



HAL
open science

Limitation et arrêt des thérapeutiques actives aux urgences adultes de l'Hôpital Nord de Marseille : évaluation des pratiques professionnelles

Vanessa Meynier

► **To cite this version:**

Vanessa Meynier. Limitation et arrêt des thérapeutiques actives aux urgences adultes de l'Hôpital Nord de Marseille : évaluation des pratiques professionnelles. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01952942

HAL Id: dumas-01952942

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01952942>

Submitted on 12 Dec 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Limitation et arrêt des thérapeutiques actives aux urgences adultes de
l'Hôpital Nord de Marseille : évaluation des pratiques professionnelles**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 26 Avril 2018

Par Madame Vanessa MEYNIER

Née le 9 juin 1989 à Macon (71)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur ROCH Antoine	Président
Monsieur le Professeur GAINNIER Marc	Assesseur
Monsieur le Professeur SALAS Sébastien	Assesseur
Madame le Docteur ASSAL Sarah	Directeur
Monsieur le Docteur TOSELLO Barthélémy	Assesseur

**Limitation et arrêt des thérapeutiques actives aux urgences adultes de
l'Hôpital Nord de Marseille : évaluation des pratiques professionnelles**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 26 Avril 2018

Par Madame Vanessa MEYNIER

Née le 9 juin 1989 à Macon (71)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur ROCH Antoine	Président
Monsieur le Professeur GAINNIER Marc	Assesseur
Monsieur le Professeur SALAS Sébastien	Assesseur
Madame le Docteur ASSAL Sarah	Directeur
Monsieur le Docteur TOSELLO Barthélémy	Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs
R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYSS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne		<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	FUENTES Stéphane	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GABERT Jean	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GAINNIER Marc	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARCIA Stéphane	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GARIBOLDI Vlad	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDART Jean	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GENTILE Stéphanie	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GERBEAUX Patrick	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OUDIN Claire (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOIN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
 GREILLIER Laurent (PU-PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

Ce travail conclut dix années d'apprentissage : dix années semées d'embuches mais aussi et surtout riches de rencontres. Je souhaite donc remercier ici ces personnes qui ont marqué mon initiation.

En tout premier, mes remerciements vont aux Docteurs Béatrice Birmelé, Donatien Mallet et Maël Lemoine. Dès mes premières années, c'est eux qui ont su me transmettre les valeurs d'une médecine humaine et humaniste, aiguïser mon esprit critique et m'initier aux fondements de l'éthique médicale.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance à ceux qui ont été mes pairs pendant ces 3 dernières années et qui ont su me transmettre leur savoir-être et leur savoir-faire.

Un grand merci à Pierre, Delphine et Yves pour votre expertise et votre humanité. Vous avez presque réussi à me faire douter de mon attirance pour la médecine d'urgence. Je suis fier d'avoir été votre élève.

Merci à Maman Dragon pour son soutien et ses précieux conseils.

Merci aux séniors des urgences adultes et de la réanimation polyvalente de l'hôpital Nord ainsi qu'aux médecins du SAMU83 pour leur partage et leur pédagogie.

Mes remerciements vont aussi à ceux qui, en même temps que moi, ont bravé les difficultés de l'internat. Ils ont été nombreux à croiser mon chemin, vous êtes peu à avoir retenu mon amitié.

Merci à Camille pour ce formidable semestre, nos discussions enflammées et ton amitié.

Merci à Karine et Julien pour leur soutien indéfectible. Vous serez de formidables professionnels.

Je remercie les équipes paramédicales que j'ai croisées tout au long de mon cursus. J'y ai rencontré des gens admirables qui m'ont beaucoup appris.

Merci à Frank, à Camille, à Marie, à Mélanie, à Céline et à tous les autres de prendre aussi bien soins de vos petits patients.

Merci aux équipes des urgences et du SAMU de Toulon et de la Seyne et de la réanimation polyvalente de l'hôpital Nord pour votre bienveillance.

Merci à Gilles pour nos discussions si enrichissantes.

Enfin, je tiens à remercier tous ceux qui ont participé à ce travail.

Je remercie chaleureusement Sarah pour son soutien et sa patience (surtout sa patience...).

Merci de m'avoir suivi dans ce domaine aventureux.

Merci au Pr Roch pour son soutien et sa bienveillance. Je suis honorée qu'il ait accepté de présider ce jury.

Je remercie également les membres du jury, le Pr Gainnier, le Pr Salas et le Dr Tosello pour l'intérêt qu'ils ont porté à mon travail.

Merci à Nicolas pour son travail remarquable et son aide précieuse.

Merci aux membres du groupe d'experts, Dr Jourda-de-Vaux, Dr Adda et Dr Hamon pour le temps qu'elles ont accepté de consacrer à ce projet.

Merci également au Pr Gentile pour ses conseils méthodologiques.

Merci à Marie-Christine et Catherine pour leur soutien et leur contribution.

Pour finir, je tiens à remercier le personnel médical et paramédical des Urgences Adulte de l'hôpital Nord de Marseille pour le témoignage de leur soutien tout au long de ce travail. J'ai aimé travailler avec vous en tant qu'interne, je suis ravie de vous retrouver pour mes premiers pas de sénior.

Table des matières

1	Introduction :	3
1.1	Une thématique au cœur de l'actualité sociétale, éthique et législative :	3
1.2	Les services d'urgence, en première ligne de la fin de vie à l'hôpital.....	6
1.3	Une amélioration nécessaire de nos pratiques	9
2	Matériel et méthode :	12
2.1	Type d'étude :	12
2.2	Population étudiée :	12
2.3	Processus de l'audit clinique :	13
2.4	Recueil des données :	13
2.4.1	Modalités de recueil :	13
2.4.2	Type de données recueillies :	14
2.5	Analyse statistique :	17
2.5.1	Epidémiologie descriptive :	17
2.5.2	Epidémiologie analytique :	18
2.5.3	Logiciels utilisés :	18
2.6	Aspects éthiques et réglementaires :	18
3	Résultats :	19
3.1	Caractéristiques des patients :	20
3.1.1	Caractéristiques générales de la population :	20
3.1.2	Caractéristiques cliniques et biologiques de la population	21
3.1.3	Durées de séjour et mortalité.....	24
3.2	Caractéristiques des décisions de LATA :	25
3.2.1	Population générale de l'étude	25
3.2.2	Sous-groupe de patients « HTCD »	26
3.3	Audit clinique :	27
3.3.1	Réunion du groupe d'experts	27
3.3.2	Audit de la population générale de l'étude	28
3.3.3	Audit du sous-groupe « HTCD ».....	29
3.4	Facteurs prédictifs de mortalité précoce (< 72h).....	30
4	Discussion.....	32
4.1	Données épidémiologiques :	32
4.1.1	Profil de la population	32
4.1.2	Profil des décisions de LATA	34
4.1.3	Place de l'HTCD.....	37
4.2	Audit clinique.....	39
4.2.1	Résultat de l'audit.....	39
4.2.2	Discussions du groupe d'experts	42

4.2.3	Identification des axes d'amélioration	47
4.3	Propositions d'amélioration	48
4.3.1	Réponse au travail du groupe d'experts.....	48
4.3.2	Champs inexplorés	51
4.4	Objectif secondaire : facteurs prédictifs de mortalité précoce	52
5	Conclusion	55
6	Bibliographie	57
7	Annexes.....	62
7.1	Annexe 1 : Fiche LATA	62
7.2	Annexe 2 : Etapes du processus de soins et grille d'audit.....	64
7.3	Annexe 3 : Consignes de lecture de la grille d'audit	68
8	Abréviations	69

1 Introduction :

La qualité de leur fin de vie est un sujet qui préoccupe les Français. Plus de la moitié d'entre eux (58%) décéderont à l'hôpital et cette proportion reste stable depuis les années 90(1).

Parallèlement, il s'agit d'un domaine encore peu connu des professionnels de santé pour qui la mort constitue un sujet tabou au cœur de l'hôpital, tant par l'échec qu'elle représente(2) que par l'angoisse qu'elle suscite. Comme le rappelle le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur la mort à l'hôpital : « La prise en charge de la mort ne figure pas explicitement parmi les missions de l'hôpital. ».

1.1 Une thématique au cœur de l'actualité sociétale, éthique et législative :

Ces vingt dernières années ont vu se succéder une série de lois renforçant le droit des patients en fin de vie.

La loi n°99-477 promulguée le 9 juin 1999(3) est la première loi française affirmant le droit de tout patient à bénéficier de soins palliatifs, même s'il n'est pas en phase terminale. En mars 2002, la loi dite Loi Kouchner(4) accroît les droits des patients hospitalisés. Elle crée légalement le concept de personne de confiance. Elle inscrit au code de santé publique le droit à l'information du patient mais aussi le devoir d'information du médecin. Enfin, elle renforce le droit du malade à participer activement à sa prise en charge en faisant valoir son opinion. Ce sera finalement en 2005, avec la loi dite de Leonetti(5), que les droits spécifiques aux patients en fin de vie seront affirmés. Après deux ans de débat, les législateurs se positionnent : ils rejettent l'euthanasie mais également l'obstination déraisonnable. L'expression de la volonté du patient en fin de vie y est renforcée : recherche de la volonté du patient obligatoire, renfort du rôle de la personne de confiance, place des directives anticipées. Elle réaffirme le droit du patient à bénéficier de soins de confort quelles qu'en soient les conséquences (acceptation du double effet) en cas de refus de soins curatifs. Enfin, elle autorise, pour la première fois, les équipes soignantes à arrêter ou à ne pas instaurer de traitements curatifs dans le cadre du rejet de l'obstination déraisonnable. Bien que cette pratique soit déjà largement répandue dans les services de réanimation, elle officialise les

procédures collégiales et protocolise ces décisions de limitation de soins : les décisions de Limitation et Arrêt de Thérapeutiques Actives (LATA) accèdent à une existence légale.

Sa révision en 2016 par les députés Claeys et Leonetti(6) sera marquée essentiellement par deux éléments : la confirmation du rejet de l'euthanasie et la création d'un droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès. Ce dernier point soulèvera le problème de la définition de la « sédation » dont les pratiques se révéleront très hétérogènes sur le territoire(7).

Rappelons enfin que ces différentes obligations du médecin envers le malade en fin de vie sont inscrites dans le Code de Déontologie Médicale modifié en 2012, remis à jour en 2017 et dont une partie des articles est inscrite dans le Code de Santé Publique(8). Il s'achève d'ailleurs par le Serment d'Hippocrate qui invite chaque médecin à respecter ces principes : « Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. »(9).

Ces législations sont l'aboutissement de réflexions lancées en raison d'une pression sociétale forte, souvent exprimée à l'occasion d'affaires conflictuelles de fin de vie largement médiatisées et provoquant l'émoi populaire (affaire Vincent Humbert en 2003, affaire Chantal Sébire en 2008, procès Bonnemaison en 2015, affaire Vincent Lambert en 2013). Concernant cette dernière affaire, l'émotion a été telle que le conseil d'Etat a été amené à saisir le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) afin d'éclairer les arbitrages, la loi ne suffisant pas(10).

En dehors de ces cas, des associations activistes se mobilisent afin de maintenir le débat public ouvert. A titre d'exemple, la plus connue d'entre elles, l'Association pour le Droit à Mourir dans la Dignité (ADMD)(11) organise des manifestations sur le sujet plusieurs fois par an et propose son soutien aux familles lorsque les affaires sont portées devant les tribunaux.

Le rapport Sicard en 2012 « Penser solidairement la fin de vie »(2) suivi de la « Conférence de citoyens sur la fin de vie » menée par l'Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) et le CCNE en 2013(7) et du « Rapport du CCNE sur le débat public concernant la fin de vie » en 2014(12) sont les témoins directs de la préoccupation des Français sur ce sujet. En effet, plus de deux ans de débat ont été nécessaires pour rendre compte de la complexité des situations et mettre en évidence les attentes communautaires : « l'expression forte, et unanimement partagée par les personnes, d'une volonté d'être entendues, respectées, et de voir leur autonomie reconnue. »(12).

Cette demande de nos concitoyens ne passe pas non plus inaperçue dans le monde politique. En effet, des élus interpellent régulièrement le gouvernement à ce sujet comme en témoigne la tribune signée par 156 députés en février 2018 réclamant une légifération sur l'euthanasie(13). Cette thématique s'est fréquemment invitée au cours des débats politiques lors des dernières campagnes électorales notamment pendant les élections présidentielles(14).

Au-delà des mesures législatives, l'ampleur des revendications sociétales a conduit à l'élaboration de travaux permettant un état des lieux sur la fin de vie en France, jusque-là très peu explorée.

Entre 2005 et 2009, la mission d'évaluation de la loi Leonetti, présidée par ce dernier, aboutit rapidement à un double constat : la loi du 22 avril 2005 peine à se faire connaître auprès des professionnels de santé et il existe très peu de données pour éclairer le débat public. Les recommandations de cette mission aboutissent à la création de l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) en 2010 par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. La même année, en collaboration avec l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED), l'ONFV organise une enquête nationale « Fin de vie en France » qui explorera le thème de la fin de vie à l'hôpital comme en ville. L'analyse de 4891 décès a permis de dresser le portrait suivant : une décision de LATA était prise dans 45% des cas ; les mesures imposées par la loi Leonetti ne sont que partiellement respectées, et, pour certaines d'entre elles, dans des proportions dramatiques (collégialité inférieure à 50% des cas pour les patients inaptes à participer, discussion avec le patient apte à participer inexistante dans 20% des cas, consultation de la personne de confiance dans 15% des cas seulement) ; seuls 2,5% des patients en fin de vie avaient rédigé des directives anticipées, posant la question de leur appropriation ; l'euthanasie active, bien qu'interdite, est une pratique bien réelle représentant 0,8% des décès étudiés(15,16). Quant au lieu de décès, les travaux ont mis en évidence une proportion faible de décès à domicile (25%) en inadéquation avec le souhait d'une majorité de Français (81%)(17,18).

En 2012, le Président François Hollande nomme Didier Sicard pour présider la mission de Réflexion sur la Fin de Vie en France. Cette commission élabore un rapport(2) qui dresse une fois encore le constat suivant : la loi du 22 avril 2005 est largement méconnue du grand public comme des professionnels ; le non-respect de la collégialité est fréquent ; l'offre de

soins concernant les soins palliatifs est insuffisante et mal répartie sur le territoire français ; les professionnels sont insuffisamment formés à la prise en charge des patients en fin de vie. Ont suivi trois travaux du CCNE dédiés à la fin de vie qui ont permis de compléter ces données. En 2013, l'avis n°121 sur la fin de vie, l'autonomie de la personne et la volonté de mourir(19) en arrive à la même conclusion et préconise l'organisation de débats citoyens sur la fin de vie et la mort volontaire. Ces débats seront menés au cours des années 2013-2014 et dresseront un « constat accablant »(12) : la majorité des personnes en fin de vie n'a pas accès aux soins palliatifs nécessaires, conduisant à des situations de fin de vie « insupportables » ; une méconnaissance et un non-respect des dispositions légales de la part des professionnels de santé ; une organisation inappropriée du système de santé.

L'ensemble de ces travaux aboutira à la révision législative promulguée en février 2016 (cf. supra) et sera suivi d'une vaste campagne d'information : « La fin de vie : parlons-en avant » initiée par le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé dirigé par Marisol Touraine en décembre 2016(20).

Malgré ces avancées législatives et ces réflexions éthiques et citoyennes, les débats sur la fin de vie sont loin d'être clos. En effet, les enquêtes d'opinion menées ces dernières années constatent une inquiétude persistante des Français concernant leur fin de vie : « les sondages menés depuis 1987 font ressortir de manière constante une opinion favorable (supérieure à 80%) non seulement au recours à l'euthanasie [...] mais également à une évolution de la législation sur ce sujet. »(21). Par ailleurs, la prise en charge de la fin de vie constitue l'un des 9 thèmes des Etats généraux de la bioéthique qui se tiennent tout au long de l'année 2018 et qui devraient aboutir à un rapport du CCNE à destination des autorités politiques(22).

1.2 Les services d'urgence, en première ligne de la fin de vie à l'hôpital

Le rapport de l'IGAS sur la mort à l'hôpital(1) a été le premier document officiel à mettre en avant la place prépondérante des services d'urgence dans la mortalité hospitalière : « l'ensemble des données issues du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) [...] témoignent surtout d'un phénomène dont l'ampleur était mal connue jusque-là : la fréquence des décès aux urgences. ». Au-delà de ce simple constat, la mission a

pu rendre compte d'un phénomène grandissant : plus d'un patient sur dix admis à l'hôpital meurt aux urgences. Les interlocuteurs ont notamment signalé leur désarroi face à des patients de plus en plus nombreux arrivant inopinément aux urgences et dont la fin de vie était prévisible à brève échéance. La mission tente d'apporter des explications à ce phénomène : « soit l'entourage, n'ayant jamais vu la mort, se trouve démuni et paniqué, notamment par les difficultés respiratoires (râles, étouffement) qui l'affolent et lui deviennent insupportables ; soit, après un certain temps, la famille se retrouve épuisée par la charge physique et morale [...]. ». Enfin, le rapport cite l'Institut National de Santé Publique de Québec qui, plus sévère que nos autorités, « considère que les décès aux urgences de personnes en fin de vie constituent un défaut majeur du système de soins. ».

Malgré ce travail, la proportion exacte des patients en fin de vie admis aux urgences n'est actuellement pas connue. Elle ne peut être qu'approchée par l'analyse des décès dans les services d'urgence. C'est ce qu'ont tenté de faire B. Tardy et A. Viallon dans une étude reprenant les données de la littérature française sur le sujet(23). Ils ont noté qu'environ un quart à un tiers des décès survenant aux urgences correspondrait à des patients en fin de vie. Leur travail constitue la première étude de synthèse objectivant la réalité du nombre conséquent de passages aux urgences de patients en fin de vie.

En 2005, Le Conte et son équipe réalisent la plus grande cohorte jamais collectée en France sur les décès et les décisions de LATA aux urgences avec la participation de 171 services d'urgence français et l'inclusion de 2420 patients. Les travaux qui en ont découlé constituent la plus large base de données actuellement disponible et ont permis la mise en lumière de plusieurs phénomènes. Ils nous enseignent notamment que 80% des patients décédés aux urgences ont fait l'objet d'une décision de LATA. Outre des données épidémiologiques de grande envergure, on y apprend que seuls 2,4% des services avaient une procédure écrite de LATA(24), qu'un tiers des patients en mesure de s'exprimer était consulté contrairement à 58,4% des proches ou encore que 60,2% de ces patients ont fait l'objet de soins palliatifs (majoritairement sous forme de prescription d'antalgiques). Concernant la procédure collégiale, la décision était prise par deux médecins dans 80% des cas mais les équipes paramédicales en charge du patient n'étaient impliquées que dans 27,4% des cas(25). Ils souligneront l'importance de renforcer la formation des personnels soignants aux soins palliatifs.

Par ailleurs, le parcours de ces patients reste encore mal connu. Dans l'une des premières études sur la mort aux urgences, E. Roupie avait découvert que 50% des patients en fin de vie aux urgences étaient admis dans une unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (HTCD)(26), le devenir de l'autre moitié des patients n'étant pas connu. D'autres équipes ont également constaté une augmentation du nombre de patients dans leurs unités d'HTCD et ont revu leur organisation en conséquence(27,28). Les recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) vont d'ailleurs dans ce sens : bien que les services d'urgence n'aient pas pour mission d'assurer les carences de lits d'aval, lorsqu'un retour à domicile n'est pas possible, les unités d'HTCD sont les plus adaptées à ces patients(29,30).

Enfin, il est nécessaire de souligner que les spécificités du travail aux urgences rendent la prise en charge de ces patients d'autant plus complexe. Ces difficultés ont été soulignées dans plusieurs travaux.

Une étude ethnographique, menée en 2005 dans deux centres hospitaliers français, a permis d'en identifier une partie(31). Premièrement, la temporalité spécifique aux urgences influence directement les conditions de travail et l'organisation du service. Ainsi, un décès survenant précocement est compatible avec une prise en charge dans un service d'urgence tandis qu'un décès plus tardif en perturbe le fonctionnement. Ensuite, la définition de la fin de vie semble hétérogène au sein des équipes et renvoie donc chacun à des obligations différentes vis-à-vis du patient. La prise de décision en contexte d'incertitude augmente cette ambiguïté. Pour finir, la classification du patient étiqueté « fin de vie » complique sa prise en charge institutionnelle et le concept d'une « mort sociale » qui précède la mort biologique constitue une dérive rapidement atteinte.

Une autre particularité des urgences soulignée par plusieurs études(2,32) est la singularité de la relation médecin-patient. Bien souvent, l'urgentiste rencontre le patient pour la première fois ne connaissant rien de son histoire, de sa maladie et de son évolution. Face à lui, se trouve la plupart du temps un patient en situation de détresse vitale, rendant la relation totalement asymétrique. Cette relation singulière augmente la complexité des décisions.

Pour finir, d'autres travaux se sont appliqués à démontrer les difficultés psychologiques rencontrées par le personnel soignant médical et paramédical régulièrement

confronté à la mort(23,33), prônant la nécessité d'élaborer des espaces de parole au sein des services.

En réponse à ces obstacles, la SFMU a édité des recommandations spécifiques à la médecine d'urgence(29). Intitulées « Ethique et Urgences », ces recommandations se sont concentrées sur les difficultés éthiques soulevées par la fin de vie en raison de l'ampleur du phénomène : « cette place des Services d'Urgence (SU) entraîne non seulement des interrogations éthiques spécifiques mais confère aux médecins urgentistes une responsabilité primordiale dans l'identification et la mise en route d'une démarche éthique lors de la prise en charge de certains malades. ». Elles introduisent la notion de « chaîne éthique » par analogie à la chaîne de survie indispensable dans la prise en charge de ces patients, rappelant que « le SU apparaît au mieux comme un point de référence, au pire comme la seule issue. ». Bien que rédigées avant la promulgation de la loi Leonetti, elles soulignent l'importance de la collégialité (incluant les équipes paramédicales, le patient et ses proches), la nécessité de recueillir le plus d'informations anamnéstiques, cliniques et d'imagerie possibles avant de décider, tout comme celle de prendre le temps de connaître le patient et ses valeurs. Elles rappellent l'obligation éthique et déontologique d'accompagner le patient en LATA par la délivrance de soins palliatifs. Enfin, la SFMU replace la mort dans un processus de vie qui ne doit pas être vécu comme un échec. Cependant, bien que propres aux pratiques urgentistes, ces recommandations ont été établies bien avant les dispositions législatives mentionnées précédemment mais également avant la publication des cohortes de grande envergure qui nous renseignent un peu mieux sur ces prises en charge particulières. Ainsi, après plusieurs années de pratique, la communauté urgentiste s'interroge sur la compatibilité de telles recommandations avec la pratique de terrain et réclame une mise à jour de ces recommandations(32,34,35).

1.3 Une amélioration nécessaire de nos pratiques

Qu'il s'agisse des recommandations des sociétés savantes ou des préconisations des différentes commissions élaborées ces quinze dernières années, un point important semble émerger systématiquement : le manque de données et la nécessité d'évaluer et d'améliorer nos pratiques.

Déjà en 2004, la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP), associée à l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES, future HAS), dans leur conférence de consensus sur l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches(36), préconisait un travail d'amélioration de nos pratiques. Plusieurs orientations étaient proposées : une démarche qualité au niveau institutionnel, la mise en place de protocoles au niveau des services, une amélioration de la formation continue au niveau individuel. Dans son rapport sur la mort à l'hôpital de 2009(1), l'IGAS formule elle aussi plusieurs recommandations en ce sens.

En 2010, la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) a actualisé ses recommandations sur les LAT en réanimation adulte(37). Au cours des travaux menés pour cette dernière, le constat est fait d'une disparité des pratiques. La SRLF a donc encouragé les services de réanimation à s'autoévaluer et à améliorer leur pratique en publiant un corpus de 3 méthodes d'Evaluation des Pratiques Professionnelles applicables à la prise en charge des patients en LATA(38). Actuellement, de tels documents n'existent pas en médecine d'urgence.

Plus récemment, l'ONFV, dans son rapport initial d'état des lieux sur la fin de vie en 2011(21), dresse lui aussi le constat d'un manque cruel de données sur les pratiques. L'une des raisons évoquées est la complexité des situations de fin de vie qui nécessite une évaluation pluri-professionnelle des pratiques ainsi qu'une véritable volonté institutionnelle, à l'échelle des établissements mais également du territoire national.

Enfin, Le Conte et al. a publié en 2008 une mise au point sur la prise en charge des patients en LATA dans les services d'urgence(39). Après plusieurs travaux et réflexions sur le sujet, ils ont souhaité tirer un signal d'alerte sur la nécessité d'un perfectionnement de nos pratiques et proposent plusieurs pistes d'amélioration.

Ainsi, devant une législation changeante, des recommandations actualisées, des constats alarmants et une attente sociétale importante, il nous a semblé intéressant de faire un point sur nos pratiques. Le Service d'Accueil des Urgences adultes de l'hôpital Nord est amené à recevoir très régulièrement des patients en situation de fin de vie. Cette activité ne fait l'objet d'aucune donnée chiffrée à l'heure actuelle. Pourtant, nos discussions avec les équipes médicales et paramédicales de ce service nous ont permis de comprendre qu'il ne s'agissait pas d'admissions comme les autres. Qu'il soit question de difficultés relationnelles avec le patient et ses proches, de difficultés décisionnelles lors des situations complexes ou

de difficultés d'application pratique des prescriptions, ces prises en charge ne laissent personne indifférent. Elles sont d'ailleurs fréquemment vécues de façon négative par le personnel soignant.

Par ailleurs, il existe un protocole d'aide à la décision appelé « Fiche LATA ». Elaboré avant les mesures législatives de 2016, il n'a, à notre connaissance, jamais été évalué et les propos des médecins et infirmiers du service laissent supposer des possibilités d'optimisation.

Convaincus qu'une amélioration de nos pratiques serait bénéfique pour les patients comme pour les soignants impliqués, nous avons cherché à savoir si les pratiques professionnelles actuelles du Service d'Accueil des Urgences adultes de l'hôpital Nord de Marseille étaient conformes aux recommandations de bonnes pratiques et aux exigences légales et éthiques concernant la prise en charge des patients en situation de LATA.

L'objectif principal de ce travail a été une évaluation des pratiques professionnelles concernant le processus de soins des patients pour lesquels une décision de LATA était prise aux urgences.

Comme nous l'avons vu, le nombre de décès et de patients pour lesquels le niveau de soins est discuté ne cesse d'augmenter dans les services d'urgence. De plus, la temporalité spécifique aux urgences nous incite à l'étude des durées de séjour et de la mortalité dans les unités d'accueil des urgences comme dans les unités d'HTCD. L'objectif secondaire était de déterminer les facteurs prédictifs de mortalité précoce chez les patients en situation de LATA.

2 Matériel et méthode :

2.1 Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive mixte, qualitative et quantitative monocentrique, rétrospective d'évaluation des pratiques professionnelles par audit clinique. Les patients ont été recrutés au Service d'Accueil des Urgences Adultes de l'hôpital Nord de Marseille entre le 15 mai 2016 et 31 mai 2017.

2.2 Population étudiée :

L'échantillon d'étude était constitué des patients pour lesquels une décision de LATA a été prise aux urgences de l'hôpital Nord de Marseille pendant la période d'inclusion.

Les critères d'inclusion étaient :

- Tout patient pour lequel une décision de LATA était formalisée par la création d'une « Fiche LATA » sur le logiciel Terminal Urgence (Annexe 1).

Les critères d'exclusion étaient :

- Patient mineur,
- Erreur de création de « Fiche LATA » sur le logiciel Terminal Urgence
- Doublet de passage sur le logiciel Terminal Urgence en lien avec un dysfonctionnement informatique.

Le critère de jugement principal était le pourcentage de conformité des éléments audités comparativement au référentiel préalablement établi. Le critère de jugement secondaire était la mortalité précoce, définie par la survenue du décès dans les 72h suivant l'admission.

Un sous-groupe de patients a été constitué par les patients intégralement pris en charge à l'HTCD jusqu'à leur sortie de l'établissement (nommé groupe « HTCD » ci-après).

2.3 Processus de l'audit clinique :

Il s'agissait d'un audit clinique rétrospectif sur dossier conduit selon la méthodologie approuvée par la HAS(40–43).

La première étape a été de définir le processus de soins encadrant les décisions de LATA. Nous avons découpé la prise en charge en trois étapes : « déroulement du processus décisionnel », « décision de LATA et mise en place » et « mise en place d'un projet thérapeutique proportionné ». Chacune d'entre elles comportait des éléments clés identifiés et justifiés à l'aide d'un référentiel composite (Annexe 2).

Une fois rédigée, cette grille d'audit a été présentée à un groupe d'experts selon la méthode du focus group dont les objectifs ont été les suivants :

- Valider le processus de soin,
- Identifier les éléments évaluable sur dossier,
- Etablir pour chacun de ces éléments les bornes de tolérance, valeur cible à atteindre et valeur critique.

Parallèlement, une aide à la lecture, incluant les précisions sur certains termes et expressions, leur a été communiquée dans le but d'obtenir une lecture homogène de la grille (Annexe 3).

2.4 Recueil des données :

2.4.1 Modalités de recueil :

Les données ont été collectées sur une grille d'audit remplie par un médecin à partir des données du dossier médical.

Pour l'ensemble des patients, le dossier médical était composé du dossier médical partagé sur le logiciel Axigate ainsi que des données relatives au passage aux urgences incluant la « Fiche LATA » sur le logiciel Terminal Urgence.

Pour le sous-groupe de patients « HTCD », le dossier médical comportait également le dossier papier comprenant : le dossier infirmier avant informatisation du service en août 2016, les feuilles de surveillance en Salle d'Accueil des Urgences Vitales, les feuilles de prescription, les résultats gazométriques.

Pour les patients sortis d'hospitalisation, le statut décédé ou vivant à 3 mois a été recueilli par contact téléphonique avec la structure de soins de sortie, l'établissement de résidence pour les EHPAD ou le médecin traitant.

2.4.2 Type de données recueillies :

Caractéristiques de la population

Pour l'ensemble des patients inclus, les caractéristiques suivantes ont été recueillies :

- Démographiques : âge, sexe, lieu de vie (domicile ou institution) ;
- Données à l'admission : constantes, provenance, type de transport, libellé de gravité selon la classification CIMU (Classification Infirmière des Malades aux Urgences) ;
- Données au moment de la décision de limitation : constantes si différentes de l'admission, bilan biologique et gazométrie artérielle, niveau d'autonomie ;
- Pathologies et comorbidités : défaillance d'organe et nombre de défaillances, pathologie principale, antécédents notables ;
- Mortalité : décès, délais de survenue du décès (depuis l'admission aux urgences), lieu de décès, décès à 3mois ;
- Durée de séjour : durée de séjour hospitalier, durée de séjour aux urgences, durée de séjour à l'HTCD, destination à la sortie des urgences, destination à la sortie de l'HTCD.

Le niveau d'autonomie était celui décrit dans le dossier médical du patient ou dans l'item « Mode de vie » de la fiche LATA. Lorsqu'il n'était pas décrit par les termes « grabataire », « totalement autonome » ou « autonomie partielle », nous avons retenu les définitions suivantes :

- Un patient alité en permanence et/ou nécessitant une aide aux transferts était considéré comme grabataire ;

- Un patient nécessitant une aide à la toilette, une marche avec aide (déambulateur ou fauteuil roulant) et/ou un passage infirmier quotidien était considéré comme partiellement autonome.

Le critère « perte récente d'autonomie » était retenu lorsqu'une dégradation de l'état général était clairement mentionnée dans le dossier au cours du mois précédent la limitation (hospitalisation puis retour à domicile sans retour à l'état antérieur, perte de la marche, mise en place d'un passage infirmier à domicile, majoration des aides, etc.).

Les défaillances d'organe ont été codées selon les diagnostics retrouvés dans les dossiers médicaux : une défaillance hémodynamique était retenue lors de l'emploi du terme « choc », une défaillance respiratoire lors de l'emploi du terme « détresse respiratoire aiguë », une défaillance neurologique lors de l'emploi des termes « inconscient » et/ou « coma » et une défaillance rénale lors de l'emploi des termes « insuffisance rénale aiguë » et/ou « rein de choc ».

Lorsque le statut de défaillance d'organe n'était pas explicite, celui-ci pouvait être retenu si les critères suivants étaient retrouvés :

- Pour une défaillance hémodynamique : association d'une hypotension artérielle (PAs < 90mmHg et/ou PAd < 40mmHg et/ou PAm < 65mmHg) et d'une hyperlactatémie (> 2mmol/L) ;
- Pour une défaillance respiratoire : nécessité d'une oxygénothérapie et/ou existence de signes de lutte respiratoire (au moins 2) ;
- Pour une défaillance neurologique : score de Glasgow < 15 ;
- Pour une défaillance rénale : créatininémie élevée n'existant pas sur un bilan précédent (datant de moins de 3 mois) et/ou associée à une urémie élevée et/ou associée à une hyperkaliémie.

Concernant le mode de ventilation, nous avons retenu le degré d'oxygénothérapie le plus élevé au cours de la prise en charge, selon la hiérarchisation suivante : oxygénothérapie simple aux lunettes ou au masque, oxygénothérapie haut débit au masque haute concentration ou aux lunettes de type Optiflow® et ventilation non invasive.

Pour le sous-groupe de patients « HTCD », les données suivantes supplémentaires ont été recueillies :

- Symptômes source d'inconfort tels que définis par l'ANAES(44) : douleur, dyspnée, troubles du sommeil, anxiété, nausée/vomissement, asthénie, etc. ;
- Précision sur l'objectif de soins : soulagement des souffrances, pratiques sédatives à visée palliative, sédation profonde et continue jusqu'au décès ;
- Thérapeutiques prescrites à visée symptomatologique : antalgiques, anxiolytiques, scopolamine, oxygénothérapie, aérosols, antiémétiques.

L'objectif de soins retenu était celui explicitement indiqué dans le dossier médical. Lorsque ce n'était pas le cas, la réévaluation d'un symptôme associée à une modification de prescription permettait de déterminer cet objectif.

Caractéristiques des décisions de LATA

Pour tous les patients, les données concernant les décisions de LATA suivantes ont été recueillies :

- Date et heure de la décision, période « heures ouvrables » / « heures non ouvrables » ;
- Participants à la procédure collégiale : nombre de participants, qualité du médecin consultant ;
- Recueil de la volonté du patient et information : aptitude du patient à s'exprimer, recherche de la personne de confiance et des directives anticipées, recueil de l'avis de la famille, recueil de l'avis du patient, information de la famille, information du patient ;
- Décision de limitation et/ou d'arrêt concernant les actes suivants : réanimation d'un arrêt cardiaque, ventilation invasive, ventilation non invasive, antibiothérapie, transfusion, remplissage vasculaire, perfusion d'amines, épuration extra-rénale, admission en réanimation ;
- Mise en place de soins palliatifs : intervention de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP), lieu d'intervention, réévaluation de la décision de LATA, prescription de soins palliatifs.

L'aptitude du patient à s'exprimer était déterminée selon la donnée « Patient informé » de la fiche LATA et/ou le statut « informé » ou « non informé » ou « inapte » mentionné dans le dossier Axigate. Il a été considéré qu'une décision d'information ou de non information de la part du médecin présupposait un patient en état d'être informé et donc de s'exprimer. Il a été considéré qu'un patient inapte à être informé était inapte à s'exprimer.

La réévaluation de la décision de LATA était considérée non nécessaire en cas de décès très précoce (< 24h) avec évolution clinique attendue.

Audit clinique

Pour tous les patients, les éléments audités étaient les suivants :

- Déroulement du processus décisionnel : procédure collégiale, recueil de la volonté du patient ;
- Décision de LATA et mise en place : utilisation de l'outil d'aide décisionnel « Fiche LATA », traçabilité médico-légale, continuité des soins, information du patient et de ses proches de la décision médicale.

Pour le sous-groupe de patients « HTCD », les éléments audités supplémentaires étaient :

- Mise en place d'un projet thérapeutique proportionné : réévaluation clinique régulière et mise en place de traitements de confort.

2.5 Analyse statistique :

Plusieurs méthodes statistiques ont été utilisées pour cette étude. Les caractéristiques des patients, des « Fiche LATA » ainsi que des éléments audités ont fait l'objet d'une méthodologie descriptive. La recherche des critères prédictifs de mortalité précoce (< 72h) a été faite selon une méthodologie analytique.

2.5.1 Epidémiologie descriptive :

Les données auditées ont été décrites selon leur pourcentage de conformité en comparaison au référentiel composite établi pour chaque donnée.

Les variables qualitatives ont été décrites selon leur effectif et leur pourcentage ; les variables quantitatives selon leur moyenne, leur écart-type, leur minimum et leur maximum.

2.5.2 Epidémiologie analytique :

L'analyse univariée a été faite par le test du CHI^2 de Pearson ou le test exact de Fisher pour les variables catégorielles et par le test t de Student pour les variables continues. Secondairement, les variables explicatives significativement associées à la variable à expliquer étaient inclus dans une analyse multivariée. Le seuil de significativité était fixé à 5%.

2.5.3 Logiciels utilisés :

Les logiciels utilisés étaient Word, Excel et IBM SPSS Statistics (version 20).

2.6 Aspects éthiques et réglementaires :

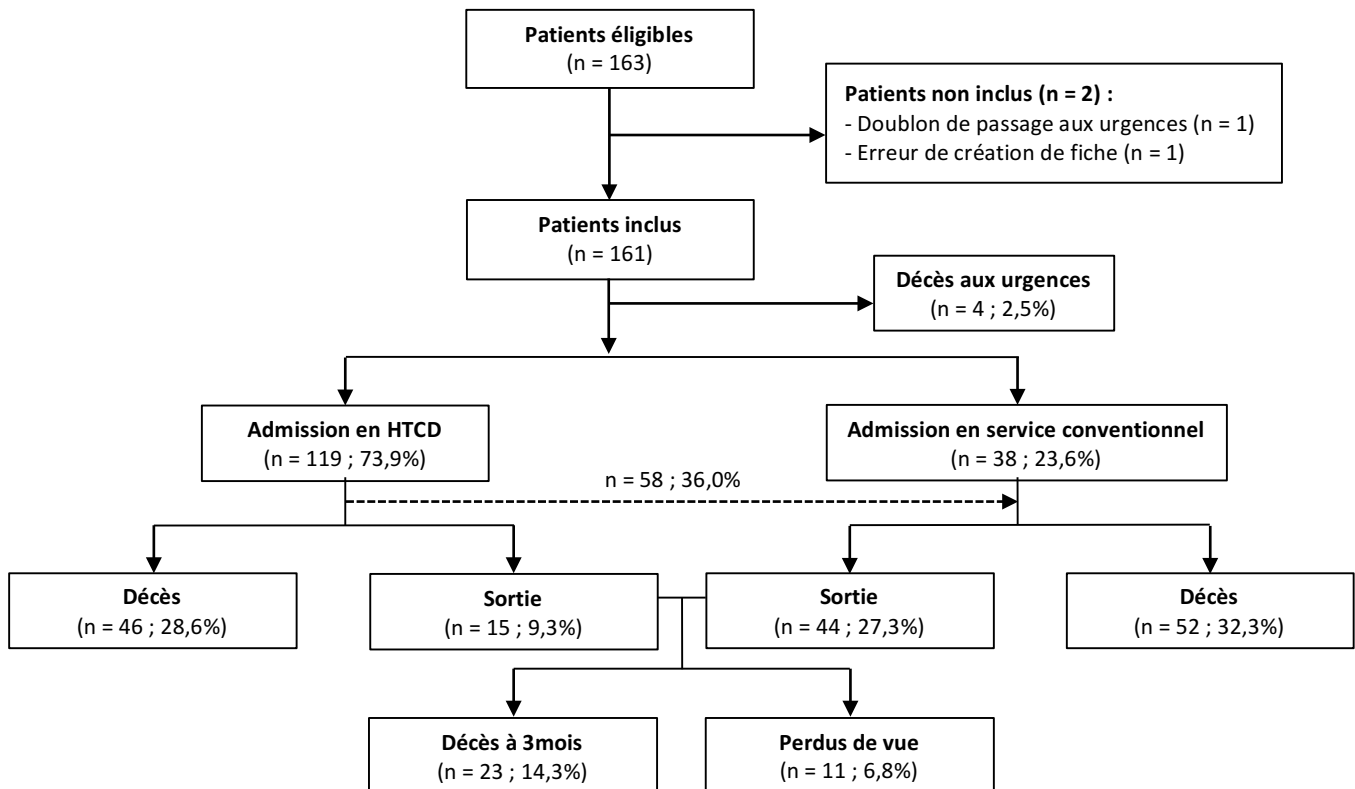
Concernant l'utilisation des données, une autorisation auprès du Correspondant Informatique et Liberté (CIL) de l'AP-HM a été obtenue après anonymisation des données.

Pour des raisons éthiques et déontologiques évidentes, le recueil du statut décédé ou non à 3 mois des patients sortis vivants d'hospitalisation n'a pas été recherché auprès des proches de ceux-ci. Les patients, vivant à domicile sans correspondant professionnel de santé renseigné dans le dossier, ont été considérés comme perdus de vue.

3 Résultats :

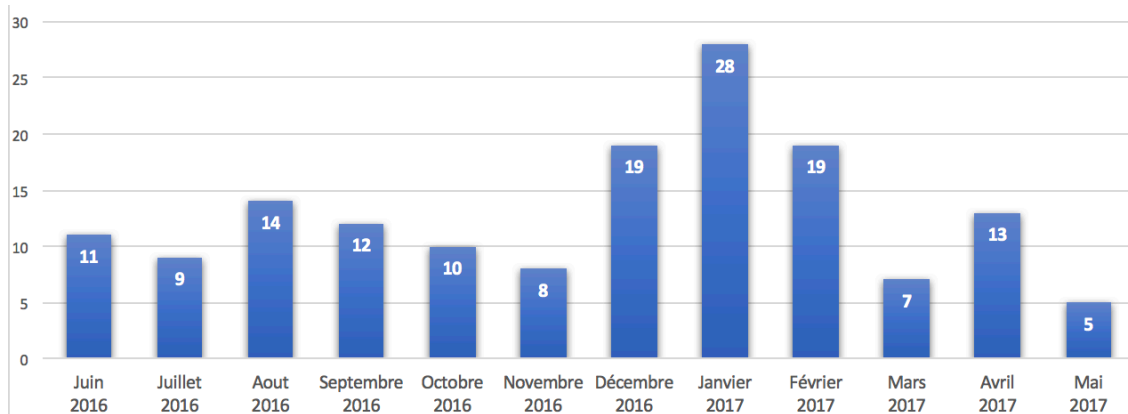
Entre le 15 mai 2016 et le 31 mai 2017, 163 « Fiche LATA » ont été générées sur le logiciel Terminal Urgence aux urgences adultes de l'hôpital Nord de Marseille. Après vérification des critères d'exclusion, 161 patients ont été inclus (figure 1).

Figure 1 : Diagramme de flux



Cela représente 0,3% de l'activité du service sur la période d'inclusion. La répartition sur l'année n'était pas homogène, avec un pic d'activité en décembre, janvier et février.

Figure 2 : Répartition des inclusions au cours du temps



3.1 Caractéristiques des patients :

3.1.1 Caractéristiques générales de la population :

L'échantillon étudié (Tableau 1) comportait presque autant de femmes (n = 84) que d'hommes (n = 77). L'âge moyen était de 82,2 ans avec un minimum de 41 ans et un maximum de 102 ans. La majorité des patients provenait de leur domicile (n = 92 ; 57,1%), par un transport sanitaire non médicalisé (n = 126 ; 78,3%). Un tiers de la population (n = 60 ; 37,3%) vivait en institution. Les antécédents les plus fréquemment retrouvés étaient la présence de troubles cognitifs (n = 65 ; 40,6%) et les néoplasies (n = 55 ; 34,4%). Parmi les cancers, les néoplasies pulmonaires étaient les plus fréquentes (n = 23 ; 41,8%) suivies des néoplasies digestives (n = 13 ; 23,6%), urologiques (n = 7 ; 12,7%), gynécologiques et cérébrales (avec pour chacune n = 5 ; 9,1%) et hématologiques (n = 2 ; 3,6%). La moitié environ était métastatique (n = 29 ; 52,7%).

Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population à l'admission

	Population totale (n = 161)	Données manquantes
Sexe , n (%)		
Femme	84 (52,2)	
Homme	77 (47,8)	
Age , moy (ET), en années	82,2 (11,4)	
Provenance , n (%)		
Domicile (hors institution)	92 (57,1)	
Institution	60 (37,3)	
Hors domicile ¹	9 (5,6)	
Type de Transport , n (%)		
Sanitaire médicalisé ²	28 (17,4)	
Sanitaire non médicalisé ³	126 (78,3)	
Moyen personnel	7 (4,3)	
CIMU ⁴ , n (%)		
1 (Immédiate) ou 2 (< 20min)	92 (57,14)	
3 (< 90min)	51 (31,7)	
4 (< 120min) ou 5 (< 240min)	18 (11,2)	

¹ Voie publique, établissements de soins, cabinets libéraux

² Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

³ Véhicules de secours et d'aide aux victimes et ambulances privées

⁴ Classification Infirmière des Malades aux Urgences

Tableau 1 (suite) : Caractéristiques générales de la population à l'admission

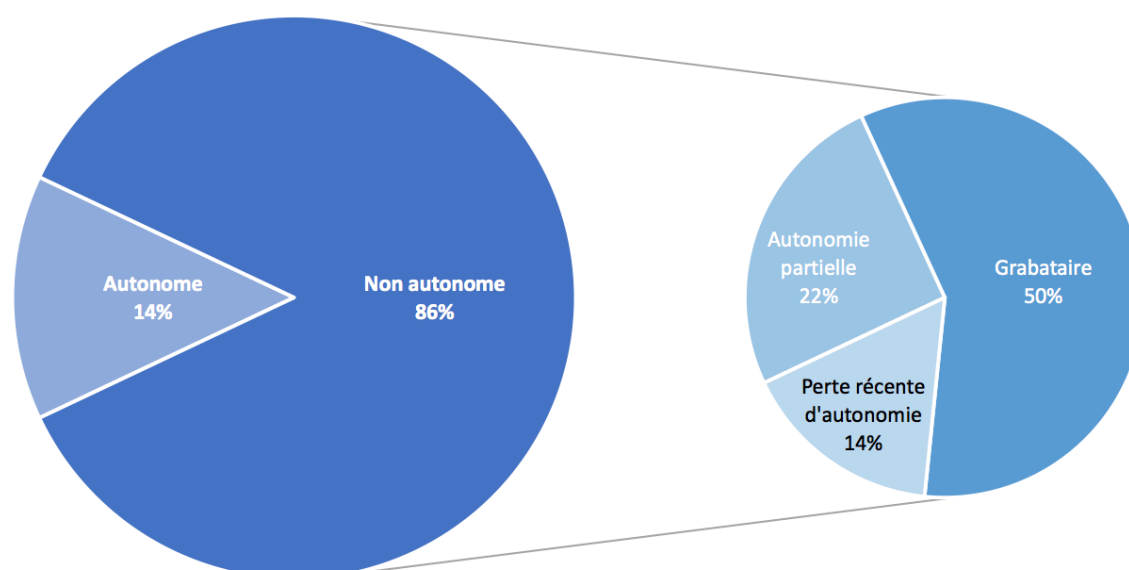
	Population totale (n = 161)	Données manquantes
Antécédents notables, n (%)		
Insuffisance cardiaque	24 (18,9)	34
Insuffisance respiratoire	24 (15,0)	1
Insuffisance rénale	16 (10,1)	1
Avec EER ⁵	2 (1,3)	
Insuffisance hépatique	3 (1,9)	1
Troubles cognitifs	65 (40,6)	1
Coronaropathie	36 (22,8)	3
AVC ⁶	34 (21,3)	1
Néoplasie	55 (34,4)	1
Avec métastase	29 (52,7)	
Psychiatrique	21 (13,1)	1

⁵ Epuration extra rénale

⁶ Accident vasculaire cérébral ischémique ou hémorragique

La majorité des patients était non autonome (n = 133 ; 83,7%). Dans la plupart des cas, il s'agissait de patients grabataires (n = 93 ; 69,9%) (Figure 3).

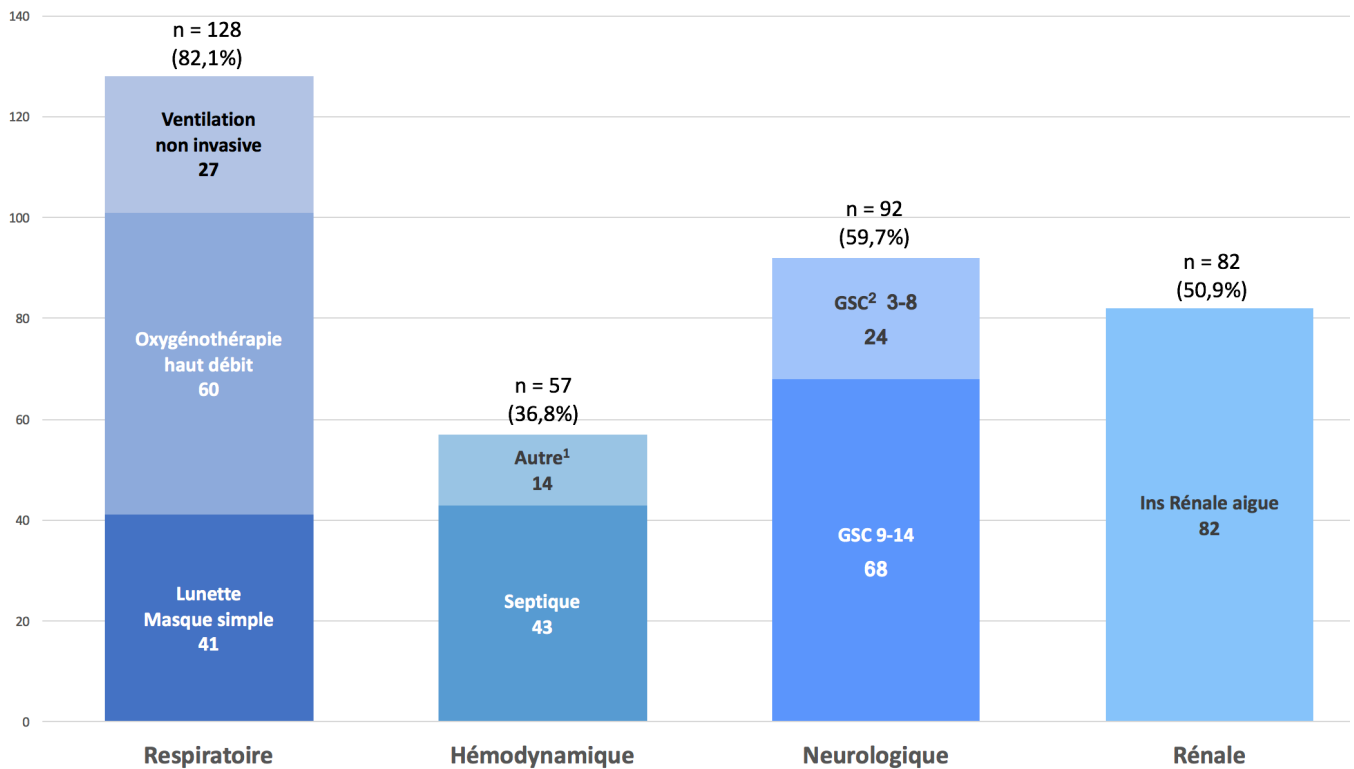
Figure 3 : Degré d'autonomie dans la population générale (n = 159)



3.1.2 Caractéristiques cliniques et biologiques de la population

Les constantes à l'admission sont détaillées dans le tableau 2. La fréquence respiratoire ainsi que la glycémie capillaire n'ont pas été retenues en raison du nombre élevé de données manquantes (respectivement 64 et 80).

Figure 4 : Répartition des défaillances d'organe

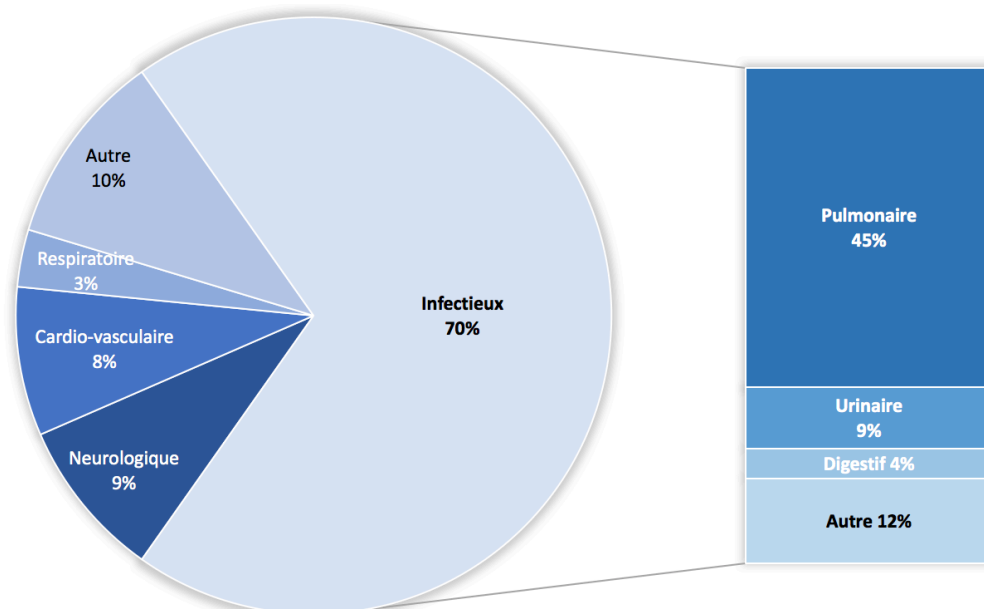


¹ Hémorragique, cardiogénique, anaphylactique, hypovolémique, mixte

² Glasgow Scale Coma

La défaillance respiratoire était celle que l'on retrouvait le plus souvent (n = 128 ; 82,1%) (Figure 4). La majorité des patients présentait au moins 2 défaillances d'organe (n = 88 ; 60,3%) (Tableau 2). L'étiologie principale était le plus souvent infectieuse (n = 112 ; 69,6%) avec une prédominance des infections pulmonaires (n = 72 ; 64,3%) (Figure 5).

Figure 5 : Pathologie principale au moment de la décision de LATA



La collecte des bilans biologiques (tableau 2) retrouvait une moyenne élevée des globules blancs (moyenne = 14,6 ; écart-type = 13,6 ; min = 0,7 ; max = 116,8), de la Protéine C réactive (moyenne = 132 ; écart-type = 111 ; min = 3 ; max 350) et de la créatininémie (moyenne = 139,5 ; écart-type = 99,6 ; min = 7,6 ; max 507,8). Le dosage de la troponine (moyenne = 2,93 ; écart-type 11,14) et des BNP (moyenne = 587 ; écart-type 852) n'était pas réalisé environ une fois sur deux (respectivement 79 fois et 86 fois).

L'analyse des gazométries montrait une lactatémie élevée (moyenne = 3,3 ; écart-type = 3,2 ; min = 0,6 ; max = 19,5) et un pH le plus souvent normal (moyenne = 7,36 ; écart-type = 0,11 ; min = 6,99 ; max = 7,56) (tableau 2).

Tableau 2 : Caractéristiques cliniques et biologiques au moment de la décision de LATA

	Population totale (n = 161)	Données manquantes
Constantes à l'admission, moy (ET)		
Pression artérielle systolique (mmHg)	114 (33)	11
Pression artérielle diastolique (mmHg)	67 (22)	11
Pression artérielle moyenne (mmHg)	83 (24)	11
Fréquence cardiaque (/min)	103 (29)	11
Saturation en oxygène (%)	93 (9)	11
Score de Glasgow	13 (3)	13
Température (°C)	37 (1,2)	21
Nombre de défaillance, n (%)		
0 ou 1	58 (39,7)	15
2 ou plus	88 (60,3)	
Bilan biologique (hors gazométrie), moy (ET)		
Globules blancs (G/L)	14,6 (13,6)	5
Hémoglobine (g/L)	115 (22,0)	5
Plaquettes (G/L)	261 (146,0)	6
Kaliémie (mmol/L)	4,9 (7,5)	5
Natrémie (mmol/L)	143 (29,0)	4
Protéine C réactive (mg/L)	132 (111,0)	14
Urée (mmol/L)	15,8 (11,4)	4
Créatininémie (μmol/L)	139,5 (99,6)	4
Gazométrie artérielle, moy (ET)		
pH	7,36 (0,11)	44
pO ₂ (mmHg)	99 (53,0)	42
pCO ₂ (mmHg)	43 (23,0)	46
HCO ₃ ⁻ (mmol/L)	22,9 (6,6)	39
Lactates (mmol/L)	3,3 (3,2)	46

3.1.3 Durées de séjour et mortalité

La durée moyenne de séjour (tableau 3) de cet échantillon était de 2,1 jours (soit 50,8h). La durée moyenne de séjour dans le service d'accueil des urgences était inférieure à 1 jour (moyenne = 0,5 ; écart-type = 0,3). Les patients séjournant à l'HTCD y restaient en moyenne 3 jours (soit 72,6h).

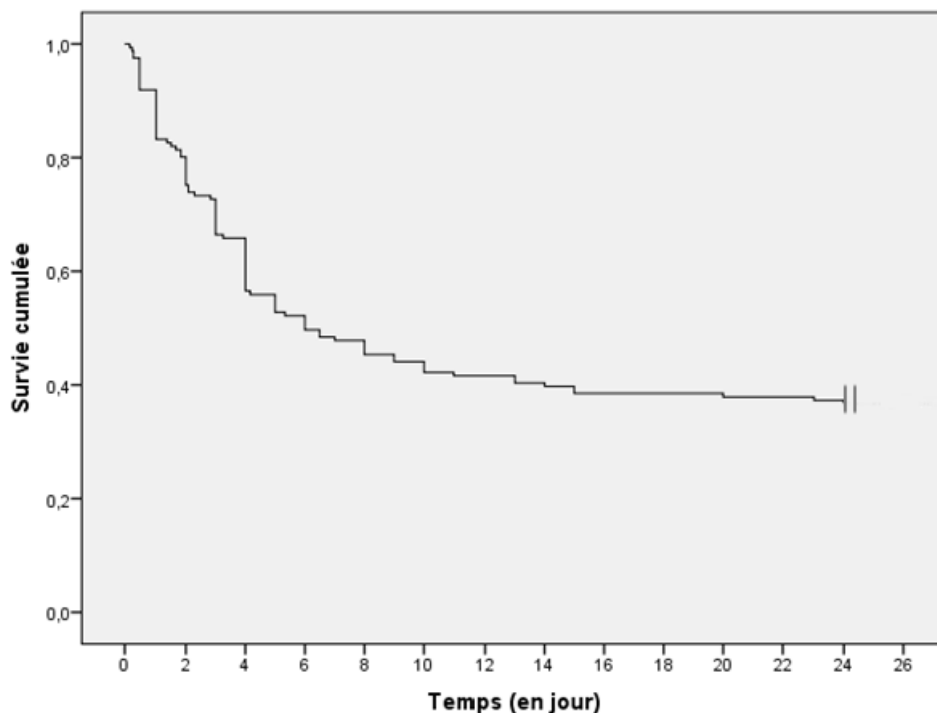
Tableau 3 : Durées de séjour et délais de survenue du décès

	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Durée de séjour				
Globale en heures (jours)	50,8 (2,1)	54,1 (2,3)	2,0 (0,1)	257,4 (10,7)
Aux urgences en heures (jours)	11,0 (0,5)	6,7 (0,3)	2,0 (0,1)	32,4 (1,4)
A l'HTCD ¹ en heures (jours)	72,6 (3,0)	56,2 (2,3)	7,6 (0,3)	257,4 (10,7)
Décès au cours du séjour				
Délais de survenue du décès en heures (jours)	106,5 (4,4)	111,8 (4,7)	4 (0,2)	576 (24,0)

¹ Hospitalisation de Très Courte Durée

Dans cette étude, 63,4% des patients sont décédés au cours de leur séjour hospitalier (n = 102) (figure 6). La mortalité à 3 mois était de 77,6% (n = 125). La répartition des décès était similaire entre le service des urgences (n = 50 ; 49%) et les autres services (n = 52 ; 51%). Dans le sous-groupe des patients décédés (n = 102), le délai de survenue médian du décès était de 72 heures (IC 95% [61,4-82,6]).

Figure 6 : Survie de la population totale, soit n = 161 (Kaplan-Meier)



3.2 Caractéristiques des décisions de LATA :

3.2.1 Population générale de l'étude

Dans cette étude, 27,6% (n = 43) des décisions étaient prises en heures ouvrables. Le médecin consultant était un urgentiste dans 91,6% (n = 142) des cas et un réanimateur dans 27,1% (n = 42) des cas. La décision concernait une limitation de traitement dans 99,4% des cas (n = 160) et un arrêt de traitement dans 7,5% des cas (n = 12) (tableau 4).

Concernant l'expression de leur volonté, 22% (n = 35) des patients étaient déclarés aptes à s'exprimer (tableau 4). La personne de confiance a été identifiée dans seulement 5 cas (3,1%) et les directives anticipées dans 1 cas (0,6%). Dans un peu moins de la moitié des cas, l'avis de la famille était renseigné alors qu'elle n'avait pas été informée (n = 20 ; 46,5%) et l'avis du patient était renseigné alors qu'il était inapte ou non informé (n = 54 ; 45,8%).

Tableau 4 : Caractéristiques des décisions de LATA

	Effectif total (n = 161)	Données manquantes
Décision en heures ouvrables¹, n (%)	43 (26,7)	
Qualité du médecin consultant, n (%)		6
Urgentiste	142 (91,6)	
Réanimateur	42 (27,1)	
Autre ²	16 (10,3)	
Nombre de médecins participants à la décision, n (%)		6
1	8 (5,2)	
2	99 (63,9)	
3 ou plus	48 (30,9)	
Expression de la volonté du patient, n (%)		
Patient apte à s'exprimer	36 (22,6)	2
Personne de confiance identifiée	5 (3,1)	152
Directives anticipées mentionnées	1 (0,6)	158
Type de décision, n (%)		
Décision de limitation de TA ³	160 (99,4)	
Décision d'arrêt de TA	12 (7,5)	
Mise en place de soins palliatifs, n (%)		
Intervention de l'EMSP ⁴	29 (18,0)	
Aux urgences / à l'HTCD	15 (9,3)	
Autre service	14 (8,7)	
Réévaluation de la décision de LATA lorsque possible	84 (66,1)	
Mise en place de soins palliatifs	101 (63,1)	1
Pratiques sédatives à visée palliative	12 (8,9)	26

¹ Du lundi au vendredi de 08h à 18h, le samedi matin de 08h à 13h

² Médecin spécialiste de la pathologie principale, médecin traitant, médecin coordinateur en EHPAD

³ Thérapeutique active

⁴ Equipe Mobile de Soins Palliatifs

On notait la mise en place de soins palliatifs pour 63,1% des patients (n = 101). L'Equipe Mobile de Soins Palliatifs était intervenue dans 18,0% des cas (n = 29) (tableau 4).

Concernant la décision du niveau de soins, les thérapeutiques les plus souvent limitées concernaient une réanimation agressive : réanimation d'un arrêt cardio-respiratoire (n = 157 ; 97,5%), ventilation invasive (n = 149 ; 92,5%), prescription d'amines vasopressives (n = 152 ; 94,4%) et épuration extra-rénale (n = 157 ; 97,5%) (tableau 5).

Tableau 5 : Décision du niveau de soins

	Limité n (%)	Arrêté n (%)	Débuté si besoin n (%)	Données manquantes
Réanimation d'un ACR ¹	157 (97,5)	-	-	3
Ventilation invasive	149 (92,5)	5 (3,1)	2 (1,2)	5
Ventilation non invasive	113 (70,2)	9(5,6)	29 (18,0)	3
Antibiothérapie	11 (6,8)	3 (1,9)	140 (87,0)	7
Remplissage vasculaire	18 (11,2)	5 (3,1)	133 (82,6)	5
Amines	152 (94,4)	3 (1,9)	2 (1,2)	4
Transfusion	60 (37,3)	4 (2,5)	95 (59,0)	2
Epuration extra rénale	157 (97,5)	0 (0,0)	1 (0,6)	3
Admission en réanimation	135 (83,9)	-	-	23

1 Arrêt cardio-respiratoire

3.2.2 Sous-groupe de patients « HTCD »

65 patients de l'étude (40,4%) ont été intégralement pris en charge aux urgences puis à l'HTCD. L'analyse de leur dossier a retrouvé la présence d'un inconfort à type de dyspnée pour 66,0% d'entre eux (n = 35). Les autres symptômes les plus fréquemment constatés étaient la douleur (n = 23 ; 56,1%) et l'anxiété (n = 13 ; 34,2%) (tableau 6).

L'objectif de soins principal était le soulagement des souffrances (n = 35 ; 89,7%). La prescription d'antalgiques était retrouvée dans 84,1% des prises en charge (n = 53), parmi lesquelles la prescription d'un antalgique de pallier 3 dans près de la moitié des cas (n = 31 ; 49,2%) (tableau 6).

Tableau 6 : Accompagnement des patients à l'HTCD, sous-groupe de patients « HTCD »

	Effectif total (n = 65)	Données manquantes
Symptômes identifiés, n (%)		
Douleur	23 (56,1)	24
Dyspnée	35 (66,0)	12
Anxiété	13 (34,2)	27
Nausées / vomissements	4 (6,6)	4
Trouble du sommeil	1 (1,7)	7
Objectif de soins, n (%)		26
Soulager les souffrances	35 (89,7)	
Pratiques sédatives à visée palliative	4 (10,3)	
Sédation profonde et continue	0 (0,0)	
Prescription médicamenteuse, n (%)		2
Antalgiques	53 (84,1)	
Pallier 3	31 (49,2)	
Anxiolytiques	35 (55,6)	
Midazolam	31 (49,2)	
Traitement à visée respiratoire	53 (84,1)	
Scopolamine	17 (27,0)	
Oxygénothérapie	51 (81,0)	
Aérosols	13 (20,6)	

3.3 Audit clinique :

3.3.1 Réunion du groupe d'experts

Le groupe d'experts s'est réuni le 12 mars 2018. Il était composé d'un médecin réanimateur référent pour la thématique « Fin de vie » dans son service, d'un médecin et d'une infirmière de l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs et de deux médecins urgentistes dont l'une prépare le Diplôme Universitaire de soins palliatifs.

Après avoir validé les différentes étapes du processus de soins, l'ensemble des experts a jugé que les items retenus étaient évaluables sur dossier.

Les experts ont ensuite cherché à définir pour chaque item les bornes de tolérance, valeur cible à atteindre et valeur critique. A l'issue de la réunion, aucun consensus n'a été trouvé pour établir des valeurs chiffrées. En effet, le manque de données trop important dans la littérature ainsi que la singularité des situations ne leur ont pas permis de se prononcer. En revanche, ils se sont accordés sur le fait que l'objectif à atteindre pour les items relevant de mesures législatives devait être de 100%.

3.3.2 Audit de la population générale de l'étude

L'ensemble des données recueillies au cours de l'audit concernant les étapes 1 et 2 du processus de soins est résumé dans le tableau 7.

L'évaluation de la procédure collégiale nous apprend que l'avis d'un médecin consultant était demandé dans 92,3% des cas. L'avis du patient était recueilli dans 58,3% des prises en charge dans lesquelles il était en état de s'exprimer et celui des proches dans 73,2% des prises en charge dans lesquelles il n'était pas en état de s'exprimer. L'information de la décision concernait 57,1% des patients en état de s'exprimer et 74,8% des proches de patients n'étant pas en état de s'exprimer.

Le taux de remplissage complet de l'outil d'aide décisionnel « Fiche LATA » était de 21,1%. Ce sont les items concernant l'état de santé du patient qui étaient les mieux renseignés (83,9%). La décision de LATA était inscrite dans 87,5% des dossiers médicaux et ce taux montait à 93% lorsque l'on consultait le dossier complet du patient (médical et paramédical). La justification était inscrite dans un peu plus de la moitié des dossiers (58,4%).

Tableau 7 : Audit clinique sur l'ensemble de la population de l'étude, n = 161

Élément audité	Source de données	Résultats du service % (n)
Etape 1 : Déroulement du processus décisionnel		
<i>Procédure collégiale</i>		
L'avis d'un consultant extérieur à la prise en charge sans lien hiérarchique a été demandé.	Dossier Axigate + Fiche LATA	92,3 (143)
L'avis d'un second consultant a été demandé.		30,9 (48)
<i>Recueil de la volonté du patient</i>		
La capacité du patient à s'exprimer a été évaluée.	Dossier Axigate + Fiche LATA	98,7 (159)
Si le patient était en état de s'exprimer (n = 36), son avis et ses souhaits sur la situation lui ont été demandés.		58,3 (21)
Si le patient était hors d'état de s'exprimer (n = 123), il y a eu recherche et/ou consultation des directives anticipées.		0,0 (0)
Si le patient était hors d'état de s'exprimer (n = 123), il y a eu recherche et/ou consultation de la personne de confiance.		4,1 (5)
Si le patient était hors d'état de s'exprimer (n = 123), il y a eu recherche et/ou consultation des proches.		73,2 (90)

Tableau 7 (suite) : Audit clinique sur l'ensemble de la population de l'étude, n = 161

Élément audité	Source de données	Résultats du service % (n)
Etape 2 : Décision de LATA et mise en place		
<i>Utilisation de l'outil d'aide décisionnel « Fiche LATA »</i>		
La fiche a été intégralement remplie.	Fiche LATA	21,1 (34)
Toutes les informations concernant l'état de santé du patient ont été renseignées.		83,9 (135)
Toutes les informations concernant la procédure collégiale ont été renseignées.		74,5 (120)
Toutes les informations concernant le recueil de la volonté du patient ont été renseignées.		42,2 (68)
Toutes les informations concernant le niveau de soins ont été renseignées.		75,2 (121)
<i>Traçabilité médico-légale</i>		
La décision de LATA est inscrite dans le dossier médical Axigate.	Dossier Axigate	85,7 (138)
La décision de LATA est inscrite dans le dossier paramédical Axigate.		41,5 (61)
La justification de la décision de LATA est inscrite dans le dossier médical Axigate.		58,4 (94)
La justification de la décision de LATA est inscrite dans le dossier paramédical Axigate.		2,7 (4)
<i>Continuité des soins</i>		
La décision de LATA a été transmise par écrit.	Dossier Axigate	93,0 (137)
<i>Information du patient et de ses proches de la décision médicale</i>		
Lorsque le patient était en état de s'exprimer (n = 36), il a été informé de la décision.	Dossier Axigate + Fiche LATA	57,1 (20)
Lorsque le patient n'était pas en état de s'exprimer (n = 123), sa personne de confiance et/ou ses proches, lorsqu'ils existaient, ont été informés de la décision.		74,8 (92)

3.3.3 Audit du sous-groupe « HTCD »

L'étude de la prise en charge des 65 patients suivis exclusivement aux urgences et à l'HTCD est synthétisée dans le tableau 8.

La décision de LATA était réévaluée au moins une fois lorsque cela était possible dans 84,6% des cas. Les équipes paramédicales ont évalué la douleur chez 28,1% des patients et le confort chez 39,1% d'entre eux. Des soins à visée de confort tels que définis par l'OMS étaient instaurés dans 95,4% des prises en charge.

Tableau 8 : Mise en place d'un projet thérapeutique proportionné, n = 65

Élément audité	Source de données	Résultats du service % (n)
Etape 3 : Mise en place d'un projet thérapeutique proportionné		
Sous-groupe « HTCD »		
Réévaluation clinique régulière		
La décision de LATA a été réévaluée au moins une fois lorsque cela était possible (n = 37).	Dossier Axigate	73,0 (27)
La douleur a été évaluée par l'équipe paramédicale.		28,1 (18)
Lorsque la douleur était réévaluée, des échelles validées ont été utilisées.		16,7 (3)
Le confort a été évalué par l'équipe paramédicale.		39,1 (25)
Lorsque le confort était réévalué, des échelles validées ont été utilisées.		4,0 (1)
Mise en place de traitement de confort		
Des soins à visée de confort ont été mis en place.	Dossier Axigate +	95,4 (62)
L'objectif de soins a été précisé.	Dossier papier	60,0 (39)

3.4 Facteurs prédictifs de mortalité précoce (< 72h)

L'ensemble des facteurs étudiés est résumé dans le tableau 9. L'âge moyen des patients décédés au cours des 72 premières heures était de 82ans (ET = 12,10) et celui des patients non décédés dans les 72 premières heures était de 82ans (ET = 11,18), sans différence significative entre ces deux groupes ($p = 0,896$).

En analyse univariée, les facteurs de risque de décès précoce étaient l'existence d'une défaillance neurologique (OR = 2,2 ; $p = 0,038$), le pH < 7,38 (OR = 4,2 ; $p = 0,001$), l'arrêt ou la limitation d'une antibiothérapie (OR = 12,7 ; $p < 0,001$), l'arrêt ou la limitation du remplissage vasculaire (OR = 2,9 ; $p = 0,017$) et l'arrêt ou la limitation de la ventilation non invasive (OR = 4,5 ; $p = 0,014$).

L'analyse multivariée retrouvait uniquement le pH < 7,38 comme facteur de risque de mortalité précoce avec un odds ratio de 3,6 ($p = 0,007$).

Tableau 9 : Facteurs prédictifs de mortalité précoce

	Données valides N (%)	Décès précoces N (%)		Analyse univariée			Analyse multivariée		
		Oui	Non	OR brut	IC 95%	p	OR ajusté	IC 95%	P
Sexe									
Homme	161 (100,0)	22 (50,0)	55 (47,0)	1,1	[0,6 ; 2,3]	0,735	-		
Provenance									
Institutionnalisé	161 (100,0)	19 (43,2)	41 (35,0)	1,4	[0,7 ; 2,9]	0,341	-		
Gravité CIMU									
1 ou 2	161 (100,0)	27 (61,4)	65 (55,6)	1,3	[0,6 ; 2,6]	0,507	-		
Autonomie									
Grabataire	159 (98,8)	22 (51,2)	71 (61,2)	0,7	[0,3 ; 1,3]	0,254	-		
Antécédents notables									
Néoplasie métastatique	161 (100,0)	10 (22,7)	19 (16,2)	1,5	[0,6 ; 3,6]	0,340	-		
Troubles cognitifs	160 (99,4)	17 (39,5)	48 (41,0)	0,9	[0,5 ; 1,9]	0,865	-		
Défaillances d'organe									
Hémodynamique	155 (96,3)	16 (36,4)	41 (36,9)	1,0	[0,5 ; 2,0]	0,947	-		
Neurologique	154 (95,7)	32 (72,7)	60 (54,5)	2,2	[1,0 ; 4,8]	0,038	1,7	[0,6 ; 4,6]	0,278
Respiratoire	156 (96,9)	37 (84,1)	91 (81,3)	1,2	[0,5 ; 3,1]	0,677	-		
≥ 2 défaillances	146 (90,7)	29 (65,9)	59 (57,8)	1,4	[0,7 ; 2,9]	0,361	-		
Etiologie principale									
Infectieux	160 (99,4)	27 (62,8)	88 (75,2)	0,6	[0,3 ; 1,2]	0,121	-		
Gazométrie artérielle									
pH < 7,38	117 (72,7)	23 (71,9)	32 (37,6)	4,2	[1,7 ; 10,3]	0,001	3,6	[1,4 ; 9,2]	0,007
Lactates > 2	115 (71,4)	17 (53,1)	47 (56,6)	0,9	[0,4 ; 2,0]	0,735	-		
Décision de limitation ou arrêt									
Antibiothérapie	161 (100,0)	11 (25,0)	3 (2,6)	12,7	[3,3 ; 48,1]	< 0,001	8,8	[0,7 ; 105,3]	0,086
Remplissage vasculaire	161 (100,0)	11 (25,0)	12 (10,3)	3,0	[1,2 ; 7,2]	0,017	0,8	[0,2 ; 3,6]	0,812
Ventilation non invasive	161 (100,0)	41 (93,2)	88 (75,2)	4,5	[1,3 ; 15,6]	0,014	6,7	[0,8 ; 54,7]	0,078
Réanimation invasive ¹	161 (100,0)	41 (93,2)	107 (91,5)	1,3	[0,3 ; 4,9]	1,000	-		
Admission en Réanimation									
	161 (100,0)	1 (2,3)	2 (1,7)	1,3	[0,1 ; 15,1]	1,000	-		
Mise en place de Soins Palliatifs									
	160 (99,4)	33 (75,0)	68 (58,6)	2,1	[1,0 ; 4,6]	0,055	-		

¹ Limitation et/ou arrêt des actions « Ventilation invasive » et « Epuración extra-rénale » et « Amines vasopressives »

4 Discussion

A quel moment débute la « Fin de la vie » ? Cette question demeure toujours sans réponse à l'heure actuelle et c'est probablement une des raisons pour lesquelles les prises en charge des patients arrivés au terme de leur existence sont si complexes.

La plupart des études précédemment menées ont choisi d'explorer ce sujet par l'analyse des décès(16,23,25). Pourtant, les sociétés savantes s'accordent à dire que la fin de vie ne se limite pas aux tous derniers jours de la vie d'un patient atteint d'une maladie grave(45,46). Nous avons donc fait le choix de l'aborder par l'intermédiaire des décisions de LATA. Les raisons principales sont que ces décisions signent non seulement la mise en jeu de la survie du patient mais également son entrée dans une démarche palliative, sans que celle-ci soit pour autant exclusive. La population des patients pour lesquels une décision de LATA était prise nous semble donc représentative de la population des patients en fin de vie aux urgences.

4.1 Données épidémiologiques :

4.1.1 Profil de la population

Au regard des quelques travaux pour lesquels une comparaison était possible (étude des patients en LATA ou sous-groupe de patients en LATA parmi les décédés), notre échantillon était similaire sur l'âge, le sexe ratio et la provenance majoritaire du domicile(23,27,47–50). Lorsque le travail se basait sur les décès aux urgences, le facteur « âge > 80ans » ressortait comme facteur prédictif de décision de LATA ou comme argument justifiant de la décision(25,39). Le faible niveau d'autonomie retrouvé dans notre population l'était également dans les autres études, avoisinant les 80%(25,50). L'antécédent notable le plus fréquent dans notre échantillon était la démence. Cette donnée n'a été retrouvée que dans trois des études, mais toutes incluaient les patients en LATA aux urgences et non pas les décès(51–53). Tout comme dans notre population, les néoplasies occupaient la deuxième place, bien que ce soit dans des proportions supérieures à notre étude. Les néoplasies évolutives en échec thérapeutique et l'état grabataire sur pathologie neurologique ou

démence étaient également cités dans la méta-analyse de Tardy et al. comme motifs d'admission les plus fréquents(23). Dans notre étude, la défaillance d'organe la plus fréquente était respiratoire. Nous avons retrouvé des résultats similaires dans la littérature pour les patients en LATA, y compris en réanimation(23,32,50,52,54). En revanche, la défaillance hémodynamique était la plus souvent retrouvée dans la population plus large des patients décédés aux urgences(25). L'étiologie principale infectieuse n'était retrouvée que dans les trois études dans lesquelles démence et néoplasie étaient les antécédents principaux, mais dans des proportions inférieures à notre étude (aux alentours des 70%)(51,52).

Des différences majeures apparaissent également. Une proportion importante de patients pris en charge par une équipe médicale pré-hospitalière était souvent rapportée, allant de 28 à 40% selon les séries contre seulement 17% dans la nôtre(25,27,32,49).

C'est sur la mortalité que l'on retrouve le plus de différences. Du fait de la méthodologie utilisée (recrutement par les décès), les taux de décès des patients en LATA sont peu étudiés. Dans la cohorte de Le Conte et al.(55), le taux de décès était de 84,2% et dans l'étude LATA-Réa(54), il était de 78%. Les taux de survie à 1 mois étaient mentionnés dans deux études et étaient de 4%(55) et de 16%(32). Rappelons que nous avons trouvé un taux de décès intra-hospitalier de 63% et un taux de décès à 3 mois de 77,6%. La série de Béreau et al. retrouvait un taux de décès à 1 mois de 65,7%, sans que le lieu de décès soit précisé(50). Par ailleurs, le délai médian de survenue des décès de notre échantillon était de 72h, alors qu'il varie de 4h à 39h dans les populations comparables des différentes études(23,32,48,49,55). Seule la cohorte de Wrenn et Brody a retrouvé des résultats similaires aux nôtres avec un taux de décès hospitalier de 62% et un délai moyen de survenue du décès de 4 jours(51).

Avec des résultats comparables sur l'âge, la provenance, le niveau d'autonomie, la pathologie et la défaillance principale, la cohorte de Béreau et al. semble être la plus proche de notre étude(50). La première hypothèse, devant ces résultats, serait la nécessité de poursuivre le recueil de données concernant les patients en situation de LATA aux urgences car aucun profil épidémiologique précis n'est identifiable actuellement. La seconde serait que le service de l'hôpital Saint André de Bordeaux, où a été menée cette étude, possédait déjà

un protocole d'aide aux décisions de LATA, contrairement à la plupart des services dans lesquels étaient faits les autres travaux.

4.1.2 Profil des décisions de LATA

Dans notre étude, les trois quarts des décisions étaient prises en heures non ouvrables, heures pendant lesquelles le médecin traitant, un spécialiste d'organe ou l'EMSP n'était pas joignable. Ce résultat est discordant de ceux de la littérature, bien que cette donnée ait rarement été étudiée. En effet, dans l'étude LATA Réa, 11% seulement des décisions étaient prises en horaires de garde(54) et dans l'étude de Verniolles et al. 63% de ces décisions avaient lieu en heures ouvrables(32). Par ailleurs, on note une nette augmentation du nombre de décisions entre les mois de décembre et de février. Or la défaillance d'organe la plus représentée était la détresse respiratoire et la pathologie aigüe la plus retrouvée était l'infection pulmonaire. L'ensemble de ces données laisse supposer un lien possible entre ce pic de décisions et les épidémies virales hivernales.

Les décisions de LATA concernaient une limitation de traitement dans 99,4% des cas (non initiation ou limitation de dose / de durée) et un arrêt dans 7,5% des cas. Là encore notre population diffère de ce qui est observé ailleurs. En effet, bien que les décisions prises le plus souvent concernent une limitation, la proportion entre décision de limitation et décision d'arrêt est comprise entre 3/2 et 4/1 selon les séries(16,25,49,55). Encore une fois, seule la série de Béreau et al. retrouvait des proportions similaires avec un taux de limitation de 90% et d'arrêt de 4,3%(50). Dans l'enquête LATA Réa, une plus forte proportion d'arrêt de thérapeutique était retrouvée mais ce résultat peut s'expliquer par le profil des patients de réanimation qui sont souvent plus graves et pour lesquels une prise en charge invasive initiale a souvent justifié l'admission en réanimation(54).

Il est à noter que dans plusieurs études, la pratique d'une réanimation d'attente telle que décrite dans les recommandations de la SFMU(29) était régulièrement retrouvée, entraînant une prise en charge invasive dans un tiers des cas(27,56). Ces prises en charge étaient justifiées par le manque d'informations concernant le patient qui ne permettait donc pas de prendre une décision de LATA lors de la prise en charge initiale. Ce taux de prise en charge invasive important permet probablement d'expliquer une proportion d'arrêts plus

importante que dans notre étude. La lecture des dossiers de notre population nous laisse à penser que la mise en place d'une réanimation d'attente n'est pas une pratique courante du service. Par ailleurs, Le Conte et al. soulignent le fait que, bien qu'elles soient moralement identiques, les décisions de limitation sont souvent mieux vécues que les décisions d'arrêt(55). Cette expérience négative est particulièrement observée chez les soignants(57). De plus, l'étude LATA Réa met en évidence un taux de mortalité supérieur en cas de décision d'arrêt passant de 56% en cas de limitation seule à 95% dans le cas d'une décision d'arrêt seule(54). Ces données peuvent justifier la réticence des équipes à la pratique d'une réanimation d'attente. En revanche, cette approche trouve toute sa place en salle d'accueil des urgences vitales (SAUV) lorsque le temps manque à l'urgentiste pour regrouper des données suffisantes concernant son patient. Dans l'étude de Verniolles et al. dédiée aux décisions de LATA en SAUV, 40% des décisions étaient secondaires à la découverte de nouveaux éléments, ce qui justifie pour les auteurs la pratique d'une prise en charge agressive initiale(32). Enfin, dans la cohorte de Bereau et al. qui retrouve des proportions similaires aux nôtres, les auteurs mentionnaient le rôle important de leur procédure d'aide à la décision car elle permettait à leur médecin de prendre une décision en peu de temps. Ainsi, il leur était possible de ne pas initier de gestes invasifs dès la première évaluation du patient en suivant la chronologie de réflexion imposée par leur protocole(50).

Enfin, s'agissant du niveau de soins, les actions les plus souvent concernées par une décision de LATA étaient les plus agressives : réanimation d'un arrêt cardio respiratoire, ventilation invasive, prescription d'amines vasopressives et épuration extra-rénale. Ce résultat est comparable aux données de la littérature(32,50,54).

Concernant l'expression de la volonté du patient, le patient était considéré inapte à participer à la décision ou à être informé dans 22,6% des cas. Ce taux est légèrement supérieur aux données retrouvées dans la littérature pour les patients en LATA en service d'urgences(25,32,51,52). Il est en revanche similaire à la cohorte de patients de l'étude LATA Réa(54) ainsi qu'aux patients en LATA tous services confondus de l'enquête de l'INED « Fin de vie en France »(16). L'identification d'une personne de confiance s'est faite pour 5 patients (3,1%) et un seul patient (0,6%) avait rédigé des directives anticipées dans notre enquête. Là encore, ces données sont proches de celles retrouvées dans les études françaises menées aux urgences qui décrivent des résultats anecdotiques(25,49,58). Des taux plus élevés étaient

retrouvés dans l'étude de l'INED : 15% de personnes de confiance identifiées et rédaction de directives anticipées pour 2,5% des patients(16). Cette différence peut s'expliquer par le fait que cette enquête a étudié l'ensemble des décès survenant sur une période donnée, quelle que soit la pathologie, quel que soit le lieu de prise en charge. Or les services de soins palliatifs, d'Hospitalisation à domicile (HAD) ou prenant en charge des pathologies chroniques graves (hémodialyse, oncologie, pneumologie, neurologie) ainsi que certains EHPAD sont plus habitués à recueillir ce type d'informations et sont même souvent à l'origine de ces démarches(59,60). Par ailleurs, un taux de 17,1% d'identification de la personne de confiance était retrouvé dans la série de Béreau et al.(50). Or, dans cette étude, la procédure d'aide décisionnelle comportait un item dédié à la recherche de la personne de confiance, ce qui montre, une fois de plus, l'importance de ce protocole. Contrairement à la personne de confiance, les directives anticipées, parfois nommées « testament biologique », sont aussi inscrites dans les textes de loi de nombreux pays européens. Dans l'enquête EURELD, seuls les Pays Bas se distinguaient avec un taux de 13% de rédaction des directives anticipées. Les autres pays explorés avaient un résultat inférieur à 5%, ce qui place la France dans la moyenne de ces pays(47).

Enfin, l'accompagnement de nos patients passait par la mise en place d'un projet thérapeutique proportionné. L'EMSP est intervenue dans 18% des cas, dont la moitié aux urgences. Cette donnée n'a été retrouvée que dans deux travaux et était similaire pour les patients en LATA aux urgences pour l'une(58) et pour la population tous services confondus pour l'autre(33). Ce faible taux dans notre étude est probablement en lien avec le moment de la décision qui se fait en horaires de garde dans une large majorité de cas, ne permettant pas l'avis de l'EMSP dans les premières heures. En revanche, ce taux pourrait être plus important à l'HTCD où les patients de notre enquête séjournent en moyenne 3 jours. L'utilisation d'outils d'aide validés par le SFAP, tels que Pallia-10 et Pallia-10 géronto, permettrait une meilleure évaluation des besoins en soins palliatifs de nos patients à l'HTCD(61,62). Pour l'ensemble des patients, la mise en place de soins palliatifs était constatée dans 63,1% des cas. Ce résultat est similaire ou légèrement supérieur à ceux retrouvés dans les autres études(21,23,39,52). La réévaluation de la décision de LATA, lorsqu'elle était possible, s'est faite dans 2/3 des cas. Cette donnée n'a été retrouvée que dans une seule étude et ne concernait qu'un tiers des décisions(52). Elle est possiblement liée au fait que nous avons exclu de notre analyse les

patients pour lesquels la réévaluation était inutile ou impossible (décès dans les 24 premières heures).

4.1.3 Place de l'HTCD

Dans notre étude, le rôle de l'unité d'hospitalisation des urgences a été primordial. Parmi nos 161 patients inclus, 73,9% (n = 119) y ont été admis. La durée moyenne de séjour y était de 3 jours et 40,4% (n = 65) des patients y sont restés jusqu'à leur décès ou leur sortie de l'hôpital. Cette unité a comptabilisé à elle seule 45,1% des décès. La proportion de soins palliatifs y était élevée (95,4%). Peu de pratiques sédatives ont été identifiées (10,3%). Les prescriptions médicamenteuses consistaient majoritairement en une prescription d'antalgiques (84,1%), incluant la prescription d'un pallier 3 dans la moitié des cas. Ces résultats sont supérieurs aux rares données retrouvées dans la littérature(23,25).

Ce rôle clé des HTCD a été souligné dans de nombreuses études. Dans l'étude SUDALISA de Conte et al., l'HTCD était le lieu de 48% des décès de l'échantillon(25). Dans un autre de leur travail, la proportion de patients pris en charge à l'HTCD était de 83,9%(55). Dans l'étude de Tardy et al., 50% des décès avaient lieu à l'HTCD et concernaient les patients pour lesquels les délais de survenue du décès étaient les plus longs(23). Dans l'étude de Rothman et Evrard, 67% des décès survenus à l'HTCD intéressaient des patients en fin de vie ou en soins palliatifs. Leur unité occupait une place prépondérante dans la prise en charge des patients de > 80ans présentant une décompensation aigüe aux urgences et comptabilisait 50% des décès des > 80ans(27). Moraly et al. retrouvaient que 51% des décès précoces (< 72h) aux urgences avaient lieu à l'HTCD. Leur unité y est ouvertement identifiée comme le lieu d'attente du décès(49). Une étude menée sur les décès en HTCD en 2008 constatait un taux de décès attendu de 92,13% avec une durée moyenne de séjour inférieure à vingt-quatre heures, ce qui permet de dire qu'il s'agissait de patients en fin de vie(63). Les auteurs déplorent ainsi un défaut d'organisation de leur structure conduisant l'HTCD à devenir un lieu de choix pour les patients en fin de vie. Autre témoin de cette place centrale, lors d'une enquête sur la fin de vie dans un service d'urgence, les séniors interrogés avaient déclaré accepter de prendre en charge des patients en fin de vie aux urgences, sous réserve d'un transfert rapide à l'HTCD(64). Enfin, dans l'étude de Béreau et al. dont la population est très similaire à la nôtre, 68,6% des patients étaient admis à l'HTCD à la sortie des urgences(50).

Enfin, une étude ethnographique menée dans deux HTCD entre 2006 et 2007 a retrouvé d'autres difficultés inhérentes au fonctionnement de ces unités(65). Les auteurs soulignent ainsi les difficultés à transférer les patients comportant des prises en charge lourdes avec des durées d'hospitalisation prévisibles de plusieurs jours dans un service conventionnel. Cette recherche de place est à la fois chronophage et source de stress pour le personnel médical. Elles remarquent ensuite un turn-over important du personnel médical et paramédical en raison de leur repos de sécurité mais également de leur travail concomitant entre HTCD et service d'accueil des urgences. Enfin, elles définissent trois profils de patients. Les patients en phase terminale, dont le décès est prévisible à court terme, entraînent une réorganisation du travail qui reste toutefois compatible avec l'activité du service et ces prises en charge font souvent consensus au sein des équipes. Le deuxième profil de patients est constitué par les patients curatifs qui vont passer en phase palliative à l'occasion d'une décompensation aigüe d'issue fatale. Des difficultés psychologiques et un vécu négatif peuvent alors apparaître lorsque les critères de fin de vie n'ont pas été identifiés et que le décès survient brutalement. Enfin, le troisième profil est constitué de patients pour lesquels le doute persiste sur l'échéance de la mort. Il s'agit principalement de patients âgés poly-pathologiques admis au décours d'une pathologie aigüe sans que celle-ci ne leur soit fatale. La prise en charge comporte alors une partie curative (pour faire passer le cap) et une partie palliative (à visée de confort). C'est pour ces patients que les difficultés de transfert dans les services conventionnels sont les plus importantes. Leur durée de séjour à l'HTCD s'allonge et, avec elle, se succèdent les équipes médicales et paramédicales, aboutissant à des prises en charge globales incohérentes. L'absence de protocole de soins amplifie le phénomène et aboutit à des conflits entre personnel médical et entre médecins et infirmières. « La gestion de ces patients « entre deux logiques » suscite donc un malaise du côté des internes, des critiques de la part des infirmières et parfois aussi un malaise des familles qui ne comprennent pas les changements de traitement. » C'est à cette dernière catégorie de patients que nous identifions la plupart des patients admis dans notre HTCD.

Bien que ces prises en charge ne rentrent pas explicitement dans les missions des HTCD(30), l'ensemble de ces études menées entre 1998 et 2011 laissent supposer que ces unités vont continuer à occuper une place primordiale dans la prise en charge des patients en

fin de vie aux urgences. Ce constat impose une réorganisation de nos services en raison de la surcharge de travail imposée par ces patients. Cette surcharge de soins ne doit pas non plus occulter la dimension psychologique importante nouvelle qui pèse sur des équipes rarement formées à l'accompagnement des patients en fin de vie(28).

4.2 Audit clinique

4.2.1 Résultat de l'audit

Déroulement du processus décisionnel

Contrairement aux données de la littérature, la décision était prise par un seul médecin dans seulement 5,2% des cas et la collégialité médicale, faisant appel à un médecin consultant extérieur à la prise en charge, sans lien hiérarchique avec le médecin décideur, était respectée dans 92,3% des cas. Ces résultats sont supérieurs à ceux observés dans les autres études qui retrouvent un pourcentage de médecins prenant la décision seuls de 20 à 48% selon les séries (25,32,49,53,56). La cohorte LATA Réa est celle qui se rapproche le plus de la nôtre avec un taux de 12%(54). Cependant, dans une enquête menée auprès des médecins anesthésistes réanimateurs amenés à prendre des décisions de limitation de soins en situation d'urgence, 50% des médecins interrogés déclaraient être amenés à prendre ces décisions seuls dans le contexte de l'urgence(66). Enfin dans l'étude européenne EURELD basée sur l'étude de 20480 décès dans six pays européens, ces taux allaient de 16% pour la Belgique à 46% pour la Suède et la collégialité médicale était respectée dans seulement 18% (Danemark, Italie, Suède) à 43% (Belgique et Pays Bas) des cas(47). Bien que les textes législatifs soient différents chez nos voisins européens, la procédure collégiale médicale relève avant tout des recommandations de bonnes pratiques de nos sociétés savantes et une simple explication légale ne suffit pas à justifier ces résultats. Une étude similaire menée en France par l'INED en 2010 retrouvait, quant à elle, une collégialité médicale dans 44% des cas pour l'ensemble des patients et de 39% pour les patients inaptes à s'exprimer, ce qui va à l'encontre de la législation française(15,16). Ce fort taux de conformité à la législation et aux recommandations des bonnes pratiques souligne donc un effort important de la part des médecins de notre service. Rappelons-le, ces derniers prennent ces décisions majoritairement en horaires de garde et en

contexte d'urgence, contrairement aux enquêtes menées en réanimation et à partir des décès européens et français précédemment citées.

Lorsque le patient était en état de s'exprimer, son avis a été recueilli dans 58,3% des cas. Ces données sont supérieures à celles retrouvées dans la littérature des patients en LATA aux urgences ou en réa, où les taux varient de 2,9 à 37,5%(25,32,51,54). En revanche, l'étude de l'INED retrouvait une discussion sur leur prise en charge avec 80% des patients aptes à participer(16). Ce taux élevé peut s'expliquer par la méthodologie de l'étude qui a inclus les modifications de soins de confort dans les décisions de fin de vie. Il est évident qu'il est plus simple de parler de la majoration d'une posologie d'antalgique que d'une décision d'arrêt de thérapeutique active avec un patient. Basée sur la même méthodologie, l'enquête EURELD retrouvait un taux de participation du patient à la décision de 38% (Suède) à 92% (Pays Bas), plaçant la France dans la moyenne haute. Ainsi, la prise en charge dans notre étude semble meilleure comparativement au constat fait dans les services d'urgence mais reste perfectible si l'on se base sur les fins de vie Françaises et Européennes.

Lorsque le patient n'était pas apte à participer, la consultation des directives anticipées et de la personne de confiance s'est faite dans respectivement 0,0% et 4,1% des cas. Nous l'avons vu, ce résultat est lié au faible taux de désignation de la personne de confiance et de rédaction des directives anticipées retrouvé dans notre échantillon. Ces taux étaient similaires dans les autres études menées dans les services d'urgence. Cependant, les données des dossiers ne nous permettent pas de savoir si ces deux données ont été recherchées de façon systématique. Enfin, les proches étaient consultés dans 73,2% des cas. Ce résultat est similaire à ceux retrouvés chez les patients en LATA aux urgences(55) et à ceux de l'enquête de l'INED(15). Il est par contre supérieur à l'étude des patients en LATA en SAUV (10%)(32) et à l'étude LATA Réa (44%)(54). Au niveau européen, le taux de participation des proches des patients inaptes à s'exprimer variait de 39% (Italie, Suède) à 85% (Pays Bas)(47). Même si ces résultats sont encourageants, ils demeurent insuffisants au vu de l'enjeu que représente la récupération d'informations concernant un patient inapte à s'exprimer et qui, le plus souvent, n'a ni rédigé de directives anticipées, ni désigné de personne de confiance.

Décision de LATA et mise en place

Les « Fiche LATA » représentent à la fois le protocole actuellement en vigueur dans le service mais également un outil d'aide décisionnel dans la prise en charge des patients en fin de vie. Leur analyse a permis de trouver un faible taux de remplissage intégral (21,1%). Les données médicales concernant l'état de santé du patient étaient celles qui étaient le plus souvent intégralement renseignées. Les données concernant la volonté du patient étaient celles le moins souvent intégralement renseignées. Nous n'avons pas trouvé d'éléments de comparaison dans la littérature.

La décision de LATA était retrouvée dans 85,7% de nos dossiers et la justification de cette décision était explicitée dans 58,4% des cas. Cette décision était inscrite dans le dossier paramédical dans 41,5% des cas. Les données de la littérature sont très disparates d'une étude à l'autre, allant d'une traçabilité de la décision de 17,3% à 98%(25,32,54,55). Seule l'étude de Verniolle sur les décisions de LATA en SAUV a distingué la traçabilité de la décision et celle de la justification. L'inscription au dossier de la justification de la décision de LATA était retrouvée dans 56% des dossiers ce qui est similaire à notre étude(32). Malgré des résultats respectables situés dans la moyenne, cette traçabilité médico-légale nécessite une amélioration. Deux études se sont intéressées à la traçabilité de la décision dans le dossier infirmier et leurs résultats sont nettement supérieurs aux nôtres avec un pourcentage de 77% pour l'une(64) et de 100% pour l'autre(55). Nos résultats laissent présumer d'un manque d'implication ressentie de la part de nos équipes paramédicales. En revanche, la continuité des soins était assurée à travers le dossier médical informatisé puisque la décision de LATA était notifiée au moins une fois soit dans le dossier médical soit dans le dossier paramédical dans 93% des cas.

Enfin, concernant l'information de la décision, les patients aptes à s'exprimer étaient informés dans 57,1% des cas et les proches des patients inaptes étaient informés dans 74,8% des cas. Le pourcentage de patients aptes informés de la décision a été retrouvé dans deux études seulement et était inférieur au nôtre dans les 2 cas(52,54). Les pourcentages de familles informées retrouvés dans la littérature ne concernaient pas spécifiquement les patients inaptes à s'exprimer. Les taux allaient de 13 à 93% selon les séries(32,50,54,63). Ces résultats, correspondant à des obligations légales, sont encore insuffisants.

Mise en place d'un projet thérapeutique proportionné, sous-groupe « HTCD »

Dans ce sous-groupe, la décision de LATA était réévaluée au moins une fois dans 73% des cas. Ce résultat est supérieur à celui retrouvé dans la population totale de l'étude, et donc supérieur aux données de la littérature.

La douleur et le confort ont été réévalués par l'équipe paramédicale dans respectivement 28,1% et 39,1% des cas. Lorsqu'une réévaluation était faite, des échelles validées étaient utilisées chez seulement 16,7% des patients douloureux et chez 4% des patients inconfortables. Nous n'avons pas trouvé de point de comparaison dans la littérature concernant la population spécifique des patients en LATA pris en charge aux urgences. Cependant, ces résultats paraissent faibles puisque ces démarches de réévaluations régulières sont clairement recommandées par la SFAP et l'ANAES(36,44). Des échelles d'évaluation ont pourtant été validées par les sociétés savantes : échelle visuelle analogique (EVA) et Algoplus pour la douleur, score de Rudkin et échelle RASS dans la sédation, Respiratory Distress Observation Scale (RDOS) pour la dyspnée, etc(67). Ce point nécessite donc une amélioration de nos pratiques.

Des soins à visée de confort, répondant à la définition de soins palliatifs établie par l'OMS(68), ont été mis en place dans plus de 95% des cas. Ce résultat est supérieur à celui retrouvé sur l'ensemble de la population de l'étude ainsi qu'à ceux retrouvés dans la littérature. En revanche, l'objectif de soins n'était clairement défini que dans 60% des cas. La démarche palliative recommandée par la HAS et la SFAP accorde une place importante à la définition des objectifs de soins(36,45). En effet, de ces objectifs découlent les prescriptions médicamenteuses et leurs adaptations ainsi que la surveillance médicale et paramédicale. Les objectifs de soins sont également le reflet direct de l'intentionnalité de la prise en charge. Or dans la loi française, c'est bien l'intentionnalité du soin qui détermine la différence entre un accompagnement de fin de vie autorisé par la loi et une euthanasie active punie pénalement(6). Cet item nécessite donc une action d'amélioration de nos pratiques.

4.2.2 Discussions du groupe d'experts

Rappelons tout d'abord que l'ensemble des experts s'était exprimé en faveur d'un objectif de 100% pour tous les items imposés par la loi(6). Cela concerne : l'avis du patient et

son information lorsqu'il est apte à s'exprimer ; la recherche des directives anticipées, de la personne de confiance ainsi que l'avis et l'information de la famille lorsque le patient est inapte ; la procédure collégiale avec avis d'un consultant extérieur lorsque le patient est inapte et enfin, l'inscription au dossier médical de la décision de LATA et de sa justification.

Bien que supérieur aux résultats de la littérature, la participation des patients aptes à s'exprimer reste insuffisante. A ce sujet, le groupe d'experts a émis des réserves concernant l'applicabilité de la loi Claeys-Leonetti aux urgences. En effet, le contexte de l'urgence fait émerger un conflit entre valeurs éthiques et déontologiques et obligations légales. La temporalité inhérente aux prises en charge urgentes ne permet pas une application immédiate de la loi. La quasi-totalité des patients de l'échantillon présentaient une ou plusieurs défaillances d'organe. Le lien avec une pathologie chronique sous-jacente évolutive n'était pas systématique (forte proportion de pathologie infectieuse). Dans ce contexte, on comprend rapidement que la symptomatologie ayant conduit le patient aux urgences a fait irruption de façon brutale dans sa vie. Peut-on alors considérer un patient en situation de détresse vitale apte à s'exprimer ? Cette question soulève le problème de la définition de l'aptitude d'un patient à consentir qui n'est pas précisée dans la loi. Cette même question fait d'ailleurs toujours débat concernant la rédaction des directives anticipées : les volontés exprimées lorsque l'on est bien portant ou lorsque notre vie n'est pas menacée seront-elles les mêmes à l'approche du décès lorsque tous les signaux d'alerte de notre organisme sont déclenchés ?(2) Or, les directives anticipées s'adressent principalement à des personnes qui se savent atteintes d'une pathologie d'évolution fatale et qui vont avoir le temps d'un cheminement psychologique. Nous venons de le dire, ce n'est pas le cas de nos patients qui, dans un nombre important de cas, voient leur parcours de vie brutalement bouleversé par une détresse vitale. Demander l'avis d'une personne sur sa prise en charge présuppose une information claire, loyale et éclairée sur son état de santé. Mais la déontologie nous demande de délivrer cette information avec tact et mesure, dans le respect de la personne : « un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection »(8). De plus, la relation médecin-patient en situation d'urgence est particulière. Rencontré souvent pour la première fois, le médecin urgentiste se retrouve face à un patient dont il ne connaît ni l'histoire médicale, ni le parcours de vie, ni les valeurs qui lui sont propres(29). Cette relation est également rendue asymétrique par la posture particulièrement vulnérable dans laquelle se trouve le patient en

situation d'urgence vitale. Dans ce contexte, les experts se sont accordés pour dire qu'il n'était pas possible de délivrer une information juste avec tact et mesure, ni d'évaluer l'aptitude réelle du patient à participer à sa prise en charge. Cette réflexion est également valable s'agissant de l'information de la décision de LATA des patients aptes à s'exprimer. Ainsi, dans le cas des patients physiquement aptes à s'exprimer et pour toutes les raisons évoquées ici, le groupe d'experts n'a pas jugé possible de définir des objectifs de conformité à la loi. Une réflexion éthique sur le sujet semble nécessaire.

Concernant les patients inaptes à participer aux décisions, plusieurs remarques ont été faites par nos experts.

Au sujet des directives anticipées et de la recherche de la personne de confiance, ceux-ci ont souligné les difficultés de compréhension de la « Fiche LATA » à propos de ces informations. En effet, la fiche actuelle ne mentionne pas explicitement la recherche ou la consultation des directives anticipées et l'item « Personne de confiance » ne peut être rempli que de façon manuscrite après impression. Il n'est donc pas possible à l'heure actuelle de savoir qu'elle est la proportion réelle d'informations disponibles. Par ailleurs, cette présentation de la « Fiche LATA » n'incite pas les médecins à rechercher ces informations alors que leur mention explicite ferait office de pense-bête. Enfin, en supposant que ces informations soient systématiquement recherchées, le groupe a relevé la difficulté d'obtention de celles-ci. Lorsque le patient est inapte à s'exprimer, il est difficile d'avoir accès à des informations simples concernant son état de santé. Régulièrement, on rencontre pour la première fois des patients qui ne sont pas suivis dans un service de l'APHM (soit parce qu'ils ne sont pas connus d'un service hospitalier, soit parce qu'ils sont suivis dans un autre établissement de la région marseillaise). Lorsqu'ils sont suivis par un service ou un professionnel de santé de l'APHM, les informations concernant la personne de confiance ou des directives anticipées sont rarement renseignées dans le dossier, alors qu'un onglet du dossier médical informatisé y est spécifiquement dédié. De l'avis général du groupe, cet onglet est difficilement accessible, ce qui limite probablement son utilisation. Enfin, rappelons qu'une majorité de ces décisions sont prises en horaires de garde. Dans ce contexte, réussir à contacter un proche, le médecin traitant ou un spécialiste référent n'est pas chose aisée. Encore faut-il que la personne que l'on aura réussie à joindre soit au courant des décisions et souhaits du patient.

Le taux de conformité vis-à-vis de la consultation des proches, même s'il est similaire aux patients en LATA aux urgences des autres études, demeure insuffisant au vu de l'enjeu que représente la récupération d'informations concernant un patient inapte à s'exprimer et qui, le plus souvent, n'a ni rédigé de directives anticipées, ni désigné de personne de confiance. Dans le contexte de l'urgence, les proches sont bien souvent les seuls témoins disponibles de la volonté du patient. Lorsque celle-ci n'a pas été clairement exprimée, ils peuvent attester de l'histoire de vie du patient, de ses valeurs et de ses croyances. Ces informations, moins précises que de véritables consignes, seront toutefois utiles lors de la procédure collégiale. Par conséquent, pour les patients incapables à s'exprimer n'ayant ni rédigé de directives anticipées, ni désigné de personne de confiance, un objectif à atteindre de 100% a été choisi par les experts.

Ainsi, la difficulté d'accès aux informations concernant la volonté du patient est un frein majeur à l'applicabilité de la loi Claeys-Leonetti et explique probablement en partie nos faibles taux de conformité(69).

A propos des « Fiche LATA », plusieurs remarques pertinentes pour notre travail ont été formulées par notre groupe d'experts.

Tout d'abord, l'ergonomie actuelle de la fiche ne semble pas optimale. Plusieurs items prêtent à confusion. Concernant les proches, l'item « Famille présente et informée » ne permet pas la distinction entre plusieurs situations possibles, par exemple entre une famille qui serait présente mais non informée et une famille non présente mais informée par téléphone (et donc moins disponible qu'une famille physiquement présente). De plus, le terme de « volonté » de la famille laisse entendre que l'on fait choisir la prise en charge aux proches, ce qui n'est ni légal, ni éthique et surtout qui ne correspond pas à la réalité des pratiques. Concernant le patient, l'item est formulé ainsi « Patient informé ». La notion de recueil de l'avis du patient n'est donc pas explicitement renseignée. En effet, l'item suivant concerne la volonté du patient, mais une fois encore aucune précision n'est apportée sur la façon dont a été obtenue cette information : patient lui-même, directives anticipées, personne de confiance ? Nous avons précédemment abordé la problématique liée à ces deux dernières notions sur cette fiche. Par ailleurs, certains de nos résultats dans l'analyse des fiches confirment cette ambiguïté des items de la « Fiche LATA » telle qu'elle est écrite actuellement. Nous avons retrouvé des résultats incohérents dans le recueil de la volonté du

patient : dans un peu moins de la moitié des cas, l'avis de la famille était renseigné alors qu'elle n'avait pas été informée/présente (n = 20 ; 46,5%) et l'avis du patient était renseigné alors qu'il était inapte ou non informé (n = 54 ; 45,8%).

Sur le fond ensuite, la « Partie décision de l'équipe médicale » a paru incomplète à notre groupe d'experts. Les options « Débuter si besoin », « Ne pas instaurer » et « Arrêt » proposées à chaque item ne semblent pas correspondre à l'ensemble des situations. Il est ainsi possible qu'aucune case n'ait été cochée pour un item donné pour la simple raison que la question ne se posait pas pour le patient en question. Par exemple, est-il licite de limiter d'emblée la transfusion chez un patient admis pour détresse respiratoire aiguë ? De la même façon, il est possible qu'aucune case n'ait été cochée pour un item donné car la situation nécessitait une réévaluation ultérieure. Par exemple, doit-on se positionner d'emblée sur le statut à accorder à la ventilation non invasive (VNI) chez un patient en détresse respiratoire aiguë qu'il ne nous semble pas licite d'intuber ?

Enfin, la création de cette fiche sur le logiciel Terminal Urgences sans transfert direct dans le logiciel Axigate contenant le dossier médical du patient et la nécessité de l'imprimer pour qu'elle fasse partie du dossier posent la question de la transmission de l'information. Les experts se sont également questionnés sur le rôle actuellement non défini de cette fiche dans la traçabilité de la décision. La majorité pensait qu'elle ne suffisait pas en elle-même à la justification de la décision. En revanche, si le problème de transfert informatique était résolu, elle serait amplement suffisante pour la traçabilité de la décision.

D'après les experts, l'ensemble de ces remarques expliquerait une partie des résultats : le faible taux retrouvé du remplissage intégral des informations de la « Fiche LATA », les défauts de traçabilité médico-légal, le manque d'information auprès du patient et de ses proches et les difficultés du recueil de la volonté du patient. Néanmoins, rappelons que ce protocole de service a le mérite d'exister, ce qui n'était le cas que dans 2,4% des services d'urgence en 2007(24). Or, il a été démontré une nette amélioration des pratiques lors de la mise en place de ce type de protocole dans les services(38). L'équipe de Conte et al. a, par exemple, effectué une évaluation des patients dans leur service avant(55) et après(53) mise en place d'un protocole de décision de LATA. Cette intervention a notamment permis une amélioration de la proportion de la collégialité médicale et paramédicale, une amélioration de la transmission de l'information dans les services d'aval et à l'HTCD ainsi qu'une amélioration de l'implication des familles.

Enfin, il a été discuté au cours de la réunion du rôle des équipes paramédicales dans la prise en charge des patients en LATA. Les faibles taux de conformité retrouvés sur les items concernant les paramédicaux (traçabilité médico légale, réévaluation des symptômes, utilisation d'échelles validées) ne surprennent pas les experts. Pour le groupe, ces résultats sont le reflet de deux phénomènes : un manque de formation en accompagnement et soins palliatifs des équipes travaillant aux urgences et un manque d'implication ressentie dans ces prises en charge particulièrement lourdes sur le plan émotionnel. Ces hypothèses sont corroborées par plusieurs études. Le problème de la formation est régulièrement soulevé dans les études explorant le ressenti des soignants(23,25,66,70) mais également dans les différents rapports concernant la fin de vie(2,12,21). Sans pour autant que des données chiffrées puissent être fournies, le besoin ressenti de formation est décrit dans l'ensemble de ces études. Le manque d'implication ressentie se traduit dans les études par des difficultés de communication entre équipe médicale et paramédicale. Les caractéristiques de la médecine d'urgence (flux de patients, prises en charge simultanées multiples, charge de travail importante) ne facilitent pas ces échanges pourtant indispensables(65). Les objectifs de soins, mal définis, participent probablement aussi à cette mise en retrait des équipes paramédicales. Les médecins, acteurs centraux des décisions de LATA, ont ici un rôle important à jouer.

4.2.3 Identification des axes d'amélioration

A l'issue de cette réunion, les experts ont déterminé les axes d'amélioration suivants, définis par ordre de priorité :

- **Lever les ambiguïtés de la « Fiche LATA »** : améliorer la clarté et la transmission de l'information ;
- **Améliorer le recueil des informations concernant le patient** : informations médicales, directives anticipées, personne de confiance, proches ;
- **Sensibiliser les équipes paramédicales** à leur rôle dans la prise en charge des patients en fin de vie, à toutes les étapes du processus de soins : collégialité, traçabilité, mise en place du projet de soins ;
- **Améliorer la prise en charge palliative** des patients en fin de vie à l'**HTCD** : définition des objectifs de soins, réévaluation clinique régulière, utilisation d'échelles et de protocoles ;

- Aboutir à des taux de conformité de 100% concernant la collégialité, la traçabilité médico-légale et l'information des proches.

4.3 Propositions d'amélioration

4.3.1 Réponse au travail du groupe d'experts

Fiche LATA

Les résultats de notre étude ainsi que les conclusions du groupe d'experts nous amènent à proposer la réécriture de la « Fiche LATA ». Idéalement, cette nouvelle version devrait être créée par un groupe de travail pluri-disciplinaire, incluant des professionnels médicaux et paramédicaux des urgences et des soins palliatifs. Elle comporterait, au minimum, les éléments suivants :

- La **justification** de la décision et le **processus décisionnel** aboutissant à cette décision ;
- Le **détail du recueil de la volonté du patient** : directives anticipées, personne de confiance, proches, volonté exprimée antérieurement, croyances et valeurs défendues par le patient ;
- **Redéfinition des actions limitées ou arrêtées** en les regroupant par défaillance, niveau de soins ou type de prise en charge (réanimation d'attente, réanimation compassionnelle, etc.) avec ajout de l'option « à réévaluer ».

L'inclusion de la « Fiche LATA » au dossier médical informatisé semble inévitable pour pallier le problème de la transmission de l'information. Il serait par exemple facilement envisageable de scanner cette fiche pour l'ajouter au dossier du patient, comme c'est actuellement le cas pour certains documents tels les courriers extérieurs, les électrocardiogrammes ou les gazométries. Mais cette démarche augmenterait encore la charge de travail des urgentistes. Une autre possibilité envisageable serait de créer directement cette fiche dans le dossier informatisé Axigate, incluant une alerte visible dès la première page du dossier.

Comme nous l'avons vu, la cohorte de Béreau et al.(50), dont la population était la plus similaire à la nôtre, comportait une procédure de décision de LATA établie par un groupe pluri-

professionnel (médecins, IDE, aide-soignants, des urgences, de réanimation, de gériatrie et de soins palliatifs) aboutissant à la réalisation d'une fiche incluse dans le dossier informatisé du patient. Or, les résultats de cette étude montraient une meilleure participation des proches et un meilleur taux de consultation de la personne de confiance et donc des performances supérieures quant au recueil de la volonté du patient.

Le groupe de travail pourrait probablement s'inspirer des travaux récemment menés en réanimation par la SRLF(37,71).

Protocole de prise en charge des patients en fin de vie

La rédaction d'un protocole de prise en charge du patient en fin de vie est une autre solution envisageable à court terme. Initié par la question du degré d'engagement thérapeutique, il inclurait toutes les étapes de la prise en charge, non pas sous forme d'arbre décisionnel, mais sous forme de parcours de soins. Il pourrait notamment comporter les points suivants :

- **Définition d'une procédure collégiale type** : avis du médecin décideur, avis de l'équipe paramédicale, avis du médecin consultant, éléments recueillis concernant la volonté du patient ;
- **Etablir les modalités de recueil de la volonté du patient** : utilisation de la « fiche LATA », respect de la hiérarchie définie par la loi lorsque le patient n'est pas apte à participer ;
- **Inscription de la décision et de sa justification** au dossier du patient ;
- **Proposer une réévaluation systématique de la décision de LATA**, soit dans un délai fixe, soit dans un délai défini par le médecin décideur de la LATA initiale. Cette démarche permettrait de répondre partiellement à la problématique des décisions prises en contexte d'urgence : manque d'informations concernant un patient inapte à s'exprimer et nécessité de temps pour un cheminement psychologique du patient physiquement apte à s'exprimer. Wrenn et Brody avaient proposé une réévaluation de la décision dans les 24 premières heures pour améliorer leurs pratiques(51). Cette réévaluation pourrait également être la porte d'entrée dans une démarche de planification anticipée des soins (concept anglo-saxon d'Advance Care Planning),

plébiscitée par l'American College of Emergency Physicians(72) et recommandée par la HAS(45).

- **Poursuivre la prise en charge par la mise en place d'un projet thérapeutique proportionné** : définir les objectifs de soins, définir les modalités de surveillance, utiliser les prescriptions anticipées ;
- **Mise en place d'un accompagnement du patient et de ses proches** : accompagnement psychologique, accompagnement spirituel, informations régulièrement mises à jour.

La mise en place d'un tel protocole nécessiterait là encore la constitution d'un groupe de travail pluri-professionnel mais également un temps de formation et de diffusion auprès de l'ensemble du personnel soignant des urgences.

Inscrire les équipes soignantes dans une démarche palliative

Basée sur les recommandations récentes de la HAS(45), cette démarche palliative consiste à inclure l'ensemble des acteurs de soins dans une même approche du patient en fin de vie nécessitant des soins palliatifs. Cette démarche de service pourrait comporter les éléments suivants :

- **Formation interne des équipes soignantes** : abords des enjeux éthiques des décisions de limitation de soins, travail de la communication, formation à la démarche d'accompagnement propre aux soins palliatifs, appropriation des outils mis en place dans le service (Fiche LATA, protocole de soins, protocole thérapeutique) ;
- **Mise en place de protocole thérapeutique en partenariat avec l'équipe mobile de soins palliatifs** : objectifs de soins, protocole d'antalgie, protocole de sédation, utilisation des outils Pallia10 et Pallia10-Géronto, protocole de surveillance utilisant des échelles validées, intégration d'associations de bénévoles ;
- **Ouverture d'un espace de paroles** : création d'un espace d'échanges permettant d'évoquer les difficultés rencontrées au cours de certaines prises en charge ;
- **Valorisation financière de l'activité du service** : vérification des cotations T2A (GHS soins palliatifs de très courte durée), envisager la demande de création d'un Lit Identifié Soins Palliatifs (LISP) en HTCD.

Les médecins ont un rôle clé dans l'initiation d'une telle entreprise puisqu'ils sont au cœur du processus décisionnel marquant le début de la prise en charge. La demande de création de LISP à l'HTCD est suggérée par plusieurs études dont celle de Tardy et al. qui déplorait l'absence d'accès aux LISP de l'hôpital par les patients des urgences(23). Cependant, cette démarche comporte des obligations (personnel pouvant justifier d'une formation) mais également des risques, dont celui de devoir accepter des patients en fin de vie de n'importe quel service de l'hôpital. En revanche, les LISP représentent une véritable valorisation financière de ces séjours.

Projet d'établissement

Comme les différents rapports sur la fin de vie ainsi que les recommandations de la HAS le préconisent, les projets d'établissement constituent un tremplin dans la démarche qualité d'un service(1,2,21,45). Récemment, un comité local « Droit des patients et fin de vie » a vu le jour à l'APHM. Un groupe de travail va être constitué afin d'évaluer les parcours de soins des patients en fin de vie aux urgences. La participation du service des urgences adultes de l'hôpital Nord à ce groupe de travail faciliterait probablement la démarche d'amélioration des pratiques initiée par cette étude.

4.3.2 Champs inexplorés

La principale limite de ce travail résulte dans la méthodologie par audit clinique sur dossiers qui n'a pas permis d'étudier l'ensemble des champs du processus de soins des patients en LATA.

Le premier domaine que nous n'avons pas pu explorer est le questionnement éthique sur le degré d'engagement thérapeutique. Cette thématique ne peut pas être explorée par des données chiffrées et nécessite des méthodologies qualitatives propres aux sciences humaines.

Nous n'avons pas pu explorer non plus la participation paramédicale à la procédure collégiale. En raison de l'inscription automatique du nom du paramédical en charge du patient lors de la génération de la « Fiche LATA » et de la faible traçabilité retrouvée dans les dossiers, nous avons conclu que l'étude des dossiers n'aurait pas été représentative des pratiques. En

revanche, l'ensemble des données de la littérature suggère que le manque de participation des équipes soignantes est un point faible dans la prise de décision de LATA, aussi bien aux urgences, qu'ailleurs en France ou en Europe(16,25,47). Ce point mériterait donc une attention particulière au cours d'un prochain travail d'EPP.

La conformité de la prise en charge palliative aux recommandations de la SFAP n'a pu être que vaguement abordée. Le manque de données concernant la définition des objectifs de soins ainsi que l'état clinique du patient au jour le jour n'a pas permis une analyse fine des prescriptions. Une méthodologie prospective serait probablement plus adaptée à l'exploration de nos pratiques dans ce domaine.

La phase d'accompagnement du patient et de ses proches n'était pas, elle non plus, explorable sur dossiers. En effet, cette partie de la prise en charge relève plus de la culture orale qu'écrite et est donc difficilement appréhendable en rétrospectif. Une étude prospective ou une enquête par questionnaires seraient des méthodes plus adaptées.

Enfin, l'étude des situations de nos patients avant leur arrivée aux urgences permettrait de comprendre les raisons de leur passage par le service d'accueil des urgences. Une exploration du lien ville-hôpital permettrait sans doute d'identifier des axes accessibles à une intervention afin d'éviter aux urgences de devenir le lieu où l'on vient mourir. A ce sujet, le constat fait par l'ONFV en 2011 est sans appel : « 8000 personnes en provenance d'EHPAD décèdent chaque année dans les heures qui suivent leur admission aux urgences. »(21).

4.4 Objectif secondaire : facteurs prédictifs de mortalité précoce

Nous l'avons vu, très peu de données existent concernant la mortalité des patients pour lesquels une décision de LATA était prise aux urgences. Ce manque de données peut probablement s'expliquer en partie par le fait que ces patients sont en fin de vie et que, en toute logique, leur décès est décrété attendu. Partant de ce raisonnement, quel serait l'intérêt d'étudier un événement prévisible, fruit de l'évolution normale de l'état du patient et contre lequel on ne cherche pas à se battre ? Nous pensons que considérer le décès du patient en situation de LATA de ce point de vue participe au concept de « mort sociale » évoqué dans l'étude de Vassy et Couilliot(31). Pouvoir estimer la précocité du décès attendu nous a semblé essentiel sur le plan humain, tant pour le patient lorsqu'il est encore apte à comprendre, que pour ses proches. Secondairement, une telle estimation serait également utile à l'organisation

des soins : un patient dont le décès serait prévisible à court terme aurait légitimement sa place en HTCD contrairement à celui qui présente un état précaire mais plus stable. Enfin, comme l'ont montré plusieurs études sur le ressenti des soignants(65,70), l'anticipation d'un décès et la connaissance de sa plus ou moins brève échéance améliore le vécu des soignants et donc l'accompagnement qu'ils proposent.

Nous avons donc tenté de déterminer les facteurs prédictifs de mortalité précoce au sein de la population de notre étude. Nous avons choisi arbitrairement la durée de 72h qui correspond, dans notre étude, à la médiane des décès dans la population des patients décédés.

Sur l'ensemble des variables testées, une différence significative était retrouvée en analyse univariée pour seulement 5 facteurs : la défaillance neurologique, le pH < 7,38 et la limitation ou l'arrêt d'une antibiothérapie, d'un remplissage vasculaire ou de la VNI. Il est intéressant de voir que ces trois dernières variables correspondent à la mise en place d'une réanimation souvent qualifiée de « non invasive ». A contrario, l'arrêt ou la limitation des actions de réanimation dite « invasive » ne retrouvait pas de différence significative entre les deux groupes. Ces résultats démontrent que les décisions de limitation ou d'arrêt de ces actes de réanimation « non invasive » ont une influence concrète sur la mortalité à court terme de nos patients. Cette donnée mérite certainement d'être prise en compte dans l'algorithme décisionnel aboutissant à une LATA.

En analyse multivariée, un seul facteur prédictif de mortalité précoce a été retrouvé. Il s'agit du pH diminué avec un odds ratio relativement important de 3,6.

Le faible nombre de facteurs identifiés pourrait être expliqué par un effectif faible et une analyse similaire gagnerait à être réalisée sur une plus large population.

Le manque de données dans la littérature ne nous permet pas une comparaison à des groupes similaires. Cependant, deux études ont attiré notre attention. La première, une étude prospective tunisienne incluant 431 patients, a cherché à identifier les facteurs prédictifs de mortalité précoce en SAUV(73). Il est intéressant de noter que, comme dans notre étude, la défaillance neurologique définie par un score de Glasgow ≤ 8 ressortait de façon statistiquement significative. Les autres facteurs identifiés étaient l'âge supérieur à 52ans, les pathologies cardio-vasculaires et la tension artérielle systolique < 92mmHg. Aucune de ces

variables n'a été retrouvée dans notre étude. Il est toutefois dommage que nous n'ayons pas eu accès à la définition de mortalité précoce utilisée dans cette cohorte.

La seconde est une étude Nord-Américaine publiée en 2017 et incluant 927 patients qui a évalué le score PREDICT dans sa capacité à identifier la mortalité à 1an des patients admis dans les services d'urgence(74). L'objectif clinique de ce travail était d'identifier les patients pouvant bénéficier d'un programme d'Advance Care Planning afin de faciliter leur prise en charge lors de séjours ultérieurs aux urgences ou à l'hôpital. Les facteurs de mortalité identifiés dans cette étude étaient : l'âge supérieur à 76ans, les insuffisances cardiaques, coronaropathie, broncho-pneumopathie chronique obstructive et néoplasie, l'institutionnalisation, la présence de directives anticipées dans le dossier et l'admission en réanimation. Ces critères n'ont pas été retrouvés dans notre étude. En revanche, il est intéressant de constater que, comme dans notre travail, la démence n'était pas identifiée comme facteur de mortalité précoce. Par ailleurs, l'ensemble des critères du score PREDICT ressortait de façon significative : soins palliatifs, institutionnalisation, admission en réanimation avec défaillance multiviscérale, néoplasie active et 2 hospitalisations ou plus au cours des 12 derniers mois. Enfin, un score ≥ 13 était un facteur de risque de mortalité à un an alors qu'un score < 4 était un facteur protecteur. Cette étude a donc démontré l'utilité du score PREDICT comme facteur prédictif de mortalité à un an aux urgences. Un tel score serait intéressant à calculer sur notre population pour des délais de décès plus brefs.

5 Conclusion

Ce travail nous a permis de mieux connaître la population des patients en LATA aux urgences. Peu de données sont disponibles dans la littérature concernant cette population de patients en fin de vie. Dans la plupart des cas, la méthodologie utilisée consiste en une étude des patients décédés aux urgences. Le recrutement à partir de la décision de limitation du niveau de soins nous a permis d'obtenir des résultats originaux. Nous avons notamment pu constater que 36,6% des patients ne décédaient pas au cours de leur séjour hospitalier. Par ailleurs, la médiane du délai de survenue du décès retrouvée dans cette étude est de 72h. Ce résultat soulève la question de l'organisation des soins : l'activité spécifique des services d'urgence est-elle compatible avec la prise en charge de ces patients ? Une partie de la réponse à cette question réside probablement dans le rôle des unités d'Hospitalisation de Très Courte Durée. Dans notre étude, comme dans la littérature, l'HTCD du service a occupé une place importante dans la prise en charge de ces patients puisque 73,9% de la population de l'étude a transité par cette unité avec une moyenne de durée de séjour de 3 jours. En outre, l'étude du processus décisionnel a retrouvé un taux de décisions de LATA prises en horaires de garde de 73,3%. Ce chiffre est très supérieur aux données de la littérature mais illustre parfaitement le sentiment d'isolement fréquemment décrit dans les enquêtes explorant le ressenti des soignants aux urgences.

Concernant notre question de recherche et la prise en charge des patients en situation de LATA dans le service, nous avons pu constater que, sur la globalité du processus de soins, les équipes obtenaient des taux de conformité aux recommandations similaires ou supérieurs à ceux retrouvés dans la littérature. Cependant, certains de ces résultats restent insuffisants au regard des enjeux éthiques et des obligations légales en France. A l'aide d'un groupe d'experts, nous avons pu déterminer que plusieurs étapes du processus de soins étaient accessibles à une action d'amélioration. En effet, le groupe a constaté que le protocole de service actuellement en vigueur, appelé « Fiche LATA », est probablement source de confusion concernant le processus décisionnel, le recueil de la volonté du patient, la traçabilité médico-légale ainsi que la décision du niveau de soins. Sa réécriture par un groupe de travail pluri-professionnel devrait permettre une amélioration rapide dans ces domaines.

Mais la prise en charge des patients en situation de LATA aux urgences ne se limite pas à la décision en elle-même. Le faible taux de traçabilité dans le dossier paramédical concernant la prise de décision mais également la réévaluation des symptômes d'inconfort laisse supposer un manque d'adhésion du personnel paramédical au processus de soins. D'origine plurifactorielle (charge de travail importante, turn-over médical modifiant la prise en charge, etc.), ce détachement vis-à-vis du patient en fin de vie est fréquemment décrit comme source de vécu négatif. L'écriture d'un protocole de soins global incluant des protocoles de surveillance et des feuilles de prescription dédiée ainsi qu'une formation aux outils disponibles et à l'accompagnement sont des pistes d'amélioration qui permettraient probablement d'obtenir de meilleurs résultats. La clarification des objectifs de soins, par l'intermédiaire de protocoles thérapeutiques établis en partenariat avec l'équipe de soins palliatifs, semble indispensable à la cohérence de la prise en charge globale du patient.

Enfin, nos experts se sont également interrogés sur l'applicabilité de la loi Claeys-Leonetti dans un service d'urgence. La prise de décision en situation d'urgence vitale, concernant un patient souvent inapte à participer, en contexte d'incertitude, ne permet pas le respect de l'ensemble des mesures législatives sans rentrer en conflit avec les valeurs déontologiques et les principes éthiques préconisant le respect de la temporalité du patient.

D'après les données démographiques, le nombre de patients âgés, poly-pathologiques, approchant de la fin de leur vie, ne cesse d'augmenter aux urgences. Comme tous les services d'urgence de France et bien que cela ne relève pas strictement de leurs missions, le service d'accueil des urgences adultes de l'Hôpital Nord de Marseille risque d'être de plus en plus fréquemment confronté à la prise de décisions de LATA. L'adhésion de l'ensemble des personnels soignants du service dans une démarche palliative telle que recommandée par la HAS semble indispensable à l'amélioration de nos pratiques.

Par ailleurs, nous n'avons pas pu explorer l'ensemble des domaines de ces prises en charge complexes. D'autres études, utilisant d'autres méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles plus adaptées, semblent nécessaires pour compléter ce travail. Par exemple, une méthodologie spécifique à l'éthique permettrait une exploration du questionnement sur le degré d'engagement thérapeutique. Enfin, une exploration chiffrée de la participation paramédicale à la décision mais également de l'accompagnement non médicamenteux du patient et de ses proches mériteraient des études dédiées.

Bibliographie

1. Lalande F, Veber O. La mort à l'hôpital. Inspection Générale des Affaires Sociales ; 2009 nov. Report No.: RM2009-124P
2. Sicard D. Penser solidairement la fin de vie. Rapport à François Hollande Président de la République Française. Commission de réflexion sur la fin de vie en France. 2012 déc.
3. LOI no 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.
4. Kouchner B. Loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002. JORF du 5 mars 2002
5. Leonetti J. Loi n° 2005-370 relative aux droits des malades et à la fin de vie du 22 avril 2005. JORF n°95 du 23 avril 2005
6. Claeys A, Leonetti J. Loi n° 2016-87 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie du 2 février 2016. JORF n°0028 du 3 février 2016
7. Comité Consultatif National d'Ethique, Institut Français d'Opinion Publique. Conférence de citoyens sur la fin de vie. Avis citoyen. 2013.
8. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de Déontologie Médicale. 2017.
9. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Serment d'Hippocrate.
10. Comité Consultatif National d'Ethique. Observations du CCNE à l'attention du Conseil d'Etat. 2014 mai p. 38.
11. Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité.
12. Comité Consultatif National d'Ethique. Rapport du CCNE sur le débat public concernant la fin de vie. 2014 oct
13. Euthanasie : 156 députés appellent à légiférer pour une « libre disposition » de son corps. Sciences et Avenir. 28 févr 2018
14. Hollande F. Les 60 engagements présidentiels de François Hollande. 2011
15. Observatoire National de la Fin de Vie. Les décisions de fin de vie. Résultats de l'étude « Fin de vie en France ». 2012.
16. Monnier A, Penne S, Pontone S. Les décisions médicales en fin de vie en France. Institut National d'Etudes Démographiques. nov 2012
17. Observatoire National de la Fin de Vie. Vivre la fin de vie chez soi. 2013 mars.
18. Penne S, Gaymu J, Riou F. Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente. Institut National d'Etudes Démographiques. juill 2015

19. Comité Consultatif National d’Ethique. Avis n°121 du CCNE : Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir. 2013 juin
20. Marisol Touraine lance une campagne d’information sur la fin de vie pour inviter les professionnels de santé à en parler avec leurs patients. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016
21. Observatoire National de la Fin de Vie. Fin de vie, un premier état des lieux. Synthèse du rapport 2011.
22. CCNE. Etats généraux de la bioéthique. 2018
23. Tardy B, Viallon A. Fin de vie aux urgences. Réanimation. 2005;14(8):680-5.
24. Le Conte P, Riochet D, Arnaudet I, Volteau C, Legiard E, Auneau J-C, et al. Épidémiologie des décès avec analyse des décisions de limitation du niveau de soins dans les services d’urgence. J Eur Urgences. 1 mai 2007;20(1, Supplement):136.
25. Conte PL, Riochet D, Batard E, Volteau C, Giraudeau B, Arnaudet I, et al. Death in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. Intensive Care Med. 1 mai 2010;36(5):765-72.
26. ROUPIE E. La mort aux urgences : enquête prospective préliminaire. Actual EN Reanim URGENCES. 1999;281-9.
27. Rothmann C, Evrard D. La mort aux urgences. J Eur Urgences. 1 mars 2005;18(1):3-9.
28. Garcia J, Dujarrier G, Casalino E, Sagot MF, Fichelle A. Prise en charge des fins de vie dans une unité d’hospitalisation de courte durée (UHCD). Réanimation Urgences. 1 mars 1998;7(2, Part 1):152.
29. Société Francophone de Médecine d’Urgence. Ethique et urgences. Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d’Urgence. 2003.
30. Société Francophone de Médecine d’Urgence. 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’urgence. 2001.
31. Vassy C, Couilliot MF. Fins de vie aux Urgences. Temporalité et définition de la mort à l’hôpital. La Découverte; 2011. p. 215-41.
32. 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. 1 sept 2011;30(9):625-9.
33. 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.

34. Baron D. Question 19 : Controverse. Fin de vie et soins palliatifs : missions des services d'urgence ? J Eur Urgences. 1 sept 2004;17(3, Part 2):288-93.
35. Tourneret M, Mino J-C. Les décisions de limitation de thérapeutiques actives aux urgences, une étude qualitative exploratoire, Summary. Santé Publique. 2008;20(6):517-26.
36. ANAES, SFAP. L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. Conférence de Consensus. 2004.
37. SRLF. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des Recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française. 2009.
38. Villers D, Renault A, Gall GL, Boles J-M. Limitation et arrêt des traitements en réanimation : comment évaluer et améliorer nos pratiques. 13 déc 2010
39. Le Conte P, Batard E, Pinaud V, Evain Y, Potel G. Décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives dans les services d'urgence. Réanimation. 1 déc 2008;17(8):802-6.
40. HAS. L'audit clinique, Bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles. 1999.
41. HAS. Audit clinique. Évaluation des pratiques par comparaison à un référentiel. 2004
42. HAS. Élaboration de critères de qualité à partir de recommandations disponibles. Fiche méthodologique. 2013.
43. HAS. Audit clinique. Développement Professionnel Continu. 2017
44. ANAES. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Recommandations pour la pratique clinique. 2002.
45. HAS. L'essentiel de la démarche palliative. Organisation des parcours. 2016
46. Observatoire National de la Fin de Vie. Fin de vie des personnes âgées. 2013
47. van der Heide A, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E, et al. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. Lancet Lond Engl. 2 août 2003;362(9381):345-50.
48. Claret P-G, Louart G, Bobbia X, Bonnac J-M, Muller L, Lefrant J-Y, et al. Limitation et arrêt des thérapeutiques actives (LATA) aux urgences : pratiques d'un service d'accueil des urgences entre 2005 et 2006. J Eur Urgences. 1 mars 2008;21:A175.
49. Moraly J, Clément H, Ricart A, Mendes S, Alfonsi P, Attard N, et al. Analyse des décès précoces au services d'accueil des urgences (SAU) survenant après une abstention ou un

arrêt thérapeutique (LATA). J Eur Urgences. 1 mars 2008;21:A173.

50. Béreau J, Reix A, Faure I, Gabinski C. Mise en place et premières évaluations d'un protocole d'aide à la décision éthique dans un service d'urgence. J Eur Urgences Réanimation. 1 mars 2013;25(1):4-10.

51. Wrenn W, Brody SL. Do-not-resuscitate orders in the emergency department. Am J Med. 1 févr 1992;92(2):129-33.

52. Fieni A. Mise en place et évaluation de l'impact d'une intervention concernant les décisions de Limitation et d'Arrêt des Thérapeutiques Actives aux Urgences du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers. Angers; 2016.

53. Le Conte P, Guilbaudeau S, Batard E, Trewick D, Yatim D, Longo C, et al. Mise en place d'une procédure de limitation ou d'arrêt des soins actifs dans un service d'urgence: Evaluation prospective sur 7 mois. J Eur Urgences. 1 déc 2005;18(4):188-92.

54. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. Lancet. 6 janv 2001;357(9249):9.

55. Le Conte P, Baron D, Trewick D, Touzé MD, Longo C, Vial I, et al. Withholding and withdrawing life-support therapy in an Emergency Department: prospective survey. Intensive Care Med. déc 2004;30(12):2216-21.

56. Tardy B, Venet C, Zeni F, Berthet O, Viallon A, Lemaire F, et al. Death of terminally ill patients on a stretcher in the emergency department: a French speciality? Intensive Care Med. 1 nov 2002;28(11):1625-8.

57. Robert F. Etude sur les pratiques et le ressenti des infirmiers et médecins urgentistes concernant l'arrêt de la ventilation mécanique dans le cadre d'une décision de fin de vie. Nantes; 2011.

58. Bulteau M. Fin de vie et limitations de soins aux urgences de Boulogne sur mer. Étude rétrospective observationnelle des caractéristiques des décès et étude des pratiques des limitations de soins. Lille 2; 2014.

59. Vassal P, Dupre Goudable C, Thibaudin D, Chapuis F. Advance care planning ou comment recueillir et transmettre la parole du patient ? Réflexion appliquée à l'insuffisance rénale chronique. Éthique Santé. mars 2016;13(1):26-32.

60. Zeisser, M., Weber, J.-C. Les directives anticipées : un semi-échec transitoire. Éthique Santé. sept 2016;13(3):156-63.

61. Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. PALLIA 10 - Quand faire

appel à une équipe de soins palliatifs ? 2010

62. Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. PALLIA 10 GERONTO - Quand faire appel à une équipe de soins palliatifs ? 2016

63. 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. 1 mars 2008;21:A175.

64. Kummerlen C, Sedghi N, Batt MO, Nagel S, Bilbault P, Heinzelmann C, et al. 094 Les fins de vie dans un service des urgences : considérations éthiques après enquête auprès des soignants. J Eur Urgences. 1 mars 2004;17:40.

65. Couilliot M-F, Vassy C, Leboul D. Le temps du mourir et le temps de l'hôpital : prise en charge des patients en fin de vie aux Urgences, Santé Publique. 17 oct 2011;23(4):269-78.

66. Dumont R, Asehnoune K, Pouplin L, Volteau C, Simonneau F, Lejus C. Limitation ou arrêt de thérapeutiques actives en situations d'urgence. Le point de vue des anesthésistes réanimateurs. 23 juill 2010

67. Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès. Mise en œuvre médicamenteuse. 2017

68. OMS. Soins palliatifs. Aide-mémoire N°402. 2017.

69. Boles J-M. Questions et réflexions sur l'application de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Laennec. 2007;Tome 55(3):8-22.

70. Berardi M-O. 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. Lorraine; 2012.

71. Chirac A, David G, Rieg N, Schott-Pethelaz A-M, Bohe J, Carpentier F, et al. Élaboration et validation d'une fiche d'aide à la décision de limitation ou d'arrêt des traitements aux urgences. Ann Fr Anesth Réanimation. nov 2014;33(11):555-62.

72. American College of Emergency Physicians. Ethical Issues in Emergency Department Care at the End of Life. Ann Emerg Med. 1 mars 2006;47(3):302.

73. Souissi S, Chekir M, Mougaida M, Ajmi M, Derbel L, Haouidhek O, et al. Facteurs de risque de mortalité précoce des patients admis en salle d'accueil des urgences vitales. J Eur Urgences. 1 mars 2008;21:A14.

74. Moman RN, Loprinzi Brauer CE, Kelsey KM, Havyer RD, Lohse CM, Bellolio MF. PREDICTing Mortality in the Emergency Department: External Validation and Derivation of a Clinical Prediction Tool. Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med. juill 2017;24(7):822-31.

Annexes

Annexe 1 : Fiche LATA



Hôpital Nord- SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES ADULTES
Fédération de traumatologie
Professeur Antoine ROCH

N° Finess



130786049

Professeur Antoine ROCH
Chef de service
RPPS 10003415824

Marseille, le 00/00/2000

Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) aux urgences

Dr Sarah ASSAL
RPPS 10100429413
Dr Sékéné BADIAGA
RPPS 10003373809
Dr Johanna BADIE
RPPS 10101170545
Dr Diane BALDOVINI
RPPS 10100430577
Dr Delphine BASTIAN
RPPS 10100827566
Dr Corinne BEL
RPPS 10003373171
Dr Guillaume BIRMAN
RPPS 10101164035
Dr Aurélie BORDAIS
RPPS 10003440962
Dr Juliette BOURCIER
RPPS 10101144116
Dr Delphine CARNIELLO
RPPS 10101135407
Dr Alexandre CHAGVARDIEFF
RPPS 10100079762
Dr Delphine CLAESSEN
RPPS 10100897536
Dr Cécile FERRIGNO
RPPS 10100556421
Dr Fleur JOURDA DE VAUX
RPPS 10001628105
Dr Justine MARTIN
RPPS 10100892180
Dr Cécile MARMILLOT
RPPS 10100781185
Dr Nicolas PERSICO
RPPS 10100424919
Dr Estelle PILARCZYK
RPPS 10101017431
Dr Aurélie RIVIERE
RPPS 10100559763
Dr Brahim SEBAKHI
RPPS 10003431805
Dr Céline SEITZ
RPPS 10100396547
Dr Margaux SEITZ
RPPS 10100418473
Dr Baptiste VERHAMME
RPPS 10100470607
Dr Luc YVART
RPPS 10003431797

Médecin urgentiste responsable:
Médecins (au moins 2) participants à la limitation:
Personnel paramédical participant à la limitation:

DUPONT Pierre 51515151 90 ans

Diagnostic au moment de la limitation :

Antécédents remarquable:
Mode de vie :

Famille présente et informée Oui Non

Personnes de confiance :

Volonté de la famille :

- Arrêt des thérapeutiques avec mise en place de soins palliatifs
- Limitation à certaines thérapeutiques
- Pas de limitation

Patient informé Oui Non Inapte

Volonté du patient :

- Arrêt des thérapeutiques avec mise en place de soins palliatifs
- Limitation à certaines thérapeutiques
- Pas de limitation

Décision de l'équipe médicale:

Réanimation d'un arrêt cardiaque: oui Non

Ventilation invasive:

- Débuter si besoin
- Ne pas instaurer
- Arrêt

Ventilation non invasive:

- Débuter si besoin
- Ne pas instaurer
- Limiter Durée et fréquence :
- Arrêt

Antibiothérapie :

- Débuter si besoin
- Ne pas instaurer
- Arrêt

Urgences : Tél. 04.91.96.44.44
Pavillon de l'Etoile - Chemin des Bourrely 13915 MARSEILLE Cedex 20
F.I.N.E.S.S 13 078 604 9

N° Finess



130786049

Professeur Antoine ROCH
Chef de service
RPPS 10003415824

Dr Sarah ASSAL
RPPS 10100429413
Dr Sékéné BADIAGA
RPPS 10003373809
Dr Johanna BADIE
RPPS 10101170545
Dr Diane BALDOVINI
RPPS 10100430577
Dr Delphine BASTIAN
RPPS 10100827566
Dr Corinne BEL
RPPS 10003373171
Dr Guillaume BIRMAN
RPPS 10101164035
Dr Aurélia BORDAIS
RPPS 10003440962
Dr Juliette BOURCIER
RPPS 1010114416
Dr Delphine CARNIELLO
RPPS 10101135407
Dr Alexandre CHAGVARDIEFF
RPPS 10100079762
Dr Delphine CLAESSEN
RPPS 10100897536
Dr Cécile FERRIGNO
RPPS 10100556421
Dr Fleur JOURDA DE VAUX
RPPS 10001628105
Dr Justine MARTIN
RPPS 10100892180
Dr Cécile MARMILLOT
RPPS 10100781185
Dr Nicolas PERSICO
RPPS 10100424919
Dr Estelle PILARCZYK
RPPS 10101017431
Dr Aurélie RIVIERE
RPPS 10100559763
Dr Brahim SEBAKHI
RPPS 10003431805
Dr Céline SEITZ
RPPS 10100396547
Dr Margaux SEITZ
RPPS 10100418473
Dr Baptiste VERHAMME
RPPS 10100470607
Dr Luc YVART
RPPS 10003431797

Remplissage vasculaire :

- Débuter si besoin
- Ne pas instaurer
- Arrêt

Amines:

- Débuter si besoin
- Ne pas instaurer
- Limiter Doses:
- Arrêt

Transfusions:

- Débuter si besoin
- Ne pas instaurer
- Limiter nombres de CGR/jours :
- Arrêt

Epuration extra-rénale:

- Débuter si besoin
- Ne pas instaurer
- Admission en réanimation Oui Non

Signatures des médecins

Annexe 2 : Etapes du processus de soins et grille d'audit

Elément évalué	Référence bibliographique	Source de donnée
Etape 1 : Déroulement du processus décisionnel		
Questionnement éthique sur le degré d'engagement thérapeutique		
La chaîne éthique a été respectée.	- SFMU. Ethique et urgences. Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. 2003.	Non évaluable sur dossier
La chronologie du raisonnement éthique a été respectée.	- SFMU. Ethique et urgences. Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. 2003.	
La notion d'obstination déraisonnable a été identifiée.	- SRLF. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des Recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française. 2009.	
Le questionnement éthique est pertinent.	- HAS. L'essentiel de la démarche palliative. Organisation des parcours. 2016.	
Un temps suffisant a été consacré à la démarche éthique.	- CCNE. Observations du Comité Consultatif National d'Ethique à l'attention du Conseil d'Etat. 2014	
Procédure collégiale		
La procédure collégiale a été respectée dans le cas d'une décision d'arrêt ou de limitation de thérapeutique active.	- Claeyns A, Leonetti J. Loi n° 2016-87 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie du 2 février 2016	Non évaluable (manque de données)
La procédure collégiale a été respectée dans le cas d'une décision de sédation profonde et continue.	- Décret n° 2016-1066 du 3 août 2016 modifiant le code de déontologie médicale et relatif aux procédures collégiales et au recours à la sédation profonde et continue jusqu'au décès prévus par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Code de Santé Publique, août 2016.	Non évaluable (Problème de définition)
La procédure collégiale a été respectée dans le cas d'un refus d'application des directives anticipées.	- Ministère des solidarités et de la santé. Le renforcement de la collégialité dans les décisions en fin de vie - Fiche pratique à destination des professionnels de santé, 2016	Non évaluable (Pas de cas rencontré)
L'avis de l'équipe soignante (défini par toute personne impliquée dans la prise en charge globale du patient) a été recueilli.	- SFMU. Ethique et urgences. Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. 2003.	Non évaluable sur dossier
L'avis d'un consultant extérieur à la prise en charge sans lien hiérarchique a été demandé.	- SRLF. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des Recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française. 2009.	Dossier Axigate + Fiche LATA
L'avis d'un second consultant a été demandé.		
Recueil de la volonté du patient		
La capacité du patient à s'exprimer a été évaluée ¹ .	- Claeyns A, Leonetti J. Loi n° 2016-87 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie du 2 février 2016	Dossier Axigate + Fiche LATA
Si le patient était en état de s'exprimer, son avis et ses souhaits sur la situation lui ont été demandés.	- Kouchner B. Loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002.	
Si le patient était hors d'état de s'exprimer, il y a eu recherche et/ou consultation des directives anticipées.	- Décret n° 2016-1066 du 3 août 2016. Code de Santé Publique, août 2016.	
Si le patient était hors d'état de s'exprimer, il y a eu recherche et/ou consultation de la personne de confiance.	- Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de Déontologie Médicale. Art 36. 2017.	
Si le patient était hors d'état de s'exprimer, il y a eu recherche et/ou consultation des proches.	- Conseil National de l'Ordre des Médecins. Serment d'Hippocrate.	
	- SFMU. Ethique et urgences. Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. 2003.	
	- SRLF. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des Recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française. 2009.	
	- HAS. L'essentiel de la démarche palliative. Organisation des parcours. 2016.	
	- CCNE. Observations du Comité Consultatif National d'Ethique à l'attention du Conseil d'Etat. 2014	

Annexe 2 (suite) : Etapes du processus de soins et grille d'audit

Élément évalué	Référence bibliographique	Source de donnée
Etape 2 : Décision de LATA et mise en place		
Utilisation de l'outil d'aide décisionnel « Fiche LATA »		
La fiche a été intégralement remplie.	<ul style="list-style-type: none"> - "Fiche LATA" selon protocole de service - SRLF. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des Recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française. 2009. - HAS. Patient et professionnels de santé : décider ensemble Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». 2013. 	Fiche LATA
Toutes les informations concernant l'état de santé du patient ont été renseignées ² .		
Toutes les informations concernant la procédure collégiale ont été renseignées ³ .		
Toutes les informations concernant le recueil de la volonté du patient ont été renseignées ⁴ .		
Toutes les informations concernant le niveau de soins ont été renseignées ⁵ .		
Traçabilité médico-légale		
La décision de LATA est inscrite dans le dossier médical Axigate.	<ul style="list-style-type: none"> - Claeys A, Leonetti J. Loi n° 2016-87 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie du 2 février 2016. - SFMU. Ethique et urgences. Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. 2003. - SRLF. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des Recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française. 2009. 	Dossier Axigate
La décision de LATA est inscrite dans le dossier paramédical Axigate.		
La justification de la décision de LATA est inscrite dans le dossier médical Axigate.		
La justification de la décision de LATA est inscrite dans le dossier paramédical Axigate.		
La décision de sédation profonde et continue est inscrite dans le dossier.		
La justification de la décision de sédation profonde et continue est inscrite dans le dossier.		Non évaluable (Problème de définition)
Continuité des soins		
La décision de LATA a été transmise par écrit ⁶ .	<ul style="list-style-type: none"> - SFMU. Ethique et urgences. Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. 2003. - ANAES. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Recommandations pour la pratique clinique. 2002. - SRLF. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des Recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française. 2009. 	Dossier Axigate
La décision de LATA a été transmise oralement.		Non évaluable sur dossier
Information du patient et de ses proches de la décision médicale		
Lorsque le patient était en état de s'exprimer, il a été informé de la décision.	<ul style="list-style-type: none"> - Claeys A, Leonetti J. Loi n° 2016-87 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie du 2 février 2016. - SFMU. Ethique et urgences. Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. 2003. - Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de Déontologie Médicale. Article 35. 2017. - ANAES. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Recommandations pour la pratique clinique. 2002. - SRLF. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des Recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française. 2009. 	Dossier Axigate + Fiche LATA
Lorsque le patient n'était pas en état de s'exprimer, sa personne de confiance et/ou ses proches, lorsqu'ils existaient, ont été informés de la décision.		

Annexe 2 (suite) : Etapes du processus de soins et grille d'audit

Élément évalué	Référence bibliographique	Source de donnée
Etape 3 : Mise en place d'un projet thérapeutique proportionné		
Réévaluation clinique régulière		
La décision de LATA a été réévaluée au moins une fois lorsque cela était possible ⁷ .	- SFMU. Ethique et urgences. Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. 2003.	Dossier Axigate
La douleur a été évaluée par l'équipe paramédicale.	- ANAES. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Recommandations pour la pratique clinique. 2002.	
Lorsque la douleur était réévaluée, des échelles validées ont été utilisées.	- SRLF. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des Recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française. 2009.	
Le confort a été évalué par l'équipe paramédicale ⁸ .	- HAS. L'essentiel de la démarche palliative. Organisation des parcours. 2016.	
Lorsque le confort était réévalué, des échelles validées ont été utilisées.	- ANAES. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Recommandations pour la pratique clinique. 2002. - Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. Echelle de vigilance-agitation de Richmond. 2017. - Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès. Mise en œuvre médicamenteuse. 2017.	
Mise en place de traitement de confort		
Des soins à visée de confort ont été mis en place ⁹ .	- SFMU. Ethique et urgences. Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. 2003. - Claeys A, Leonetti J. Loi n° 2016-87 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie du 2 février 2016 - Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès. Mise en œuvre médicamenteuse. Fiche repère SFAP. 2017. - HAS. L'essentiel de la démarche palliative. Organisation des parcours. 2016.	Dossier Axigate + Dossier papier
L'objectif de soins a été précisé.	- Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes. Recommandations de bonnes pratiques. 2009. - SRLF. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des Recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française. 2009.	
Les molécules utilisées dans le cadre de la prise en charge palliative sont conformes aux recommandations.	- ANAES. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Recommandations pour la pratique clinique. 2002. - Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès. Mise en œuvre médicamenteuse. Fiche repère SFAP. 2017. - Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. Guide d'aide à la décision dans la mise en œuvre d'une sédation pour détresse en phase terminale. 2014. - AFSSAPS. Soins palliatifs : spécificité d'utilisation des médicaments courants hors antalgiques. Recommandations. 2002.	Non évaluable (manque de données)
Accompagnement du patient et de ses proches		
Un soutien psychologique a été proposé au patient lorsque celui-ci était apte à en recevoir un.	- Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de Déontologie Médical. Article 38. 2017 - SFMU. Ethique et urgences. Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. 2003.	Non évaluable (manque de données)
Un accompagnement spirituel a été proposé au patient.	- Article R1112-46. Code de Santé Publique mai, 2003. - ANAES. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Recommandations pour la pratique clinique. 2002. - ANAES, SFAP. L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. Conférence de Consensus. 2004.	

Annexe 2 (suite) : Etapes du processus de soins et grille d'audit

Elément évalué	Référence bibliographique	Source de donnée
Accompagnement du patient et de ses proches (suite)		
La prise en charge a comporté un temps d'accompagnement des proches.	<ul style="list-style-type: none"> - Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de Déontologie Médical. Article 37-4. 2017 - SFMU. Ethique et urgences. Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. 2003. 	Non évaluable (manque de données)
Un soutien psychologique aux proches a été proposé.	<ul style="list-style-type: none"> - ANAES. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Recommandations pour la pratique clinique. 2002. - ANAES, SFAP. L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. Conférence de Consensus. 2004. 	
Un accompagnement après le décès du patient a été proposé aux proches.	<ul style="list-style-type: none"> - SRLF. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des Recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française. 2009. - HAS. L'essentiel de la démarche palliative. Organisation des parcours. 2016 	

Annexe 3 : Consignes de lecture de la grille d'audit

Aide à la lecture de la grille d'audit

Le processus de soins a été découpé en 3 étapes :

- Déroulement du processus décisionnel
- Décision de LATA et mise en place
- Mise en place d'un projet thérapeutique proportionné

Les deux premières étapes ont été évaluées pour l'ensemble des 161 patients pour lesquels une décision de LATA a été prise aux urgences adultes de l'hôpital Nord entre le 15 mai 2016 et le 31 mai 2017.

La 3^{ème} et dernière étape n'a concerné que les patients intégralement pris en charge aux urgences ou à l'HTCD.

Les patients considérés en état de s'exprimer étaient au nombre de 35. Les patients considérés inaptes à s'exprimer étaient au nombre de 123.

Légende :

¹ Patients pour lesquels la donnée « Patient informé » de la fiche LATA a été renseigné et/ou que son statut « informé » ou « non informé » ou « inapte » était mentionné dans le dossier Axigate. Il a été considéré qu'une décision d'information ou de non information de la part du médecin présumée un patient en état d'être informé et donc de s'exprimer. Il a été considéré qu'un patient inapte à être informé était inapte à s'exprimer.

² L'ensemble des items « diagnostic au moment de la limitation », « antécédent remarquable » et « mode de vie » ont été renseignés sur la fiche LATA.

³ L'ensemble des items « Médecin urgentiste responsable », « Médecins participants à la limitation » et « Personnel paramédical participant à la limitation » ont été renseignés sur la fiche LATA.

⁴ L'ensemble des items « Volonté de la famille » lorsque la famille était présente et informée pour les patients inaptes à s'exprimer ou « Volonté du patient » lorsque le patient était apte à s'exprimer ont été renseignés sur la fiche LATA.

⁵ L'ensemble des items de l'encart « Décision médicale » ont été renseignés sur la fiche LATA.

⁶ La décision de LATA est inscrite dans le dossier médical et/ou paramédical Axigate.

⁷ La réévaluation était considérée non nécessaire en cas de décès précoce (< 24h) avec évolution clinique attendue.

⁸ Le confort comprend tous les symptômes source d'inconfort autre que la douleur tels que définit par la Société Française de Soins Palliatifs : dyspnée, trouble du sommeil, nausée et vomissements, asthénie, etc.

⁹ Soins à visée de confort tels que décrit dans la définition des soins palliatifs par l'OMS (définition 2002).

Abréviations

ADMD : Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique
CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
ET : Ecart-type
EURELD : EUROpean End-of-Life Decisions
EVA : Echelle Visuelle Analogique
GHS : Groupe Homogène de Séjour
HAD : Hospitalisation à Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HTCD : Hospitalisation de Très Courte Durée
IFOP : Institut Français d'Opinion Publique
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
INED : Institut National d'Etudes Démographiques
LATA : Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives
LISP : Lit Identifié Soins Palliatifs
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONFV : Observatoire National de la Fin de Vie
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RASS : Richmond Agitation-Sedation Scale
RDOS : Respiratory Distress Observation Scale
SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales
SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs
SFMU : Société Francophone de Médecine d'Urgence
SRLF : Société de Réanimation de Langue Française
T2A : Tarification à l'activité
VNI : Ventilation Non Invasive

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.

Résumé

Introduction : Les rapports français concernant les pratiques de soins entourant les décisions de LATA aux urgences sont alarmants. Entre enjeux éthiques, obligations légales et préoccupations sociétales fortes, nous avons voulu savoir si les pratiques professionnelles actuelles du Service d'Accueil des Urgences adultes de l'hôpital Nord de Marseille étaient conformes aux recommandations de bonnes pratiques.

Méthode : Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive mixte monocentrique rétrospective d'évaluation des pratiques professionnelles par audit clinique. Tous les patients pour lesquels une décision de LATA était prise entre le 15/05/16 et le 31/05/17 ont été inclus.

Résultats : Les 161 patients inclus étaient âgés et non autonomes (86%). Ils présentaient une démence (40,6%) ou une néoplasie (34,4%) et étaient admis pour une détresse respiratoire (82,1%) dans la majorité des cas. 73,9% des patients passaient par l'HTCD pour une durée moyenne de séjour de 3j. La mortalité intra-hospitalière était de 63,4% et la mortalité à 3mois de 77,6%. Un quart des décisions étaient prises en heures ouvrables (27,6%) et il s'agissait d'une limitation dans 99,4% des cas. La procédure collégiale médicale était respectée dans 92,3% des cas. Les 36 patients (22%) considérés aptes à s'exprimer participaient dans 58,3% des cas à la décision et les familles des 123 patients inaptes étaient consultées dans 73,2% des cas. La décision de LATA était inscrite dans 85,7% des dossiers et la justification de cette décision dans 58,4% des dossiers. A l'HTCD, la décision de LATA était réévaluée dans 73,0% des cas et des soins de confort étaient instaurés pour 95,4% des patients.

Conclusion : Bien que nos résultats soient globalement supérieurs à ceux retrouvés dans la littérature, ils restent insuffisants. La réécriture de la procédure « Fiche LATA » ainsi que la création d'un protocole dédié à ces prises en charge devraient permettre une amélioration de nos performances.

Mots clés

Fin de vie. Urgences. Limitation et Arrêt de Thérapeutiques Actives. Evaluation des pratiques professionnelles. Soins palliatifs. Loi Claeys-Leonetti.