gynécologie obstétrique.

Le travail relève les éléments démographiques et médicaux des patients décédés ainsi que leurs statuts concernant la limitation thérapeutique. Trois groupes d'étude ont été créés : pôle urgence, services de médecine et service de soins palliatifs.

**Résultats** : L'étude met en évidence 16,44 % (n=73) patients décédés aux urgences. Parmi ces patients 23,28 % (n=17) provenaient des services.

84,93 % (n= 377) des patients décédés ont été limités dans les trois jours avant leur décès.

Les patients pris en charge par le service de soins palliatifs étaient mieux anticipés et possédaient plus de critères de décision et de données encadrants la LAT que ceux des autres groupes ( $p < 0,05$ ). Les pathologies néoplasiques sont significativement plus présentes dans le service de soins palliatifs que dans les deux autres groupes ( $p < 0,05$ ).

**Conclusion** : La mise en place d'une limitation ou arrêt des thérapeutiques est un acte quotidien auquel sont confrontés les médecins urgentistes. Une procédure afin d'améliorer les conditions de décisions de LAT est nécessaire.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Wiel**

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Lerouge**

**Monsieur le Docteur Renard**

**Monsieur le Docteur Alarcon**

**Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur THELLIER Nicolas**