

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : (2023)

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

U-LATACOVID-19
Etude des décisions des limitations et arrêts des
thérapeutiques actives aux urgences de deux hôpitaux lillois
pour les malades atteints de la Covid-19,
au cours de la première vague et de la deuxième vague de
l'épidémie.

Présentée et soutenue publiquement le 5 mai 2023 à 18h
au Pôle Recherche
par **Coline REVER**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Grégory BERTOLOTTI

Madame le Docteur Vidji CLAEYSSSEN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Walter JOOS

Table des matières

I) LISTE DES ABREVIATIONS.....	4
II) INTRODUCTION	6
1. Les soins palliatifs en France :.....	6
2. Les soins palliatifs aux urgences en France	8
3. La Covid-19 en France	11
4. La Covid-19 aux urgences	11
III) MATERIEL ET METHODE.....	13
1. Justification d'intérêt public de cette étude	13
2. Type d'étude	13
3. Objectif principal.....	13
4. Objectifs secondaires	13
5. Critère de jugement principal	14
6. Critères de jugement secondaires	14
7. Population	14
8. Aspect réglementaire et éthique	15
a. Justification méthodologique de l'étude :	16
b. Qualification juridique de l'étude	16
9. Analyse statistique	17
a. Nombre de sujets :.....	17
b. Plan d'analyse statistique :.....	17
IV) RESULTATS.....	19
1. Analyse descriptive comparant les patients ayant reçu une décision de L.A.T.A. aux patients de la population initiale.	19
a. Variables quantitatives	19
b. Variables qualitatives	20
2. Analyse descriptive des données en fonction de la vague de Covid	25
a. Variables quantitatives	25
b. Variables qualitatives	26
V) DISCUSSION	30
VI) CONCLUSION	35

VII) ANNEXE.....	37
1. Bibliographie.....	37
2. Autorisation du Comité d'éthique	39
3. Procédure d'aide à la décision de Limitation et Arrêt de Thérapeutiques lors d'une prise en charge en urgence	40
4. Scores LODS et IGS	41
5. Score COVID	42
6. Loi Jardé :.....	43
La loi Jardé définit les recherches de type 1, 2 et 3 de la manière suivante :.....	43
7. R.N.I.P.H.	43
8. Recueil de données	44
a. Analyse descriptive univariée des données.	44
b. Analyse descriptive des données par Vague	46
c. Analyse descriptive des données par LATA.....	48

I) LISTE DES ABREVIATIONS

C

CAR	
Cardio.....	5, 45, 47, 49
CH	
Chirurgie.....	49
CHI	
Chirurgie.....	5, 45, 47
C.N.I.L.	
Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.....	5, 19

D

DA	
Directives Anticipées.....	5, 23
DC	
Décès.....	5, 45, 47, 49
D.I.M	
Département de l'Information Médicale.....	20

E

E.H.P.A.D	
Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.....	5, 22, 26, 31

G

GER	
Gériatrie.....	5, 45, 47, 49
G.H.I.C.L	
Groupement des Hôpitaux Catholiques de Lille.....	5, 15, 17, 19, 20, 34
GIR	
Groupe Iso Ressource.....	6, 12, 34
GYN	
Gynécologie.....	5, 45, 47, 49

H

HDV	
Secteur à Haute Densité Virale.....	5, 45, 47, 49

I

INF	
Infectiologie.....	6, 45, 47, 49
I.N.S.E.E	
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.....	6, 34, 36

L

L.A.T.A	
Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques Actives...3, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 39, 48	

M

M.A.S	
Maisons d'accueil Spécialisées.....	5, 26, 31
MP	

Médecine Polyvalente.....	6, 45, 47, 49
N	
NEU	
Neurologie	6, 45, 47, 49
O	
O.M.S	
Organisation Mondiale de la Santé.....	5, 9
P	
PNE	
Pneumologie	6, 45, 47, 49
Q	
Q1	
Premier Quartile	5, 21, 25, 30, 44
Q3	
Troisième Quartile	5, 21, 25, 44
R	
RAD	
Retour A Domicile	6, 45, 47, 49
R.C.P	
Réanimation Cardio-pulmonaire.....	5, 14
REA	
Réanimation.....	6, 45, 47, 49
REB	
Risque Epidemique et Biologique	5, 24, 32, 35, 45, 47, 49
R.G.P.D	
Règlement Général sur la Protection des Données	5, 19
R.N.I.P.H	
Recherche N’Impiquant Pas la Recherche Humaine.....	5, 18
S	
S.A.U	
Service d’Accueil des Urgences.....	5, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 23, 34, 37
S.F.M.U	
Société Française de Médecine d’Urgence	5, 11, 12
T	
T	
Traumatologie.....	6, 45, 47, 49
U	
U.H	
Unité d’Hospitalisation de Courte Durée	6, 45, 47, 49
U.S.C.....	6
Unité de Soins Continus	45, 47, 49
V	
V.N.I	
Ventilation Non Invasive	5, 16, 17, 24, 29, 32, 35, 45, 47, 49

II) INTRODUCTION

1. Les soins palliatifs en France :

Les soins palliatifs font aujourd'hui partie intégrante de la pratique médicale. En 1990 déjà, l'O.M.S. décrit que les soins palliatifs « sont des soins actifs et complets donnés aux malades dont l'affection ne répond plus au traitement curatif. La lutte contre la douleur et les autres symptômes, ainsi que la prise en considération des problèmes psychologiques, sociaux et spirituels sont primordiaux ». Le patient en fin de vie, malgré les limites techniques et thérapeutiques, est alors pris dans son entièreté avec un soin particulier à son confort physique et psychologique.

En France, le 4 mars 2002 est promulguée la loi Kouchner (2) ce qui amène aux soins palliatifs une composante juridique. Cette loi a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des patients mais aussi de tout leur entourage, dans le cas où le patient est confronté à une maladie potentiellement mortelle.

Le 22 avril 2005, la loi Léonetti (3) « proscrit l'obstination déraisonnable et encadre les bonnes pratiques de limitation et d'arrêt de traitement (L.A.T.A.) » (4), qui avaient déjà été introduites par la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation en 2002.

Ainsi, pour « les patients en phase avancée ou terminale d'une pathologie grave ou incurable, la décision de L.A.T.A. doit être prise de manière collégiale » (c'est-à-dire par l'équipe soignante, le médecin en charge du patient, un autre médecin, l'avis du patient, éventuellement l'avis familial). Cette décision doit être prise « en analysant la situation médicale du patient, selon l'avis de l'équipe en charge du patient, et de ses éventuelles directives anticipées (5). »

Les directives anticipées sont la possibilité d'informer sur son souhait de prise en charge de sa fin de vie, particulièrement sur, la poursuite ou non de thérapeutiques actives, le transfert en réanimation, la mise sous respirateur artificiel, la prise en charge chirurgicale ou la prise en charge des douleurs.

Cette L.A.T.A. conduira alors à « une abstention d'obstination (6) déraisonnable, c'est-à-dire à ne pas entretenir artificiellement la vie des patients mais plutôt à soulager les souffrances de celui-ci. »

En 2016, la loi Claeys-Leonetti (7) aboutit à la conclusion suivante « les soins palliatifs sont les soins et l'accompagnement apportés à une personne gravement malade pour lui permettre de bien ou mieux vivre le temps qui lui reste à vivre ».

Cette loi introduit de nouveaux principes comme :

- L'autonomie, c'est-à-dire la faculté d'agir selon ses propres choix,
- La bienfaisance, qui axe sur le bien-être des patients,
- La dignité, soit le respect du patient et de son intégrité,
- La vulnérabilité,
- La justice distributive ou équité,
- La non-malfaisance, ou principe de ne pas nuire ni blesser,
- Les directives anticipées, définies plus tôt,
- Les personnes de confiance, qui doivent être désignées par écrit et qui peuvent participer aux démarches du patient et être consultées par le corps médical si le patient lui-même ne peut être consulté,
- L'obstination déraisonnable,
- La capacité pour un malade de refuser tout traitement.

Pour nous, la L.A.T.A. (limitation et arrêt des thérapeutiques actives) se décide pour les patients reconnus étant en soins palliatifs, en fin de vie, atteints d'une pathologie aiguë dont le pronostic est défavorable.

2. Les soins palliatifs aux urgences en France

Les services d'accueil des urgences (S.A.U) ne sont pas considérés comme les services principaux où se prend la décision de mettre en place des soins palliatifs : le flux permanent de patients, les locaux généralement peu adaptés pour l'accueil des familles, les délais raccourcis pour les prises en charge diagnostiques et thérapeutiques. Cet ensemble de contraintes rend la mise en place de soins palliatifs plus difficile.

Selon une étude de 2018 : « Décès et limitations thérapeutiques aux urgences : étude rétrospective des pratiques dans un centre hospitalier français pendant quatre ans », (8) il était conclu que 70% des décisions de L.A.T.A. aux urgences n'étaient pas fidèles aux recommandations de bonne pratique. En effet, souvent par absence de décision collégiale ou même de suivi de ces prises de décisions. Les contraintes liées à l'exercice même de la médecine devraient être prises en compte pour la conception d'une procédure de L.A.T.A.

Une précédente étude de 2016 sur les L.A.T.A. aux urgences, observationnelle et rétrospective sur une année et sur un centre, souligne que les décisions de L.A.T.A. sont des décisions prises fréquemment aux urgences dont la collégialité et la qualité des soins prodigués pourraient connaître des améliorations. (9)

La S.F.M.U. s'est cependant attachée à la rédaction d'un guide pour les professionnels qui exercent dans le contexte de l'urgence, dans le but de guider la réflexion et la construction, délicate, que peut être celle d'un projet thérapeutique aboutissant à une limitation ou un arrêt des traitements, la « Procédure d'aide à la décision de Limitation et Arrêt de Thérapeutiques lors d'une prise en charge en urgence » (Annexe 3).

En effet, les équipes soignantes peuvent se retrouver parfois démunies face à ces situations.

D'autant qu'en 2017 (10) une étude réalisée dans le département des Alpes maritimes relevait qu'un tiers du personnel soignant des urgences ne se sent pas « à l'aise » avec ce genre de situation et 90% estiment qu'une formation plus approfondie serait nécessaire.

En ce sens, en 2009, un rapport ministériel de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (11), affirme que 7 à 17% des décès hospitaliers se déroulent aux urgences ou dans les lits-portes.

Auparavant, une étude menée au centre hospitalier de St Etienne de 2002 (12) avait montré que 35% des décès aux urgences survenaient sur des patients en fin de vie.

Par ailleurs, une étude réalisée dans le service d'accueil et d'urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes (13) pendant 3 mois avait retrouvé que sur les 84 patients morts aux urgences, le tiers de ces patients avait été adressé en fin de vie, et que plus de 8 malades sur 10 étaient morts après une décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives aux urgences.

En ce sens, la S.F.M.U. soulignait l'importance de prendre le patient dans son entièreté (âge, état cognitif, qualité de vie, état général), l'autonomie, majoritairement représentée par la classification G.I.R. étant un élément essentiel dans la décision.

De plus, selon la S.F.M.U., il est nécessaire à chaque S.A.U. de mettre à disposition une procédure écrite disponible en permanence et qui explique la prise de décision et la prise en charge d'un patient en fin de vie dans le S.A.U. concerné.

Selon une étude monocentrique, prospective et observationnelle de 2018, effectuée aux urgences de Nantes, pour l'évaluation de la mise en place d'une fiche d'aide à la décision médicale dans les situations de L.A.T.A., celle-ci retrouve un taux d'utilisation d'aide à la procédure de mise en place de L.A.T.A. à hauteur de 50%. (14)

Cette étude monocentrique fait suite à une étude similaire de 2015, dans laquelle il

était rapporté que le taux d'utilisation de la procédure dédiée aux décisions de L.A.T.A. était de 39,2% (15).

Il est aussi légitime de relever que suite à ces diverses mesures, l'importance de la sédation est retenue, affirmant qu'elle doit être instaurée dès l'apparition de signes de souffrance résistants aux traitements apportés initialement.

Selon la S.F.A.P. (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs) la sédation en phase terminale est définie comme: « la recherche par des moyens médicamenteux, d'une diminution de la vigilance pouvant aller jusqu'à la perte de conscience, dans le but de diminuer ou de faire disparaître la perception d'une situation vécue comme insupportable par le patient, alors que tous les moyens disponibles et adaptés à cette situation ont pu lui être proposés et/ou mis en œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté. ». La sédation en phase terminale a donc pour but un soulagement à la fois psychique et physique pour le patient. Cette notion introduit la décision de sédation, et interroge alors sur la T.D.E. ou théorie du double effet.

La théorie du double effet démontre qu'une bonne intention peut conduire à une conséquence pernicieuse.

Ainsi, en pratique, le décès du patient vu comme la résultante négative est acceptable s'il survient dans les suites de l'instauration d'une sédation profonde en phase terminale avec pour but positif de soulager psychiquement et physiquement le patient.

Ce principe est cependant éthiquement encadré par 4 critères :

- Le motif doit être valable,
- Le résultat est attendu mais non intentionnel,
- Le résultat négatif ne peut être le moyen d'obtenir le résultat positif,
- Le principe de proportionnalité : soulager les symptômes d'un patient en phase terminale est un critère de gravité proportionnelle comparé au risque d'anticiper la mort.

L'application dans les soins palliatifs est de ne pas laisser souffrir le patient ni entraîner sa mort tout en mettant un terme à une situation perçue comme intolérable.

3. La Covid-19 en France

La pandémie de Covid-19 représente un événement de santé publique inédit entraînant une augmentation de la mortalité liée. Du fait de cette nouvelle maladie mais aussi du fait de ses conséquences indirectes. En effet, l'I.N.S.E.E a observé une surmortalité de 7,5% en 2020 due probablement à un défaut de dépistage, un report des opérations, une rupture de suivi des maladies chroniques : cardiaques, cancéreuses, diabète, pathologies mentales et suicides associés.

En France, lors de la première vague on recense 27300 décès de plus que de décès, lors de la même période en 2019. Ce qui représente une hausse de 27% de décès sur les décès estimés selon les années précédentes. Pour la deuxième vague, on trouve 34300 décès en plus que pour la même période de 2019, soit une augmentation de 17%. Il a été rapporté les caractéristiques de ces personnes décédées :

- 93% des décès en excès avaient plus de 65 ans.
- Une proportion plus importante d'hommes que de femmes.
- Cependant on ne note pas d'analyse de leurs comorbidités dans les différents rapports réalisés par l'I.N.S.E.E. ou par la D.R.E.S.S.

4. La Covid-19 aux urgences

En mars 2020, alors que la première vague touchait la France, la pandémie de Covid-19 a amené une dimension nouvelle : les S.A.U. ont dû adapter leur prise en charge, en posant des décisions de L.A.T.A. et en mettant en place des soins palliatifs pour alléger les services de réanimation d'aval surchargés.

Les S.A.U. se sont malheureusement trouvés en difficulté également, confrontés à l'ignorance de nombreux paramètres diagnostiques et thérapeutiques. En effet, on a constaté que la covid-19 nous a mis face à une variabilité de présentations cliniques, une contagiosité élevée des cas asymptomatiques, une épidémiologie initialement

méconnue ainsi qu'une absence de traitement spécifique.

Il a alors été cherché à définir le meilleur outil diagnostic, le meilleur outil pronostic, la thérapeutique la plus appropriée, tout en faisant face à l'urgence des besoins, la limitation de moyens humains et matériels, de nouvelles stratégies de triage.

Une étude américaine observationnelle rétrospective entre 27 mars 2020 et 10 avril 2020 (16) rapporte que : « après une intervention d'une équipe de soins palliatifs au S.A.U., la plupart des patients et leurs substituts ont choisi de renoncer à la ventilation mécanique et/ou à la R.C.P (réanimation cardio-pulmonaire), et cette tendance a encore augmenté à la sortie ».

Devant ce constat, il semble pertinent de s'intéresser aux soins palliatifs dans le cadre des urgences.

III) MATERIEL ET METHODE

1. Justification d'intérêt public de cette étude

Cette étude a pour objet une analyse pratique des soins palliatifs aux urgences au cœur de la première et de la seconde vague de la Covid-19, afin d'améliorer la prise en charge des futurs patients, ainsi que de réaliser une appréciation qualitative en situation réelle de la prise en charge de L.A.T.A. Proposer un retour sur ce qu'il s'est passé durant la crise sanitaire afin d'entamer une réflexion sur ce qui pourrait être fait dans l'avenir face à ces situations.

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive, rétrospective, multicentrique, impliquant la personne humaine.

Elle concerne les patients adressés aux urgences des S.A.U. des centres hospitalier Saint Philibert (Lomme) et Saint Vincent de Paul (Lille), entre le 1er mars 2020 et le 1er mai 2020 et le 1er octobre 2020 et le 31 décembre 2020. Ces deux hôpitaux appartiennent au Groupement Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille. Le G.H.I.C.L. est un ensemble universitaire d'hôpitaux, de clinique et de services médico-sociaux, d'inspiration catholique et de gestion privée à but non lucratif participant pleinement au service public de santé. Bénéficiant d'une certification de niveau A.

3. Objectif principal

Analyser les décisions de limitation et arrêt des thérapeutiques actives aux urgences, durant la première et la seconde vague française de la pandémie de la Covid-19.

4. Objectifs secondaires

- Evaluer les critères décisionnels de L.A.T.A.,
- Analyser les caractéristiques propres au patient pour qui une décision de

L.A.T.A. est posée,

- Décrire les stratégies de soins mises en place suite à la décision de L.A.T.A.
- Evaluer le niveau de transfert dans les services de soins des patients étiquetés en limitation ou arrêt des thérapeutiques actives
- Evaluer qualitativement la prise en charge des L.A.T.A. en situation réelle.

5. Critère de jugement principal

Niveau de décision de limitation ou arrêt des thérapeutiques actives pour un patient positif à la Covid-19 et son intervalle de confiance à 95%.

6. Critères de jugements secondaires

- Utilisation des scores de gravité : L.O.D.S. (Logistic Organ Dysfunction System), et I.G.S. (indice de gravité simplifié), passage d'une équipe de soins palliatifs (Annexe 4).
- Lieu de vie du patient, âge, sexe, autonomie, score COVID du patient (Annexe 5).
- Les stratégies de soins mises en place à la suite de la décision de LATA seront décrites parmi :
 - Oxygénothérapie seule,
 - Optiflow[®],
 - Ventilation Non Invasive,
 - Supports inotropes
- Taux de transfert dans les services de soins des patients étiquetés en limitation ou arrêt des thérapeutiques actives,
- Utilisation des recommandations de bonnes pratiques de la décision de L.A.T.A. : recherche de la volonté du patient, directives anticipées, discussion collégiale, prise en compte de la famille, procédure de service

7. Population

- Critères d'inclusion :
 - Patient majeur

- Accueilli au S.A.U. de l'hôpital Saint Philibert ou au S.A.U. de l'hôpital Saint Vincent à Lille
- Présentant un diagnostic de COVID-19 positif à l'arrivée ou fait sur place
- Entre le 1er mars 2020 et le 1er mai 2020 ou le 1er octobre 2020 et le 31 décembre 2020

- Critères de non-inclusion :

Patient s'opposant à l'utilisation de ses données à des fins de recherche.

- Modalité de recrutement :

Les patients éligibles ont été identifiés via le Département d'Information Médical du G.H.I.C.L. D'après une première estimation, 599 patients répondaient aux critères d'inclusion, dans le logiciel utilisé aux urgences, TrakCare®.

8. Aspect réglementaire et éthique

Une fois les patients éligibles identifiés, une note d'information a été adressée par courrier : cette note est conforme à la réglementation en vigueur ; les patients disposaient d'un délai d'un mois pour s'opposer à l'utilisation de leurs données à des fins de recherche.

Pour les patients décédés ou ne s'étant pas opposés, les données strictement nécessaires à l'étude ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des patients et colligées dans une base de données dédiée :

- Analyse de la population concernée (âge, sexe, comorbidités),
- Analyse de l'utilisation de scores (L.O.D.S., I.G.S.),
- Analyse de l'évaluation clinique initiale du patient (étude de la balance bénéfique/risque),
- Présence d'une réflexion argumentée sur la décision de L.A.T.A. (décision prise avec l'équipe paramédicale, les familles, passage de l'équipe mobile de gériatrie),
- A quel moment la décision de L.A.T.A. a-t-elle été prise (escalade thérapeutique ?),
- Analyse du niveau thérapeutique mis en place (oxygénothérapie seule, optiflow®, V.N.I., supports inotropes),

- Analyse de l'orientation (hospitalisation, transfert, retour à domicile), si possible analyser la survenue des décès (aux urgences, dans les services ou après un retour à domicile).

a. Justification méthodologique de l'étude :

Ce projet a pour objectif principal « Analyser les décisions de limitation et arrêt des thérapeutiques actives durant la première et la deuxième vague française de la pandémie de la Covid-19 ».

Ce projet ne correspond donc pas à la définition des recherches médicales, selon la Loi Jardé (loi n° 2012-300 du 5 mars 2012, modifiée par l'ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016 et le décret n° 2017-884 du 9 mai 2017), qui définit les recherches de type 1, 2 et 3 (Annexe 6).

Ce projet ne répondant pas à cette définition, il a donc été qualifié de « hors loi Jardé », c'est-à-dire un type 4, ou recherche n'impliquant pas la personne humaine (R.N.I.P.H.) (Annexe 7).

b. Qualification juridique de l'étude

En France, la réglementation est précise concernant la réutilisation des données personnelles de santé.

Conformément au décret n°2016-1872 du 26 décembre 2016 modifiant le décret n°2005-1309 du 20 octobre 2005, pris pour application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les recherches, études ou évaluations dans le domaine de la santé relèvent du régime de demande d'autorisation auprès de la C.N.I.L.

Cependant, les études conformes à une méthodologie de référence font uniquement l'objet d'un engagement de conformité à la MR correspondante et les études internes ne nécessitent aucune formalité préalable auprès de la C.N.I.L.

Ce projet de recherche est conforme à la méthodologie de référence n°4, éditée par la C.N.I.L. pour alléger les formalités liées aux traitements de données réalisés dans les recherches du domaine de la santé.

Le G.H.I.C.L., responsable de traitement de données pour cette étude, s'est engagé à respecter cette méthodologie (cf. la déclaration de conformité à la méthodologie de référence n°2205968 v 0 du 30 août 2018).

- L'étude sera enregistrée sur le répertoire public tenu par le Health Data Hub
- Conformément à cet engagement de conformité et à l'article 30 du RGPD, le responsable du traitement de données inscrit ce projet à son registre interne des activités de traitement.

9. Analyse statistique

a. Nombre de sujets :

Notre objectif principal est de calculer le taux de décisions de limitation ou arrêt des thérapeutiques actives pour un patient positif à la Covid-19. Le calcul de la taille d'échantillon pourrait être basé sur la précision de ce résultat, à savoir la largeur de son intervalle de confiance à 95%. Dans un contexte normal, la littérature indique que ces décisions concernent 0.5% des passages aux urgences ; l'inconnu est ici le contexte Covid-19.

L'estimation du D.I.M. porte à 593 patients le nombre de personnes éligibles. Ce nombre ne nous permet pas d'espérer une grande précision, mais permettra de connaître le niveau de décisions de limitation ou arrêt des thérapeutiques dans un contexte Covid-19 et de se comparer à la littérature dans un contexte normal.

b. Plan d'analyse statistique :

L'analyse des données est uniquement descriptive : les moyennes, écart-types, médianes et intervalles interquartiles seront calculés pour les données quantitatives ; les effectifs et fréquences pour les variables qualitatives.

Toutes les mesures doivent être prises par l'investigateur pour fournir des données complètes.

Des analyses complémentaires pourront être réalisées si besoin.

REVER Coline

Le logiciel utilisé pour réaliser ces analyses est R.

L'analyse statistique sera réalisée par la cellule de biostatistiques de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation du G.H.I.C.L.

IV) RESULTATS

1. Analyse descriptive comparant les patients ayant reçu une décision de L.A.T.A. aux patients de la population initiale.

L'étude porte sur 599 patients accueillis dans le service des urgences de l'hôpital Saint Philibert ou Saint Vincent à Lille et présentant un diagnostic de Covid 19 lors de la première vague (1er Mars-1er Mai 2020) et la deuxième vague (1er Octobre – 31 Décembre 2020). Plusieurs variables ont été enregistrées pour chaque patient, on distingue les variables quantitatives des variables qualitatives.

a. Variables quantitatives

1) Age

L'âge des patients s'étendait de 20 à 104 ans. La moyenne d'âge de la population générale passée aux urgences et atteints de la covid- 19 durant cette période était de 67,3 ans alors que celle des patients pour lesquels une décision de L.A.T.A était prise était de 81,3 ans. Comme imaginé, ce sont les patients les plus âgés et avec des comorbidités qui étaient les plus à risque de subir des complications.

La médiane en population générale était, elle, de 71 ans (Q1 = 54,4 ans, Q3 = 83 ans).

2) Saturation

La saturation en oxygène des patients en arrivant aux urgences, s'étendait de 30 à 100%. La moyenne de saturation était de 93,8% alors qu'elle était estimée à 91,2% pour les patients ayant eu une prise de décision de L.A.T.A. On ne remarque alors pas une différence significative entre ces deux populations.

La médiane était de 95% (Q1 = 92%, Q3 = 98%).

3) Débit d'oxygène en arrivant aux urgences

Le débit d'oxygène nécessaire aux patients durant cette période s'étendait de 0 à 15L. La moyenne du débit d'oxygène était de 1,2L pour l'échantillon entier de la population

alors qu'une moyenne de 3.9L était nécessaire pour les patients ayant eu une décision de L.A.T.A posée. Cela ne nous surprend pas, des études ont prouvé que la covid-19 avait plus de chances d'entraîner un syndrome de détresse respiratoire aiguë chez les sujets âgés. (21)

4) Le score COVID

Le score COVID s'étendait de 0 à 16. La moyenne du score COVID était de 6,3, c'est-à-dire 2.8 points de moins que pour les patients ayant reçu une décision de LATA.

b. Variables qualitatives

1) Sexe

Les patients inclus étaient pour 48.1% des femmes et pour 51.9 % des hommes. Ce qui n'est pas représentatif de la population de patients ayant reçu une décision de L.A.T.A. En effet, on estime les femmes à 56,6% des patients ayant reçu une décision de L.A.T.A. aux urgences.

2) Provenance

Une grande majorité de la population étudiée provenait du domicile. En effet, la part de patient en provenance du domicile était de 82% de la population étudiée. La part de patients en provenance d'E.H.P.A.D. ou de foyer logement était plus faible : soit 12,5% de patients venant d'E.H.P.A.D. et 4,2% des patients de foyers logement.

On peut s'étonner du fait que les patients limités sont majoritairement de même provenance, à savoir, 56% d'entre eux venaient du domicile, plus d'un tiers de l'E.H.P.A.D. et une part infime d'autres foyers. Cela peut aller à l'encontre des idées préconçues que les décisions de L.A.T.A concernaient majoritairement les patients d'E.H.P.A.D.

Deux hypothèses peuvent donc émerger :

- soit les patients n'étaient pas tous adressés aux services des Urgences en raison de la sélection préalable opérée par les centres de régulation et d'appel ou par la décision du médecin traitant ou du médecin coordinateur de l'EHPAD

(autocensure ou choix délibéré de garder la personne âgée dépendante dans sa structure).

- Soit les signes de gravité ou d'atteinte par le COVID n'étaient pas reconnus et la personne décédait dans la structure sans que son décès ne soit rattaché à la pathologie ou à ses complications, du fait de la non médicalisation permanente de ces établissements, et de la rapidité du décès chez ces personnes fragilisées qui s'avéraient hypoxiques sans que cette situation ne soit diagnostiquée.

3) Autonomie

L'autonomie était totale pour une grande majorité de la population. En effet 85,6% des patients étaient autonomes, pour 3,8% des aides quotidiennes étaient nécessaires et 10,5% d'entre eux étaient totalement dépendants. De même que la provenance, on peut remarquer que l'autonomie des patients en décision de L.A.T.A était majoritairement totale à (61,8%). Près d'un tiers était quant à eux grabataires (28,9%).

4) Oxygénation

La part de patients nécessitant une oxygénothérapie à l'arrivée aux urgences était largement minoritaire représentant moins d'un tiers de la population totale étudiée. Elle était plus importante dans la part des patients avec décision de limitation des soins (47,4%). On limite donc plus fréquemment les patients les plus sévères.

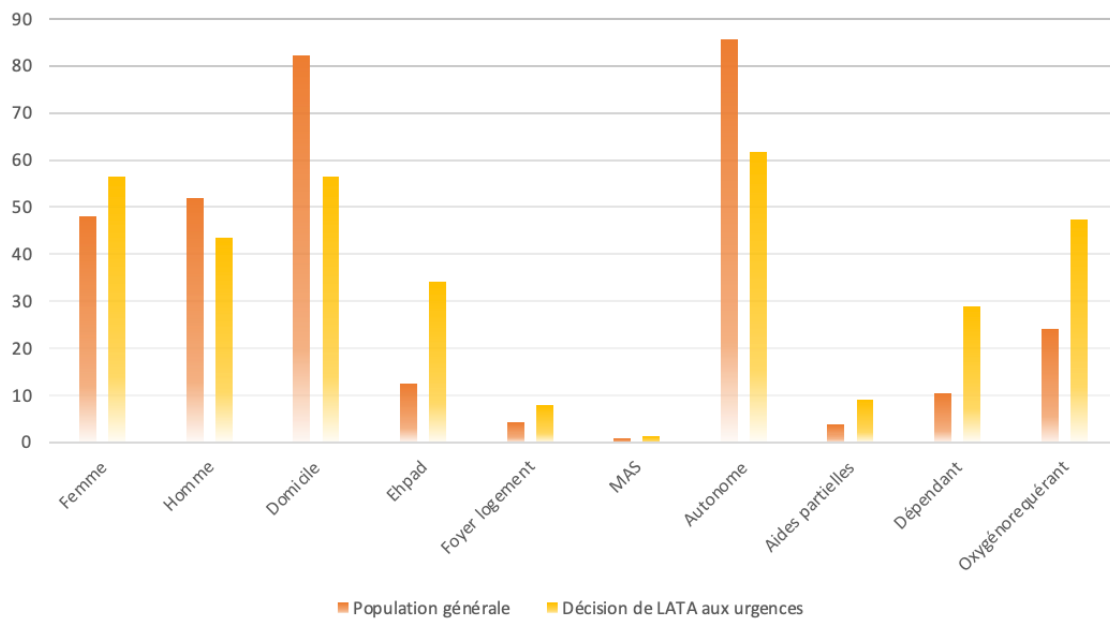


Figure 1: Caractéristiques des patients se présentant aux urgences et recevant une décision de L.A.T.A. (en %)

5) LATA

Pour 76 patients de la population totale soit 12,7% des patients atteints de la Covid 19 aux urgences, la décision de L.A.T.A. a été prise dans le service d'accueil des urgences. Pour 25 patients soit 4,2% des patients atteints de Covid 19 la décision de L.A.T.A s'est prise dans un service.

- La recherche des directives anticipées a été faite pour 104 patients, seulement 8 patients parmi eux avaient effectivement rédigé leurs D.A soit une très faible minorité (seulement 1,3% de la population totale étudiée), ou 10,5% des patients ayant reçu une décision de L.A.T.A.
- Le réanimateur a été sollicité pour 55 patients (9,2%), dont 28 patients ont eu une décision de réanimation après l'avis de celui-ci. Autrement dit pour plus d'un tiers des patients (34,2%) le réanimateur est intervenu dans la décision de L.A.T.A.
- L'avis d'un médecin extérieur au S.A.U a été pris pour 63 patients concernant la décision de L.A.T.A soit 10,5 % de la population générale mais 82,9% des décisions de L.A.T.A.
- La famille a été sollicitée pour 44 patients aux urgences. Cela représente 57,9 %

de la population avec une décision de L.A.T.A, mais 7,4% de la population générale.

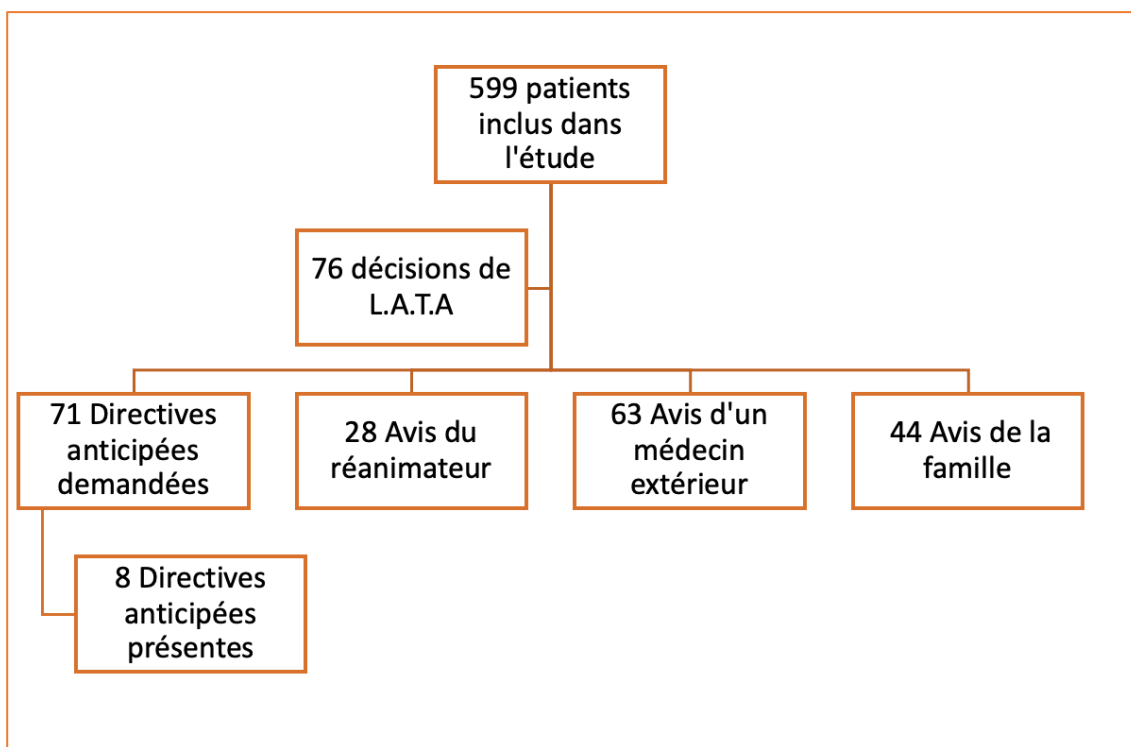


Figure 2 : Évaluation de la prise de décision de L.A.T.A aux urgences

Prise en charge diagnostique :

- Scanner : 303 patients (50,7%) de l'étude ont bénéficié d'un scanner. Cela correspond également à la part de patients avec décision de L.A.T.A qui ont eu pour 48,7% un scanner.
- Radiologie : 170 patients (28,5%) de l'étude ont bénéficié d'une radiologie. Sensiblement similaire au pourcentage de patients limités (32,9%).
- Biologie : 543 patients (90,7%) de l'étude ont bénéficié d'une biologie.

Pour la prise en charge thérapeutique par suite du passage aux urgences :

- 301 patients ont nécessité une oxygénothérapie (50,2%), la part de patients oxygénorequérants était plus importante chez les patients limités (67,1%). Parmi les patients oxygénés : 94,1 % ont bénéficié d'une oxygénothérapie avec des lunettes à oxygène, 3% au masque haute concentration et 1,7% de V.N.I. Ces

données sont sensiblement identiques pour les patients en décision de L.A.T.A, on ne note pas de changement sur la méthode d'oxygénation de ces patients.

- 244 patients ont nécessité une antibiothérapie.

Concernant la sédation initiée aux urgences elle représente une infime part : 5,3% de patients avec décision de L.A.T.A aux urgences. La part de patients avec décision de limitation aux urgences et sédation dans les services n'a pas été reportée dans le recueil de données.

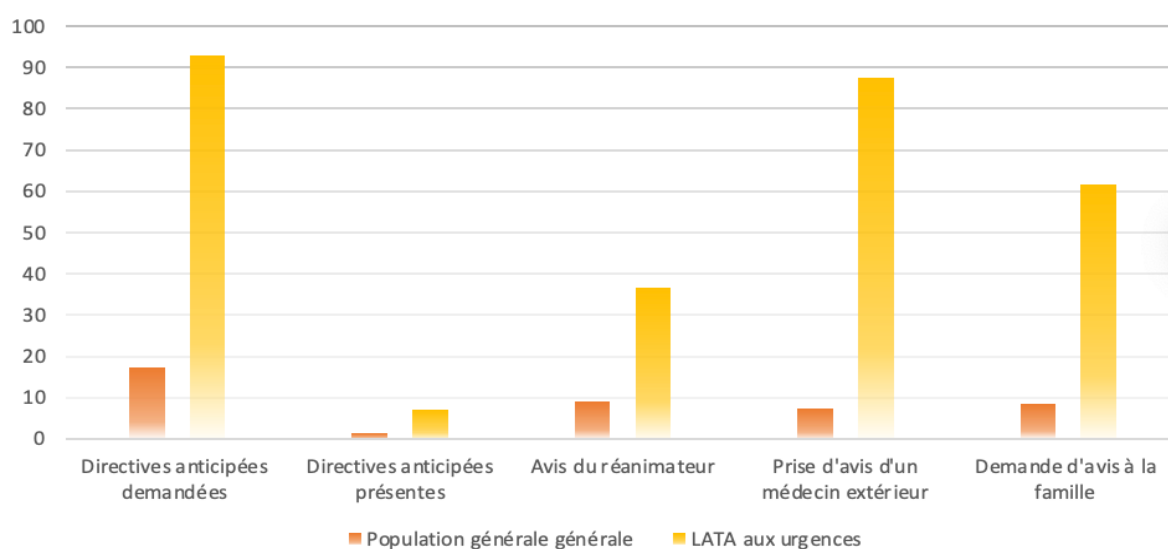


Figure 3 : Critères décisionnels de décision de L.A.T.A. aux urgences (en %)

6) Concernant le devenir des patients :

La majorité des patients a été hospitalisée en R.E.B, c'est à dire dans des lits de services conventionnels dédiés aux cas d'infection à covid-19 (40,5%). Cela concorde également avec les données retrouvées pour les patients en décision de L.A.T.A. Il y a également 21,1% des patients qui ont pu bénéficier d'un retour à domicile et 7,9% des patients hospitalisés en gériatrie. Les patients limités représentent un pourcentage bien plus important d'hospitalisation en service gériatrique (44,3%).

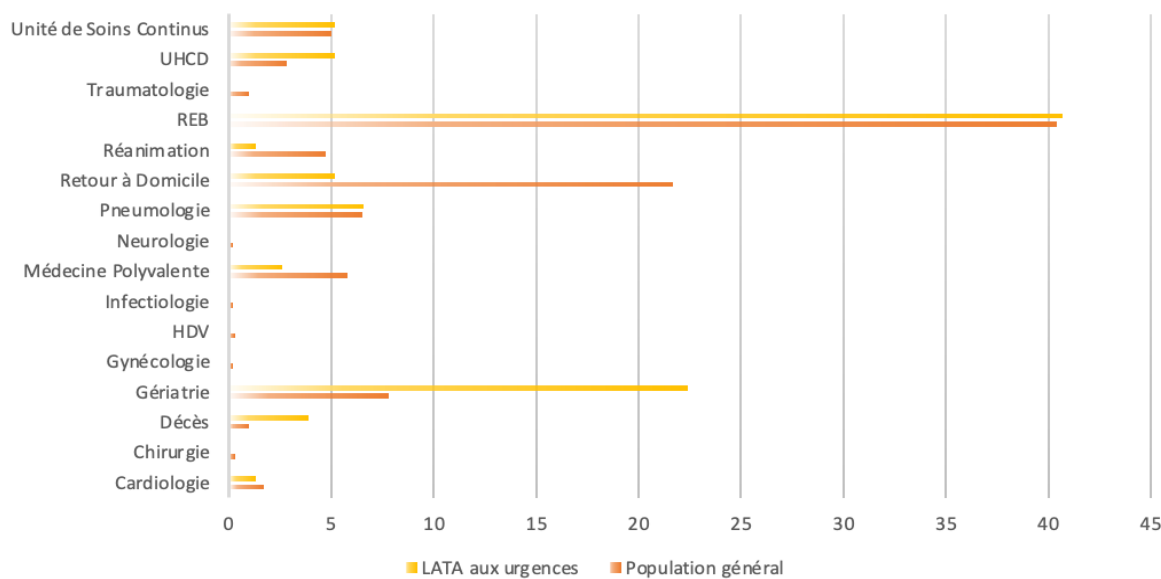


Figure 4 : Devenir des patients après le passage aux urgences (en %)

2. Analyse descriptive des données en fonction de la vague de Covid

a. Variables quantitatives

1) Age

On peut noter une différence d'âge entre les deux vagues (vague 1, l'âge moyen est de 63.7 ans alors que dans la Vague 2 l'âge moyen est de 68.4 ans). La différence entre la moyenne de l'âge selon la vague 1 ou la vague 2 est significative ($p = 0.012$).

2) Saturation

La saturation en arrivant aux urgences n'a pas été un critère dissemblable entre les deux vagues (93,9% pour la vague 1 contre 93,7 pour la vague 2 ($p = 0.59$)).

3) Débit d'oxygénation

Inversement à la saturation en arrivant aux urgences on peut se dire que l'oxygénothérapie administrée aux urgences a été modérée durant la seconde vague de covid-19, passant de 4L d'oxygénothérapie en moyenne durant la première vague

diminuée à 0,9L pour la deuxième vague ($p < 0,0001$).

4) Score COVID

Pour la vague 1 le score COVID moyen est de 6,6 alors que dans la Vague 2 le score COVID moyen est de 3,9. La différence entre les scores COVID moyen de la vague 1 et de la vague 2 est significative ($p = 0,047$).

Cela peut peut-être expliqué par une meilleure connaissance de la maladie, celle-ci entraînant une meilleure communication à la population mais aussi au corps médical. Ainsi, on peut se questionner sur l'adressage aux urgences de patients moins sévères mais pour qui un bénéfice thérapeutique était escompté.

La médiane était de 6 pour la première vague (Q1 = 4, Q3 = 9). La médiane était de 3,5 pour la deuxième vague (Q1 = 2,8, Q3 = 4,5).

b. Variables qualitatives

1) Sexe

La répartition du sexe semble significativement différente lors des deux vagues : alors que lors de la 1ere vague les hommes sont plus nombreux que les femmes (63.7% vs 36.3%) cette proportion s'inverse à 48.5% d'hommes vs 51.5% de femmes lors de la seconde vague (p -value = 0.0026).

2) Provenance

La provenance des patients entre les deux vagues n'était pas dissemblable.

3) Autonomie

L'autonomie des patients entre les deux vagues n'était également pas significativement différente avec une p -value = 0,14

4) Oxygénation

Dans cette population il y a 24,1 % de patients de la première vague qui étaient oxygénorequérants en arrivant aux urgences, 75,9 % ne nécessitaient pas d'oxygénothérapie. Durant la seconde vague, 24,1 % de patients étaient oxygénorequérants en arrivant aux urgences, 75,9 % ne nécessitaient pas d'oxygénothérapie. On ne retrouve pas de différence significative d'oxygénation entre les 2 vagues avec une p-value à 1.

5) LATA

La prise de décision de L.A.T.A aux urgences était sensiblement identique entre les deux vagues. La différence notable cependant provient de la décision de L.A.T.A prise ensuite dans les services qui a connu une baisse au cours de la deuxième vague (6,7% des patients de la première vague et 3,4 % des patients de la deuxième vague).

Pour cette décision de L.A.T.A aux urgences :

- Les directives anticipées étaient exprimées pour 7,1 % de la population ayant eu une décision de L.A.T.A. La proportion de directives anticipées dans la décision de L.A.T.A était sensiblement identique entre les deux vagues (p-value = 0,12).
- L'avis du réanimateur a été moins sollicité durant la seconde vague. Il est intéressant de noter que la raison de l'appel au réanimateur était différente entre les deux vagues. En effet, dans la première vague l'avis était plutôt orienté vers la réanimation, alors que dans la seconde vague il s'agissait plutôt d'un avis de non réanimation (20,7% des patients de la première vague soit 28 patients, pour 20 d'entre eux il s'agissait d'un avis en faveur d'une réanimation. 5,8% des patients de la deuxième vague ont bénéficié de l'avis d'un réanimateur, soit 27 patients, une réanimation a été décidée pour 7 de ces patients (p-value < 0,0001).
- L'avis d'un second médecin est légèrement supérieur dans la seconde vague (66,7 % vs 87,9%).
- L'avis de la famille a été mieux pris en considération durant la seconde vague (33,3 % vs 65,5 %).

- 3 patients de la seconde vague ont bénéficié d'une sédation de confort aux urgences, aucun lors de la première vague.

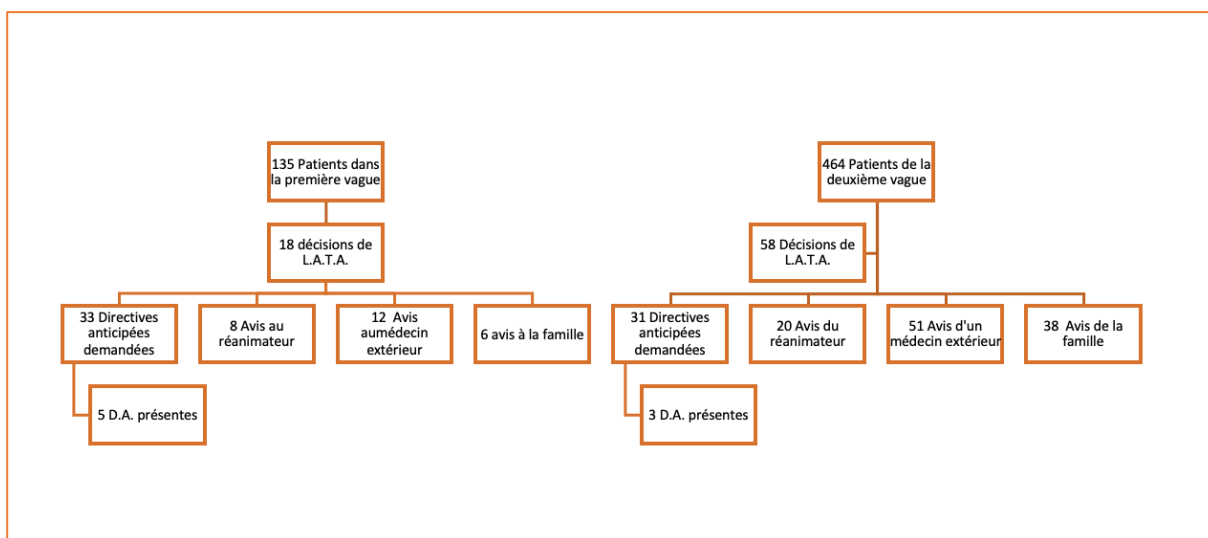


Figure 5: Evaluation de la prise de décision de L.A.T.A. entre la vague 1 (à gauche) et la vague 2 (à droite).

Concernant la prise en charge diagnostique :

- Scanner : On ne note pas de différence significative à l'utilisation de cette imagerie entre les deux vagues avec une p-value à 2.
- Radiologie : On note une baisse du recours à la radiologie au cours de la deuxième vague notable ($p < 0,001$).
- Biologie : 100% des patients de la première vague ont fait une biologie pour 87,9% sur la seconde vague, une différence significative à $p > 0,001$.

Pour la prise en charge thérapeutique :

- Une part égale de patients a nécessité une oxygénothérapie entre les deux vagues ($p=0,9$).
- Pour le détail de cette oxygénothérapie : 86,1% des patients oxygénés l'étaient par lunettes durant la première vague et 96,9% de la deuxième vague. 7,6 % des patients de la première vague étaient oxygénés à l'aide d'une M.H.C, pour 1,3% des patients de la deuxième vague. Alors qu'aucun patient de la première vague n'a bénéficié de V.N.I, 1,8% des patients oxygénés de la deuxième vague était sous V.N.I. On obtient une différence d'oxygénation

significative entre les deux vagues avec une p-value < 0,0001.

- Une part identique de patients entre les deux vagues a nécessité une antibiothérapie.

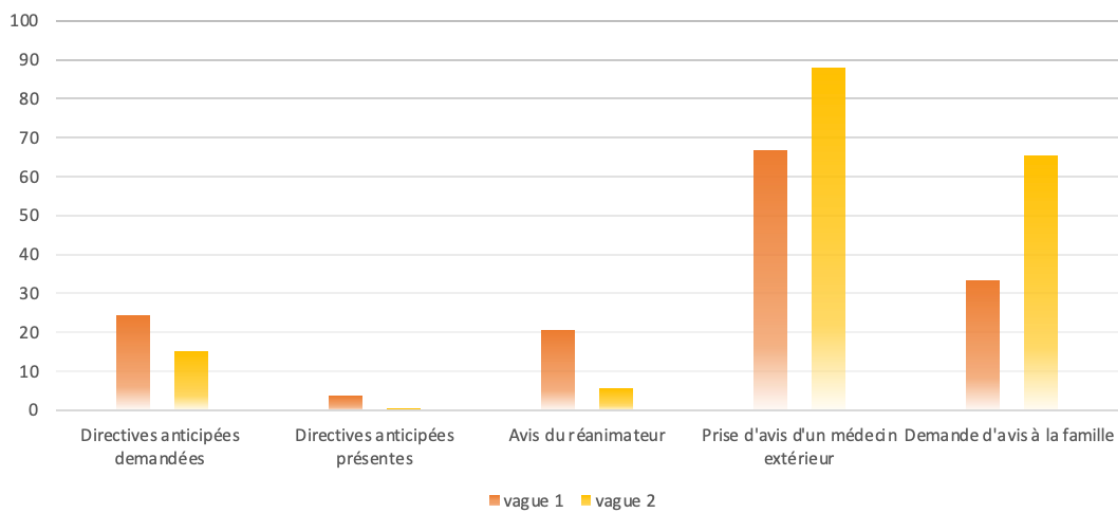


Figure 6 : Caractéristiques des décisions de L.A.T.A selon la vague (en%)

6) En ce qui concerne le devenir

Le nombre de décès entre les deux vagues n'a pas été significativement différent (0,7 vs 1,1%). Dans la répartition des patients, il est intéressant de noter qu'une part beaucoup plus importante a été hospitalisée en pneumologie durant la seconde vague (<1% vs 8,2%) tout comme l'hospitalisation en U.S.C et en réanimation qui a respectivement doublé et triplé entre les deux vagues.

V) DISCUSSION

Dans cette étude, nous sommes confrontés à une mortalité considérable (1%) des patients atteints de COVID au sein des S.A.U. du G.H.I.C.L. sur les deux premières vagues de cette épidémie, alors que la mortalité sur la population générale se situe plutôt à 0,15-0,18% des passages au S.A.U. (10). Cette mortalité représente alors un pourcentage non négligeable de la population ce qui correspond bien aux données reportées.

En effet, les premières vagues de Covid 19 se sont montrées particulièrement mortelles, comme l'objectivent les chiffres que nous communique l'I.N.S.E.E. Pour rappel, on observe une hausse de 27% de la mortalité en un an pour la première vague et 17% pour la deuxième vague (19).

Ensuite, sur cette pandémie de Covid 19 la prise de décision de L.A.T.A. aux urgences durant la Covid-19 au sein du G.H.I.C.L. a représenté 12,7% de la population atteinte de Covid 19, ce qui représente une augmentation de prise de décision de L.A.T.A. par rapport à la prise de décision de L.A.T.A. en population générale. En effet, elle était de 0,95% dans une étude de 2019 menée au C.H.R. de Metz. (9) En regardant de plus près, il n'est pas retrouvé dans notre étude une différence significative du nombre de décisions entre les deux vagues de Covid 19.

Sans étonnement, les décisions de L.A.T.A. ont été prises pour une portion âgée de la population (avec une moyenne à 81 ans), correspondant parfaitement aux chiffres déjà présents dans des études similaires sur la population générale (18).

Paradoxalement, alors que les chiffres de l'I.N.S.E.E. indiquaient que lors de l'année 2020 on reportait 10% de plus de mortalité pour les hommes, contre 8% pour les femmes, c'est pour ces dernières que la décision de L.A.T.A était plus importante (cela correspond cependant à de nombreux précédents travaux dans la population générale). Concernant l'autonomie des patients, il a été choisi de ne pas la définir par le statut G.I.R. du patient. Ce statut a été mis en place dans les années 90 pour évaluer l'autonomie de la personne âgée de façon objective avec une grille, mais plutôt par la nécessité d'apporter des aides (nulle, partielle, entière) car l'évaluation G.I.R n'est pas encore réalisée pour l'ensemble des patients en perte d'autonomie. Ainsi, on peut

s'interroger sur le fait que les patients atteints de la Covid 19 avec une décision de L.A.T.A aux urgences étaient majoritairement autonomes et qu'ils provenaient essentiellement du domicile, comme trouvé dans de précédentes études (18).

Pour la prise de décision de L.A.T.A dans la population de patients atteints de Covid 19, la saturation moyenne était de 91,2% et donc nécessitait une oxygénothérapie pour la majorité des patients.

Les moyens diagnostiques pris pour les patients pour lesquels une décision de L.A.T.A a été prise : ils ont majoritairement eu un bilan biologique, cependant le recours à une imagerie n'a pas été prépondérant. Et pourtant l'imagerie par scanner était représentative de la gravité de l'atteinte pulmonaire.

Les moyens thérapeutiques mis en œuvre étaient majoritairement l'oxygénothérapie par lunettes à oxygène, excluant l'utilisation d'une V.N.I. Il est remarquable que lors du recueil de données l'OPTIFLOW® n'ait jamais été mentionné dans les dossiers alors qu'il s'agit d'une technique ventilatoire qui a montré son efficacité de suppléance et qui a généré un meilleur taux de survie, la question se pose sur la dotation des centres ou le défaut de report dans les dossiers informatiques. Une antibiothérapie a été mise en place pour plus de la moitié des patients mais seulement 3 ont bénéficié d'une sédation aux urgences. Ce qui paraît surprenant étant donné que la sédation soit conjointement liée à la mise en place de soins palliatifs.

La loi Léonetti de 2005 est la loi qui fait apparaître les directives anticipées comme une condition sine qua non des décisions de L.A.T.A. Or dans cette étude le pourcentage est très faible, (pourcentage cependant plus élevé qu'une étude précédente de 2018).

Les directives anticipées ayant été tracées dans le dossier numérique du patient comme rapportées, on peut s'interroger sur la systématisation de cette donnée importante dans l'interrogatoire du praticien. Devrait-elle alors apparaître comme proposition inhérente dans le logiciel du centre hospitalier lors de la création d'un dossier patient ?

En ce sens, la S.F.M.U. préconisait la mise en place d'une « Procédure d'aide à la décision de Limitation et Arrêt de Thérapeutiques lors d'une prise en charge en urgence », il n'en a été retrouvé aucune lors de l'ouverture des dossiers.

La collégialité de la décision a été respectée dans moins de la moitié des cas ce qui peut être critiquable mais ce qui nous ramène à la réalité des conditions de travail aux urgences. En effet, les urgentistes sont plus souvent confrontés à une limite de temps pour les prises en charge de patients, également au flux continu de patients peu importe l'heure du jour et de la nuit avec des professionnels de santé moins joignables.

Durant la crise sanitaire, la difficulté de joindre le médecin traitant a été aggravée, car eux-mêmes étaient dépassés par l'ampleur de cette épidémie.

Quoiqu'il en soit, il a été constaté dans le recueil de données que le médecin traitant était consulté de manière sporadique pour la prise de décision. Il est intéressant de souligner que le médecin tiers dans la prise de décision était préférablement un confrère urgentiste, un gériatre, un cardiologue ou un réanimateur.

Quant à l'interrogatoire de la personne de confiance, toujours conformément à la loi Léonetti, force est de constater qu'elle apparaît trop peu dans les dossiers, malgré la présence d'un encart dédié dans le logiciel, ne figure dans le logiciel que trop souvent la personne à prévenir uniquement, qui n'est pas toujours assimilable à la personne de confiance désignée par le patient.

Dans l'étude il est notable que l'avis de la famille était pris en compte dans un peu plus de la moitié des cas. Cela peut être expliqué les mesures exceptionnelles de limitation des visites et les mesures barrières imposées mises en place pendant cette pandémie inédite. En effet, les familles ont été tenues à distance par l'interdiction générale d'accompagnant familial dans les hôpitaux. Ainsi, les appels aux familles étant chronophages cela peut conduire à des omissions, cela s'ajoute également à l'indisponibilité des personnels soignants pour dispenser l'information et prendre contact par téléphone avec les familles afin d'établir le dialogue nécessaire à la prise de décision.

Tous ces critères fondamentaux de la Loi Léonetti, ont pâti du contexte de cette pandémie et ont été mis en souffrance. Le respect des conditions réflexives et collégiales et de mise en œuvre des L.A.T.A. doit constituer un axe de travail. En effet, cette pandémie exceptionnellement mortelle doit servir d'exemple quant au respect des bonnes pratiques de l'éthique de fin de vie. Ainsi les directives anticipées, l'avis de la personne de confiance et de la famille sont essentiels si l'on veut respecter la loi de 2016 et ses principes de liberté et d'autonomie précédemment introduits.

Il paraît évident ici de mentionner toutefois un obstacle matériel, avec un manquement de traçabilité logiciel. En effet, le logiciel utilisé ne propose pas d'encart dédié à la décision de L.A.T.A., de plus les avis pris dans ce contexte n'ont pu être tracés dans le logiciel mais seulement rapportés par le médecin urgentiste dans le dossier.

Invraisemblablement, malgré le caractère inédit de cette pandémie, il est intéressant de constater que malgré un pourcentage inférieur à 15% dans les deux vagues, les décisions de L.A.T.A. au sein de tous les services d'hospitalisation confondus n'ont pas été si importants. Cela peut signifier la pertinence de l'orientation décidée aux urgences.

La pandémie de Covid-19 a été marquante à l'hôpital. En effet, il a fallu dès l'arrivée aux urgences évaluer rapidement la gravité des patients dans un souci de triage. Les scores I.G.S ou le score L.O.D.S utilisés particulièrement dans les services de réanimation, qui permettent d'évaluer la sévérité des patients, n'ont pas été calculés, ni utilisés pour le triage des urgences.

Le seul score figurant dans les dossiers (et encore plus utilisée dans la première que dans la deuxième vague) est le score COVID.

On pourrait poser l'hypothèse que les urgentistes ont amélioré leur connaissance de la pathologie et réussi à mieux appréhender les signes de gravité sur la différence d'orientation des patients en décisions de L.A.T.A. entre les deux vagues. Cette adaptation a pu être réalisée sur un court laps de temps. La catégorisation des malades, la qualité de la prise en charge médicale s'est modifiée après la première vague, qui constituait une situation inédite, ayant mis en forte difficulté l'organisation hospitalière et les soignants.

Dans cette étude il est quand même important de souligner que le caractère rétrospectif expose à des biais qui lui sont propres, tel que le biais de mémorisation. De plus, cette étude n'a pu être effectuée que sur un faible nombre de centres. Elle n'a été menée que sur deux établissements du département du Nord, région très peuplée possédant près de 71 centres hospitaliers et pourtant particulièrement touchée par la

Covid-19 comme nous le rapporte encore le rapport de l'I.N.S.E.E.

On pourrait également reprocher à ce travail le manque de prise en considération des comorbidités des patients par manque dans le recueil de données effectué, alors qu'il s'agissait d'éléments qui avaient été analysés dans les précédentes études.

Aussi, la participation des familles dans les prises en charge a forcément été sous utilisée du fait de l'interdiction d'accompagnant familial auprès des patients.

En outre, il aurait également été pertinent de s'intéresser à la temporalité des examens effectués et de l'analyse dynamique de la décision de LATA, en fonction de l'affluence. Ces données restent difficiles à analyser du fait du report non fiable des différents résultats dans le dossier médical numérisé.

VI) CONCLUSION

Cette étude récente permet de souligner l'impact et le bouleversement qu'ont subi les personnels médicaux et paramédicaux des hôpitaux et en particulier les services d'accueil des urgences, du fait des conditions exceptionnelles de la pandémie de Covid 19 avec l'angoisse d'une maladie hautement contagieuse.

La nécessité d'un triage précoce s'est imposée devant l'afflux massif de malades que la médecine de ville ne pouvait gérer. Du fait de la gravité de l'atteinte touchant une population fragilisée par l'âge et les polyopathologies, les processus décisionnels ont été pris de vitesse par la rapidité d'évolution des détresses respiratoires aiguës.

Ces circonstances ont fortement sollicité les soignants et suscité des dilemmes et questionnements éthiques particulièrement prégnants.

Cette crise a motivé des ajustements et sollicité fortement les capacités d'adaptation et de résilience des personnels de l'urgence et de la prise en charge préhospitalière.

L'optimisation de l'attribution des places en réanimation, ressource précieuse, dans un souci d'efficacité et d'équité a abouti comme corolaire à la prise de décision de L.A.T.A. Concernant les patients atteints par le virus Covid 19, dont les chances de survie s'avéraient trop faibles et les soins disproportionnés.

Le bien-fondé de ces décisions s'avérait indiscutable sur le fond, mais sur la forme on ne peut que constater des manquements quant au respect des conditions requises pour la prise de décision de L.A.T.A., en dépit des lois Léonetti puis Clays-Léonetti déjà rédigées il y a plus d'une décennie. Les impératifs éthiques prévus par la loi n'ont pas tous été respectés, en particulier la dispensation de soins de confort, le respect des souhaits de la personne, et l'accompagnement des patients et des familles en raison des mesures imposées par l'épidémie. Il est donc légitime de se questionner sur le

non-respect du principe d'autonomie et de liberté du patient qui a prévalu durant la crise sanitaire.

Force est de constater que les directives anticipées restent insuffisamment rédigées et disponibles (pour 76 patients avec une décision de L.A.T.A seuls 7 patients avaient une notion de D.A dans le dossier numérique), elles ne sont pas constamment recherchées, leur prise en considération dans le processus réflexif s'avère insuffisamment tracée.

La loi Clayes-Leonetti reste méconnue du grand public, mais aussi des soignants. Une étude de 2017 (21) introduisait la notion de déshumanisation du procédé ressentie par les praticiens et les patients eux-mêmes. Dans cette étude la collégialité des décisions s'avère dans la moyenne des études publiées, mais une marge d'amélioration existe, par l'établissement d'une meilleure communication avec les médecins traitants. En effet, la relation ville-hôpital a été très sévèrement détériorée par les conditions particulières de cette crise sanitaire.

Une communication de qualité avec la famille est un point crucial de la prise de décision, et malheureusement celle-ci a souffert des limitations imposées. La carence de ce besoin a été très caractéristique de cette crise, avec une impossibilité de mener l'accompagnement des fins de vie, à l'origine de processus de deuil compliqué, (mise en bière immédiate à cercueil fermé, obsèques retardées et limitées à quelques personnes).

Enfin, il aurait été intéressant d'étudier la différence de prise de décision de LATA entre un SAU présentant une fiche de protocole de LATA prédéfinie et un SAU où la décision de LATA se fait sans protocole standardisé comme les deux services étudiés.

VII) ANNEXE

1. Bibliographie

- (1) <http://www.soinspalliatifs.be/definition-des-soins-palliatifs-oms.html>
- (2) <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>
- (3) <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000446240/>
- (4) Limitation des thérapeutiques actives en contexte d'urgence ICAR – Novembre 2014–
LYON
- (5) Article L1111-11 - Code de la santé publique – Légifrance
- (6) <https://www.espace-ethique.org/ressources/article/la-loi-du-22-avril-2005-relative-aux-droits-des-malades-et-la-fin-de-vie>
- (7) Article 1110-5-1 Code de la santé publique – Légifrance
- (9) Alexandre Barthel. Limitation et arrêt des thérapeutiques actives en médecine d'urgence : évaluation et évolution des pratiques. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03298579
- (10) DOI 10.3166/afmu-2018-0064 Ann. Fr. Med. Urgence (2018) 8:223-230
- (11) IGAS, RAPPORT N°RM2009-124P 93
- (12) Place d'une Unité Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs dans une structure d'hébergement gériatrique: à propos de 15 observations [*] B. Basson, Pascale Vassal, Alban Richard, Régis Gonthier
- (13) Audrey JACOB et Nicolas RIEG ; Évaluation de la mise en place d'une Fiche d'aide à la Décision de Limitation ou d'Arrêt des Thérapeutiques Actives (FADLAT) en médecine d'urgence (Thèse d'exercice en médecin) Lyon 1; 2015
- (14) Lucie BRECHET Evaluation de la mise en place d'une fiche d'aide à la décision de

LATA : étude prospective observationnelle au service des urgences du Centre Hospitalier de Saint Nazaire (thèse d'exercice en médecine) Nantes; 2019

(15) Leconte P, Longo C, Yatim D, Batard E, Vial I, Mathon V, Carre E, Touze MD, Amelineau M, Baron D. Décès dans un service d'urgences : analyse rétrospective sur 3 mois. XXXI Congrès national de la Société de Réanimation de Langue Française, Paris, 17 janvier 2003

(16) Early Intervention of Palliative Care in the Emergency Department During the COVID-19 Pandemic

(17) Annabelle Escavy. Soins palliatifs et fin de vie aux urgences: évaluation du ressenti des soignants des connaissances et des pratiques professionnelles avant et après formation. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01633924 Jihae Lee, Liliya Abrukin Stefan Flores, Nicholas Gavin, Marie-Laure Romney, Craig D. Blinderman, and Shunichi Nakagawa, MDcorresponding author1

(18) Marie-Océane Berardi. Fin de vie et soins palliatifs aux Urgences: perceptions par le personnel soignant du Service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital Central de Nancy. Sciences du Vivant [q-bio]. 2012. hal-01734199

(19) <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5347349>

(20) JR Le Gall et coll. The Logistic Organ Dysfunction System. A new way to assess organ dysfunction in the intensive care unit. JAMA. 1996;276:802-10.

(21) DOI : 10.1016/j.rmr.2021.02.001

2. Autorisation du Comité d'éthique

U-LATACOVID-19
Etude des décisions de limitation et arrêt des thérapeutiques actives
aux urgences de deux hôpitaux lillois
pour les malades atteints de la Covid-19,
au cours de la première vague de l'épidémie

I. Renseignements administratifs	
Référence du projet	RNIPH-2021-42
Responsable du traitement de données :	GHICL - Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille Hôpital Saint Philibert 115 Rue du Grand But - BP 249 59160 LOMME Cedex
Responsable de la mise en œuvre du traitement de données :	Dr Gregory BERTOLOTTI, médecin urgentiste, praticien chef de service Service d'Accueil des Urgences de l'hôpital Saint-Philibert, GHICL ✉ bertolotti.gregory@ghicl.net , ☎ 03 20 00 56 22
Etudiant réalisant son travail de thèse :	REVER Coline, Interne DESMU, Faculté de Lille 2 RPPS 10102237459
Collaborateurs :	Dr JOOS Walter, Médecin, Groupement au Service de Santé et de Secours Médical du SDIS 59 Directeur de thèse
Déléguée à la protection des données du GHICL	Sandrine REMY ✉ contact-dpo@ghicl.net , ☎ 03 20 22 57 00
Responsable du projet à la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation du GHICL	Domitille TRISTRAM, chargée des études hors-RIPH ✉ tristram.domitille@ghicl.net , ☎ 03 20 22 57 37
Méthodologiste Responsable des analyses statistique à la DRCI	Laurène NORBERCIAK, biostatisticien ✉ norberciak.laurène@ghicl.net , ☎ 03 20 22 59 26
Comité de rédaction :	REVER Coline ; Domitille TRISTRAM, Walter JOOS
Type de projet :	Projet de Recherche N'Impliquant pas la Personne Humaine (RNIPH) Etude quantitative, rétrospective, multicentrique, de type 4b
Lieux de l'étude :	GHICL

Cette étude est réalisée dans le cadre de la thèse de médecine de Mme Coline REVER

3. Procédure d'aide à la décision de Limitation et Arrêt de Thérapeutiques lors d'une prise en charge en urgence

**Procédure d'aide à la décision de
Limitation et Arrêt de Thérapeutiques
lors d'une prise en charge en urgence**

*A insérer dans le dossier médical
Réévaluation régulière*

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

Le patient / La situation

Etat actuel			
Nom :		Prénom :	
Âge :			
Mode de vie :	Domicile <input type="checkbox"/>	EHPAD <input type="checkbox"/>	HAD <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>
Dossier médical sur place et/ou disponible :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Antécédents médicaux / Comorbidités notables :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, le(s)quel(les) :			
<input type="checkbox"/> Comorbidité(s) non sévère(s) stabilisée(s) :			
<input type="checkbox"/> 1 comorbidité sévère			
<input type="checkbox"/> >1 comorbidité sévère			
Troubles cognitifs :		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui : le(s)quel(s)	Sévères <input type="checkbox"/>	Peu sévères <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Communication :	Possible <input type="checkbox"/>	Altérée <input type="checkbox"/>	Impossible <input type="checkbox"/>
Etat général :	Altéré <input type="checkbox"/>	Cachexie /dénutrition <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Autonomie :	Complète <input type="checkbox"/>	Partielle <input type="checkbox"/>	Grabataire <input type="checkbox"/>
Pathologie actuelle :			
Gravité clinique/défaillance principale			
Neuro <input type="checkbox"/>	Respiratoire <input type="checkbox"/>	Hémodynamique <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Eléments cliniques :			
Nature : Episode aigu intercurrent <input type="checkbox"/>		Dégradation de la maladie initiale <input type="checkbox"/>	
Quel(s) élément(s) sont pris en compte pour initier la réflexion de procédure de LAT ?			
- Pathologie aiguë motivant un appel d'urgence :			
<input type="checkbox"/> Irréversibilité à très court terme			
<input type="checkbox"/> Absence d'amélioration malgré un traitement actif			
- Apport des soins (à réfléchir à chaque étape) :			
<input type="checkbox"/> Niveau d'engagement thérapeutique discuté précédemment			
<input type="checkbox"/> Evolutivité de l'affection sous-jacente (aggravation, rapidité d'évolution)			
<input type="checkbox"/> Retentissement des soins engagés sur la qualité de vie, le devenir du patient			
- Avis d'un réanimateur pris sur indication à un transfert en réanimation/USC :			
- Autre(s) :			

4. Scores LODS et IGS

Scores :

Calcul du score LODS (Logistic Organ Dysfunction System)

(Logistic Organ Dysfunction System)

Système Cardiovasculaire FC <input type="text" value="0"/> Pression Artérielle Systolique <input type="text" value="0"/>	Hématologie Leucocytes <input type="text" value="0"/> Plaquettes <input type="text" value="0"/>	Rein Urée Sanguine <input type="text" value="0"/> ou Azote uréique sérique <input type="text" value="0.28 - 0.55 g/L"/> Créatinine <input type="text" value="0"/> Diurèse <input type="text" value="0"/>
Système Respiratoire PaO2/FIO2 <input type="text" value="0"/>	Neurologie Score de Glasgow (Aide) <input type="text" value="0"/>	Score LODS (Aide) <input type="text" value="0"/>
Système Hépatique Bilirubine <input type="text" value="0"/> Prothrombine <input type="text" value="0"/>	Score Cardiovasculaire <input type="text" value="0"/> Score Hématologique <input type="text" value="0"/> Score hépatique <input type="text" value="0"/> Score Neurologique <input type="text" value="0"/> Score Rénal <input type="text" value="0"/> Score Respiratoire <input type="text" value="0"/>	Mortalité Prédite <input type="text" value="0"/> <input type="button" value="Effacer"/>
La formule utilisée est : $\text{Logit} = -3.4043 + 0.4173 \cdot (\text{LODS})$. Probabilité de mortalité = $\frac{e^{\text{Logit}}}{1 + e^{\text{Logit}}}$		

Calcul de l'IGS II

Mode d'admission <input type="text" value="0"/>	Maladies chroniques <input type="text" value="0"/>	Score de Glasgow (aide) <input type="text" value="0"/>
Age <input type="text" value="0"/>	P. Art. Syst. <input type="text" value="0"/>	Fréq. cardiaque <input type="text" value="0"/>
Température <input type="text" value="0"/>	PaO2/FIO2 (mmHg) Si VM ou CPAP <input type="text" value="0"/>	Diurèse (L/24 h) <input type="text" value="0"/>
Urée sanguine <input type="text" value="0"/>	Leucocytes <input type="text" value="0"/>	Kaliémie <input type="text" value="0"/>
Natrémie <input type="text" value="0"/>	HCO3- <input type="text" value="0"/>	Bilirubine (si ictère) <input type="text" value="0"/>

5. Score COVID

PARAMETERS	3	2	1	0	1	2	3
Age				<65			≥65
Respiration Rate	≤8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	≥25
Oxygen Saturations	≤91	92 - 93	94 - 95	≥96			
Any Supplemental Oxygen		Yes		No			
Systolic BP	≤90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			≥220
Heart Rate	≤40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111 - 130	≥131
Consciousness				Alert			Drowsiness Letargy Coma Confusion
Temperature	≤35.0		35.1 - 36.0	36.1 - 38.0	38.1 - 39.0	≥39.1	

COVID-19 Early Warning Score (COVID-19 EWS)

Parameters	Assessment	Score
Signs of pneumonia on CT	Yes	5
History of close contact with COVID-19 confirmed patient	Yes	5
Fever	Yes	3
Age	≥ 44 years old	1
Sex	Male	1
Tmax^a	≥ 37.8 °C (100 °F)	1
Meaningful respiratory symptoms (including cough, expectoration, and dyspnea)	≥ 1 symptotom	1
NLR^b	≥ 5.8	1
Highly suspected patient		≥ 10

^aSARS-CoV-2 nucleicacid detection positive is the independent diagnostic indicator.

^aTmax: the highest body temperature from illness onset to first hospital admission

^bNLR: neutrophil-to-lymphocyte ratio

6. Loi Jardé :

La loi Jardé définit les recherches de type 1, 2 et 3 de la manière suivante :

« Sont considérées comme recherche impliquant la personne humaine les recherches : organisées et pratiquées sur des personnes volontaires saines ou malades en vue du développement des connaissances biologiques ou médicales qui visent à évaluer les mécanismes de fonctionnement de l'organisme humain normal ou pathologique, l'efficacité et la sécurité de réalisation d'actes ou de l'utilisation ou de l'administration de produits dans un but de diagnostic, de traitement ou de prévention d'états pathologiques »

7. R.N.I.P.H.

« Ne sont pas des recherches impliquant la personne humaine au sens du présent titre les recherches qui, bien qu'organisées et pratiquées sur des personnes saines ou malades, n'ont pas pour finalités celles mentionnées ci-dessus, et qui visent :

- à évaluer les capacités des produits cosmétiques
 - à effectuer des enquêtes de satisfaction du consommateur pour des produits cosmétiques ou alimentaires ;
 - à effectuer toute autre enquête de satisfaction auprès des patients ;
 - à réaliser des expérimentations en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé.
- les recherches qui ne sont pas organisées ni pratiquées sur des personnes saines ou malades et n'ont pas pour finalités celles mentionnées, et qui visent à évaluer des modalités d'exercice des professionnels de santé ou des pratiques d'enseignement dans le domaine de la santé.
 - les recherches ayant une finalité d'intérêt public de recherche, d'étude ou d'évaluation dans le domaine de la santé conduites exclusivement à partir de l'exploitation de traitement de données à caractère personnel mentionnées au I de l'article 54 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et qui relèvent de la compétence du comité d'expertise pour les recherches, les études et les évaluations prévu au 2° du II du même article. »

8. Recueil de donnéesa. Analyse descriptive univariée des données.1) Variables quantitatives

	Valeurs manquantes	Moy +/- Sd	Med [Q1-Q3]	Min - Max
Age	0	67.3 +/- 18.9	71 [54.5 ; 83]	20 - 104
Saturation	2	93.8 +/- 7	95 [92 ; 98]	30 - 100
Debit_oxigene	89	1.2 +/- 2.5	0 [0 ; 2]	0 - 15
Score_covid	510	6.3 +/- 3.7	6 [3 ; 9]	b. <u>-16</u>

2) Variables qualitatives :

		Valeurs manquantes	Effectif (%)
Sexe	0	0	288 (48.1%)
	1		311 (51.9%)
provenance	1	0	493 (82.3%)
	2		75 (12.5%)
	3		25 (4.2%)
	4		6 (1%)
Autonomie	1	0	513 (85.6%)
	2		23 (3.8%)
	3		63 (10.5%)
Oxigenation	0	2	453 (75.9%)
	1		144 (24.1%)
Lata	0	390	108 (51.7%)
	1		76 (36.4%)
	2		25 (12%)
Directives_anticipees	0	487	104 (92.9%)
	1		8 (7.1%)
Reanimateur	0	1	543 (90.8%)
	1		55 (9.2%)
Medecin	0	1	522 (87.3%)
	1		76 (12.7%)
Famille	0	1	548 (91.6%)
	1		50 (8.4%)
Radio	0	3	426 (71.5%)
	1		170 (28.5%)
Scanner	0	1	295 (49.3%)
	1		303 (50.7%)
Biologie	1	0	543 (90.7%)
	0		56 (9.3%)
Oxygene_urg	0	0	298 (49.7%)
	1		301 (50.3%)
Antibiotherapie_urg	1	0	244 (40.7%)
	0		355 (59.3%)

masque_lun_intub	<i>rien</i>	296	5 (1.7%)
	<i>L</i>		285 (94.1%)
	<i>MHC</i>		9 (3%)
	<i>VNI</i>		4 (1.3%)
Sedation_urg	<i>non</i>	592	4 (57.1%)
	<i>+</i>		3 (42.9%)
Devenir	<i>CAR</i>	1	10 (1.7%)
	<i>CHI</i>		2 (0.3%)
	<i>DC</i>		6 (1%)
	<i>GER</i>		47 (7.9%)
	<i>GYN</i>		1 (0.2%)
	<i>HDV</i>		2 (0.3%)
	<i>INF</i>		1 (0.2%)
	<i>MP</i>		35 (5.9%)
	<i>NEU</i>		1 (0.2%)
	<i>nosocomial</i>		1 (0.2%)
	<i>PNE</i>		39 (6.5%)
	<i>RAD</i>		130 (21.8%)
	<i>REA</i>		28 (4.7%)
	<i>REB</i>		242 (40.5%)
	<i>T</i>		6 (1%)
	<i>UH</i>		17 (2.8%)
<i>USC</i>	30 (5%)		
Vague	<i>1</i>	0	135 (22.5%)
	<i>2</i>		464 (77.5%)

c. Analyse descriptive des données par Vague.1) Variables quantitatives :

	Valeurs manquantes	Population totale	Vague		p-valeur
			1	2	
Age	0	67.3 +/- 18.9	63.7 +/- 19.4	68.4 +/- 18.6	0,012
		71 [54.5 ; 83]	64 [51 ; 81]	72 [56 ; 83.2]	
Saturation	2	93.8 +/- 7	93.9 +/- 5.4	93.7 +/- 7.5	0,59
		95 [92 ; 98]	95 [92 ; 98]	95 [92 ; 98]	
Debit_oxigene	89	1.2 +/- 2.5	4 +/- 2.9	0.9 +/- 2.2	<0.0001
		0 [0 ; 2]	3 [2 ; 5.8]	0 [0 ; 0]	
Score_covid	510	6.3 +/- 3.7	6.6 +/- 3.7	3.9 +/- 2.7	0,047
		6 [3 ; 9]	6 [4 ; 9]	3.5 [2.8 ; 4.5]	

2) Variables qualitatives :

		Valeurs manq.	Population totale	Vague		p-valeur
				1	2	
Sexe	0	0	288 (48.1%)	49 (36.3%)	239 (51.5%)	0,0026
	1		311 (51.9%)	86 (63.7%)	225 (48.5%)	
provenance	1	0	493 (82.3%)	101 (74.8%)	392 (84.5%)	0,0016
	2		75 (12.5%)	18 (13.3%)	57 (12.3%)	
	3		25 (4.2%)	13 (9.6%)	12 (2.6%)	
	4		6 (1%)	3 (2.2%)	3 (0.6%)	
Autonomie	1	0	513 (85.6%)	111 (82.2%)	402 (86.6%)	0,14
	2		23 (3.8%)	9 (6.7%)	14 (3%)	
	3		63 (10.5%)	15 (11.1%)	48 (10.3%)	
Oxygenation	0	2	453 (75.9%)	101 (75.9%)	352 (75.9%)	1
	1		144 (24.1%)	32 (24.1%)	112 (24.1%)	
Lata	0	390	108 (51.7%)	108 (80%)	0 (0%)	<0.0001
	1		76 (36.4%)	18 (13.3%)	58 (78.4%)	
	2		25 (12%)	9 (6.7%)	16 (21.6%)	
Directives_anticipees	0	487	104 (92.9%)	33 (86.8%)	71 (95.9%)	0,12
	1		8 (7.1%)	5 (13.2%)	3 (4.1%)	
Reanimateur	0	1	543 (90.8%)	107 (79.3%)	436 (94.2%)	<0.0001
	1		55 (9.2%)	28 (20.7%)	27 (5.8%)	
Medecin	0	1	522 (87.3%)	119 (88.1%)	403 (87%)	0,85
	1		76 (12.7%)	16 (11.9%)	60 (13%)	
Famille	0	1	548 (91.6%)	129 (95.6%)	419 (90.5%)	0,091
	1		50 (8.4%)	6 (4.4%)	44 (9.5%)	
Radio	0	3	426 (71.5%)	78 (58.2%)	348 (75.3%)	0,00017
	1		170 (28.5%)	56 (41.8%)	114 (24.7%)	
Scanner	0	1	295 (49.3%)	59 (44%)	236 (50.9%)	0,2
	1		303 (50.7%)	75 (56%)	228 (49.1%)	
Biologie	1	0	543 (90.7%)	135 (100%)	408 (87.9%)	<0.0001

	0		56 (9.3%)	0 (0%)	56 (12.1%)	
Oxygene_urg	0	0	298 (49.7%)	66 (48.9%)	232 (50%)	0,9
	1		301 (50.3%)	69 (51.1%)	232 (50%)	
Antibiotherapie_urg	1	0	244 (40.7%)	65 (48.1%)	179 (38.6%)	0,058
	0		355 (59.3%)	70 (51.9%)	285 (61.4%)	
masque_lun_intub	rien	296	5 (1.7%)	5 (6.3%)	0 (0%)	<0.0001
	L		285 (94.1%)	68 (86.1%)	217 (96.9%)	
	MHC		9 (3%)	6 (7.6%)	3 (1.3%)	
	VNI		4 (1.3%)	0 (0%)	4 (1.8%)	
Sedation_urg	non	592	4 (57.1%)	4 (100%)	0 (0%)	0,029
	+		3 (42.9%)	0 (0%)	3 (100%)	
Devenir	CAR	1	10 (1.7%)	0 (0%)	10 (2.2%)	#N/A
	CHI		2 (0.3%)	0 (0%)	2 (0.4%)	
	DC		6 (1%)	1 (0.7%)	5 (1.1%)	
	GER		47 (7.9%)	3 (2.2%)	44 (9.5%)	
	GYN		1 (0.2%)	0 (0%)	1 (0.2%)	
	HDV		2 (0.3%)	0 (0%)	2 (0.4%)	
	INF		1 (0.2%)	1 (0.7%)	0 (0%)	
	MP		35 (5.9%)	1 (0.7%)	34 (7.3%)	
	NEU		1 (0.2%)	1 (0.7%)	0 (0%)	
	nosocomial		1 (0.2%)	0 (0%)	1 (0.2%)	
	PNE		39 (6.5%)	1 (0.7%)	38 (8.2%)	
	RAD		130 (21.7%)	11 (8.2%)	119 (25.6%)	
	REA		28 (4.7%)	12 (9%)	16 (3.4%)	
	REB		242 (40.5%)	91 (67.9%)	151 (32.5%)	
	T		6 (1%)	0 (0%)	6 (1.3%)	
	UH		17 (2.8%)	1 (0.7%)	16 (3.4%)	
USC	30 (5%)	11 (8.2%)	19 (4.1%)			

d. Analyse descriptive des données par LATA.1) Variables quantitatives :

	Valeurs manquantes	Population totale	Lata			p-valeur
			0	1	2	
Age	0	67.3 +/- 18.9	58.9 +/- 18.1	81.3 +/- 11.2	81.7 +/- 12.8	<0.0001
		71 [54.5 ; 83]	61 [48.8 ; 73]	85 [76 ; 88.2]	88 [73 ; 90]	
Saturation	2	93.8 +/- 7	94 +/- 5.7	91.2 +/- 8.9	92 +/- 6.6	0,036
		95 [92 ; 98]	95 [92 ; 97.8]	94 [89 ; 96]	94 [90 ; 96]	
Debit_oxigene	89	1.2 +/- 2.5	3.9 +/- 2.6	2.5 +/- 3.8	1.3 +/- 1.4	0,00014
		0 [0 ; 2]	3 [2 ; 5.8]	1 [0 ; 4]	1 [0 ; 2]	
Score_covid	510	6.3 +/- 3.7	6 +/- 3.6	9.1 +/- 3.7	5.8 +/- 2.8	0,017
		6 [3 ; 9]	6 [3 ; 9]	9 [7.2 ; 11.5]	5.5 [3.8 ; 7.5]	

2) Variables qualitatives :

		Valeurs manq.	Population totale	0	1	2	p-valeur
Sexe	0	0	288 (48.1%)	37 (34.3%)	43 (56.6%)	11 (44%)	0,011
	1		311 (51.9%)	71 (65.7%)	33 (43.4%)	14 (56%)	
provenance	1	0	493 (82.3%)	92 (85.2%)	43 (56.6%)	12 (48%)	<0.0001
	2		75 (12.5%)	6 (5.6%)	26 (34.2%)	10 (40%)	
	3		25 (4.2%)	9 (8.3%)	6 (7.9%)	2 (8%)	
	4		6 (1%)	1 (0.9%)	1 (1.3%)	1 (4%)	
Autonomie	1	0	513 (85.6%)	101 (93.5%)	47 (61.8%)	14 (56%)	<0.0001
	2		23 (3.8%)	5 (4.6%)	7 (9.2%)	1 (4%)	
	3		63 (10.5%)	2 (1.9%)	22 (28.9%)	10 (40%)	
Oxigenation	0	2	453 (75.9%)	86 (81.1%)	40 (52.6%)	17 (68%)	0,00022
	1		144 (24.1%)	20 (18.9%)	36 (47.4%)	8 (32%)	
Directives_anticipees	0	487	104 (92.9%)	22 (95.7%)	66 (93%)	9 (90%)	0,69
	1		8 (7.1%)	1 (4.3%)	5 (7%)	1 (10%)	
Reanimateur	0	1	543 (90.8%)	87 (80.6%)	50 (65.8%)	24 (96%)	0,0036
	1		55 (9.2%)	21 (19.4%)	26 (34.2%)	1 (4%)	
Medecin	0	1	522 (87.3%)	104 (96.3%)	13 (17.1%)	17 (68%)	<0.0001
	1		76 (12.7%)	4 (3.7%)	63 (82.9%)	8 (32%)	
Famille	0	1	548 (91.6%)	107 (99.1%)	32 (42.1%)	21 (84%)	<0.0001
	1		50 (8.4%)	1 (0.9%)	44 (57.9%)	4 (16%)	
Radio	0	3	426 (71.5%)	65 (60.7%)	51 (67.1%)	17 (68%)	0,61
	1		170 (28.5%)	42 (39.3%)	25 (32.9%)	8 (32%)	
Scanner	0	1	295 (49.3%)	50 (46.7%)	39 (51.3%)	13 (52%)	0,79
	1		303 (50.7%)	57 (53.3%)	37 (48.7%)	12 (48%)	
Biologie	1	0	543 (90.7%)	108 (100%)	68 (89.5%)	24 (96%)	0,001

	0		56 (9.3%)	0 (0%)	8 (10.5%)	1 (4%)	
Oxygene_urg	0	0	298 (49.7%)	57 (52.8%)	25 (32.9%)	8 (32%)	0,014
	1		301 (50.3%)	51 (47.2%)	51 (67.1%)	17 (68%)	
Antibiotherapie_urg	1	0	244 (40.7%)	50 (46.3%)	39 (51.3%)	12 (48%)	0,8
	0		355 (59.3%)	58 (53.7%)	37 (48.7%)	13 (52%)	
masque_lun_intub	rien	296	5 (1.7%)	5 (8.2%)	0 (0%)	0 (0%)	0,16
	L		285 (94.1%)	53 (86.9%)	44 (88%)	15 (100%)	
	MHC		9 (3%)	3 (4.9%)	5 (10%)	0 (0%)	
	VNI		4 (1.3%)	0 (0%)	1 (2%)	0 (0%)	
Sedation_urg	non	592	4 (57.1%)	0 (NaN%)	4 (80%)	0 (NaN%)	1
	+		3 (42.9%)	0 (NaN%)	1 (20%)	0 (NaN%)	
Devenir	CAR	1	10 (1.7%)	0 (0%)	2 (2.6%)	0 (0%)	#N/A
	CHI		2 (0.3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	DC		6 (1%)	1 (0.9%)	3 (3.9%)	0 (0%)	
	GER		47 (7.9%)	1 (0.9%)	17 (22.4%)	5 (20%)	
	GYN		1 (0.2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	HDV		2 (0.3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)	
	INF		1 (0.2%)	1 (0.9%)	0 (0%)	0 (0%)	
	MP		35 (5.9%)	1 (0.9%)	2 (2.6%)	2 (8%)	
	NEU		1 (0.2%)	1 (0.9%)	0 (0%)	0 (0%)	
	nosocomial		1 (0.2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	PNE		39 (6.5%)	1 (0.9%)	5 (6.6%)	0 (0%)	
	RAD		130 (21.7%)	11 (10.3%)	4 (5.3%)	1 (4%)	
	REA		28 (4.7%)	12 (11.2%)	1 (1.3%)	0 (0%)	
	REB		242 (40.5%)	67 (62.6%)	34 (44.7%)	14 (56%)	
	T		6 (1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4%)	
	UH		17 (2.8%)	0 (0%)	4 (5.3%)	0 (0%)	
	USC		30 (5%)	11 (10.3%)	4 (5.3%)	1 (4%)	
Vague	1	0	135 (22.5%)	108 (100%)	18 (23.7%)	9 (36%)	<0.0001
	2		464 (77.5%)	0 (0%)	58 (76.3%)	16 (64%)	

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

AUTEURE : Nom : REVER

Prénom : Coline

Date de soutenance : 05.05.2023 à 18h

Titre de la thèse : Etude des décisions de limitation et arrêt des thérapeutiques actives aux urgences de deux hôpitaux lillois pour les malades atteints de la Covid-19, au cours de la première vague et de la deuxième vague de l'épidémie.

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : *Ethique*

DES + FST/option : *DES Médecine d'Urgence*

Mots-clés : L.A.T.A – COVID-19 – Médecine d'urgence

Résumé :

Contexte : La pandémie de covid-19, évènement de santé publique inédit a entraîné une augmentation de la mortalité. Les services d'accueil des urgences représentent une des portes d'entrée d'accès aux soins en France. Ils ont donc eu une importance capitale dans l'orientation des patients. L'objectif de cette étude est donc d'analyser les décisions de limitations des thérapeutiques actives posées aux urgences durant les deux premières vagues de covid-19. **Méthode :** Etude observationnelle, descriptive, rétrospective, multicentrique, au sein des deux services d'urgences adultes du Groupement Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille, entre le 1er mars 2020 et le 1er mai 2020 et le 1er octobre 2020 et le 31 décembre 2020. Dans le but d'étudier le niveau de décision de limitation ou arrêt des thérapeutiques actives pour un patient positif à la Covid-19. La population étudiée est celle des patients majeurs se présentant aux urgences et atteints de la covid-19 dans la période d'étude. **Résultats :** 599 patients accueillis durant la période d'étude. 76 patients soit 12,7% ont reçu une décision de L.A.T.A. Dans cette décision de L.A.T.A, 10,5% avaient des directives anticipées accessibles, 9,2% ont nécessité de l'avis d'un réanimateur, 82,9% ont nécessité l'avis d'un médecin extérieur et 57,9% des familles ont été impliquées dans la prise de décision. En ce qui concerne les décisions de L.A.T.A en fonction de la vague de Covid-19, on ne notait pas de différence significative de présence de directives anticipées ($p= 0,12$), le réanimateur a été moins sollicité durant la deuxième vague ($p < 0,0001$), l'avis d'un second médecin était pris dans une mesure identique tout comme l'avis de la famille. Les patients avec une décision de L.A.T.A étaient âgés en moyenne de 81,3 ans, en majorité des femmes (56,6%), provenant essentiellement du domicile et était autonome à 85,6%. Ces patients étaient oxygénorequérants pour un peu moins de la moitié (47,4%). **Conclusion :** La prise de décision de L.A.T.A. durant l'épidémie de Covid 19 a été exceptionnellement importante, on constate cependant des manquements quant au respect des conditions requises pour la prise de décision de L.A.T.A. aux urgences, selon la loi Clayes- Léonetti.

Composition du Jury :

Président : Pr WIEL Eric

Assesseurs : Dr CLAEYSSEN Vidji et Dr BERTOLOTTI Grégory

Directeur de thèse : Dr JOOS Walter