



HAL
open science

Étude des conséquences de l'infection COVID-19 sur le respect des modalités de décisions de limitations et d'arrêts thérapeutiques

Pauline Metretin

► **To cite this version:**

Pauline Metretin. Étude des conséquences de l'infection COVID-19 sur le respect des modalités de décisions de limitations et d'arrêts thérapeutiques. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04418900

HAL Id: dumas-04418900

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04418900>

Submitted on 26 Jan 2024

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.

UNIVERSITÉ DE CLERMONT AUVERGNE

FACULTÉ DE MÉDECINE

THÈSE D'EXERCICE pour le DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

METRETIN Pauline

Présentée et soutenue publiquement le mardi 14 Novembre 2023

**Étude des conséquences de l'infection COVID-19 sur le respect
des modalités de décisions de limitations et d'arrêts
thérapeutiques**

Dirigée par :

Mme GUASTELLA Virginie, Professeure à la Faculté de médecine de Clermont-Ferrand, Chef
de l'Unité de Soins Palliatifs au CHU Louise Michel.

Président du jury : Madame LAPORTE Catherine, Professeure, Faculté de Médecine de
Clermont-Ferrand, Président du Département de Médecine Générale de Clermont-Ferrand.

Membres du jury : Monsieur LAUTRETTE Alexandre, Professeur, Faculté de Médecine de
Clermont-Ferrand. PU-PH en médecine intensive et réanimatoire au Centre Jean Perrin du
CHU de Clermont-Ferrand.



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique

: **VEYRE** Annie

: **DULBECCO** Philippe

: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre

: **FONTAINE** Jacques

: **BOUTIN** Christian

: **MONTEIL** Jean-Marc

: **ODOUARD** Albert

: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE
Mathias PREMIERE VICE-PRESIDENTE
CHARGEE DU PILOTAGE ET DES MOYENS
VICE PRESIDENTE CHARGEE DE LA FORMATION
Françoise VICE-PRESIDENTE CHARGEE DE LA RECHERCHE
Vanessa DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES
François

: **BERNARD**

: **FOGLI** Anne
: **PEYRARD**
: **PREVOT**
: **PAQUIS**



UFR DE MEDECINE

ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice

: **CHAZAL** Jean

DOYEN-DIRECTEUR

: **CLAVELOU** Pierre

DIRECTRICE ADMINISTRATIVE

: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOIRE Jean-Yves -
BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIÈRE Jean-Louis
- CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHAMOUX Alain - CHAZAL
Jean - CHIPPONI
Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - CLEMENT Gilles - DASTUGUE
Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE
RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette -
M. GENTOU Claude
- Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard -
LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MICHEL Jean-
Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE
Jean - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT
Jacques - RIBAL Jean-Pierre
- SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe -
TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mme VEYRE
Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - AVAN Paul - BAZIN Jean-Etienne - CAILLAUD Denis -
DAPOIGNY Michel - DUBRAY Claude - DURIF Franck - ESCHALIER Alain - KEMENY
Jean- Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier -
LUSSON Jean- René - POULY Jean-Luc

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe
M. BOYER Louis

Histologie-Embryologie Cytogénétique
Radiologie et Imagerie

M. CANIS Michel	Médicale option
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Clinique
M. BIGNON Yves Jean	Gynécologie-Obstétrique
M. BOIRIE Yves	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. CLAVELOU Pierre	Cancérologie option Biologique
M. GILAIN Laurent	Nutrition Humaine
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurologie
M. CAMILLERI Lionel	O.R.L.
Vasculaire	Neurochirurgie
M. LLORCA Pierre-Michel	Chirurgie Thoracique et Cardio-
M. PEZET Denis	Psychiatrie d'Adultes
M. SOUWEINE Bertrand	Chirurgie Digestive
M. BOISGARD Stéphane	Réanimation Médicale
Traumatologie	Chirurgie Orthopédique et
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
M. SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M. BERGER Marc	Hématologie
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie
Médicale	
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M. ABERGEL Armando	Hépatologie
Mme BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
M. D'INCAN Michel	Dermatologie - Vénéréologie
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire

1ère CLASSE

M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies
Métaboliques	
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio- Vasculaire
M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M. GUY Laurent	Urologie
M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire

M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et
Traumatologique	
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. THAVEAU Fabien	Chirurgie Vasculaire
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du
	Développement et de la
	Reproduction
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie

2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de
la Santé Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et
Stomatologie	
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. GAGNIERE Johan	Chirurgie Viscérale et Digestive
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie-Réanimation et
	Médecine Péri-Opératoire
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie

M. MOISSET Xavier	Neurologie
M. SAMALIN Ludovic	Psychiatrie d'Adultes
M. BIAU Julian	Radiothérapie
M. LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

M. VORILHON Philippe	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

2ème CLASSE

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
------------------------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale
M. BERNARD Pierre	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

HORS CLASSE

Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie

M. MARCEAU Geoffroy
Mme MINET-QUINARD Régine

Biochimie Biologie Moléculaire
Biochimie Biologie Moléculaire

1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel
Mme GOUMY Carole
Mme VERONESE Lauren
Mme MIRAND Audrey
M. OUCHCHANE Lemlih

Biophysique et Traitement de l'Image
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Bactériologie Virologie
Biostatistiques, Informatique
Médicale et Technologies de
Communication

M. LIBERT Frédéric
Mme COSTE Karen
Mme AUMERAN Claire
Mme NOURRISSON Céline
Mme PONS Hanaë

Pharmacologie Médicale
Pédiatrie
Hygiène Hospitalière
Parasitologie - Mycologie
Biologie et Médecine du
Développement et de la
Reproduction

M. COLL Guillaume
M. GODET Thomas

Neurochirurgie
Anesthésiologie-
Réanimation et
Médecine Péri-
Opératoire

2ème CLASSE

M. MOUSTAFA Farès
M. CHENAF Chouki
M. ANIORT Julien
M. CLERFOND Guillaume
Mme DUPUY Claire
Mme JULIAN Valérie
M. LAHAY Clément

Médecine d'Urgence
Pharmacologie Clinique
Néphrologie
Cardiologie
Médecine Intensive – Réanimation
Physiologie
Gériatrie et Biologie du Vieillissement

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE
MEDECINE GENERALE**

1ère CLASSE

Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène

Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

HORS CLASSE

M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire

CLASSE NORMALE

M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mme AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
Mme GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDEY Yannick	Oncogénétique
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. PIZON Frank	Santé Publique
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine
Mme MONIER Florie	Psychologie
Mme POLICARD Florence	Sciences Infirmières

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
M. MENINI Thibault	Médecine Générale
Mme ROUGE Laure	Médecine Générale
Mme BERTRAND- JAROUSSE Véronique	Médecine Générale
Mme VICARD-OLAGNE Mathilde	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

AU PRESIDENT DU JURY

Sincères remerciements, pour l'honneur que vous nous faites de présider ce jury.

AU PROFESSEUR LAUTRETTE

Merci de nous faire l'honneur de votre concours et de votre expérience dans ce jury.

A MA DIRECTRICE DE THESE

Merci d'avoir dirigé et mené à bien ce travail à mes côtés.

A Mme LAMBERT Céline qui nous a aidé dans l'analyse statistique. Merci pour votre travail et votre bienveillance.

Je remercie Wassim pour son aide morale tout au long de ce travail, merci de m'avoir soutenue et motivée.

Merci à Ismaël et Elias ma plus grande fierté.

Merci à ma chère et tendre Lucie rien n'aurait été possible sans toi.

Merci à mes parents, Daniel et Sylvie. Maman tu m'as toujours soutenue et je suis très fière d'être ta fille et Papa toi qui m'a transmis la vocation de devenir médecin. Je vous dois beaucoup et plus encore ...

Merci à Papou pour ton amour et ta bienveillance, je pense à toi.

Merci à Mamou pour ton courage, j'espère devenir la moitié de la femme que tu es.
Je t'embrasse très fort.

Merci Mamou Bièle, je ne t'oublie pas, j'aurais aimé passer plus de temps avec toi.

Merci à mes tantes Pascale et Claude, à mon oncle Jean-Pierre.

Merci à Camille, Maxime et Léo.

Merci à Nadheira pour ton aide non négligeable.

Merci à mes neveux et nièces : Safir, Zayden, Djennah, Aliyah, Jessim.

Merci à Mérouane, Fayçal et Christelle.

Table des matières

GLOSSAIRE.....	11
1 INTRODUCTION.....	12
2 MATERIEL ET METHODE.....	13
2.1 Type d'étude.....	13
2.2 Objectif de l'étude.....	14
2.3 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	15
2.4 Méthode/Déroulement de l'étude.....	15
2.5 Considérations éthiques et réglementaires.....	18
2.6 Analyse statistique.....	19
3 RESULTATS.....	20
3.1 Diagramme de flux.....	20
3.2 Caractéristiques de la population.....	20
3.3 Descriptif selon les années (2019 Vs 2020).....	22
3.4 Les critères entrant dans la définition du respect.....	24
3.5 Les facteurs associés au non-respect.....	25
4 DISCUSSION.....	28
4.1 Contexte de l'étude.....	28
4.2 Descriptif selon les années.....	29
4.3 Les critères entrant dans la définition du respect.....	30
4.4 Les facteurs associés au non-respect.....	31
4.5 Points forts et points faibles de l'étude.....	33
4.5.1 Points faibles.....	33
4.5.2 Points forts.....	35
4.6 Perspectives.....	35
4.6.1 Les axes d'amélioration du respect des conditions de réalisation des LAT.....	36
4.6.2 Les axes d'amélioration de l'étude.....	36
5 CONCLUSION.....	38
6 BIBLIOGRAPHIE.....	39
ANNEXES.....	40
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	44

GLOSSAIRE

CPP : Comité de protection des personnes

CNIL : La Commission nationale de l'informatique et des libertés

DA : Directive anticipée

EMSP : Equipe mobile de soins palliatifs

GIR : Groupe iso ressources

HCL : Hospices civils de Lyon

HTA : Hypertension artérielle

LATA : limitations d'actes et de thérapeutiques actives

MIR : Médecine intensive et réanimation

PDC : Personne de confiance

PH : Praticien hospitalier

PU : Professeur des universités

SARS : Syndrome respiratoire aigue sévère

SMCAU : Service médico-chirurgical d'aval des urgences

ORL : Oto-Rhino-Laryngologiste

VNI : Ventilation non invasive

1. INTRODUCTION

Ces dernières années les lois encadrant les patients et la fin de vie n'ont cessé d'évoluer en France. Le but étant d'assurer au patient une prise en charge tournée vers le respect de sa volonté et de sa dignité en fin de vie. Ces modalités s'inscrivent en parallèle des principes éthiques que sont le respect des principes d'autonomie, de proportionnalité, de justice, de bienfaisance et d'humanité et préviennent le risque d'un retour à des attitudes médicales trop paternalistes.(1)

En France, les droits sur la fin de vie et notamment les décisions de limitations et d'arrêts des thérapeutiques (LAT) sont encadrées par deux lois fondamentales : la loi Leonetti du 22 Avril 2005 et la loi Claeys-Leonetti établie le 2 Février 2016 (2,3) En substance, ces lois imposent une réflexion collégiale sur la prise de décision de LAT, le recours à un intervenant extérieur qui doit être un médecin, ainsi que la consultation de la volonté du patient ou à défaut de ses directives anticipées (DA), de sa personne de confiance (PDC), ou en dernier recours de ses proches. En outre, il est impératif que l'ensemble des modalités de réalisation des LAT soient tracées dans le dossier médical du patient.(4,5) C'est uniquement en respectant l'ensemble de ces conditions qu'une LAT peut être considérée comme valable juridiquement.

Notre travail intervient dans un contexte particulier inédit, la pandémie Covid-19. La France ayant été touchée par cette pandémie, nos services de médecine et de réanimation se sont vus saturés par l'afflux de patients. Face à cette urgence sanitaire il est légitime de se demander si les conditions de réalisation de LAT ont bien été respectées. En effet, la crise du Covid-19 a conduit nos hôpitaux à effectuer un « triage » des patients dans l'urgence du moment, ce qui pourrait avoir conduit à des LAT sans le respect des modalités élémentaires énoncées par la loi.(6) Les choix des médecins peuvent de surcroît être fortement influencés par leurs convictions personnelles. Ainsi des décisions médicales arbitraires prises isolément pourraient

exposer les patients à « des pertes de chance » injustifiées. L'augmentation de la demande de soins en période de pandémie ne doit pas nous faire privilégier la quantité au détriment de la qualité des prises en charge. (7,8)

Afin de garantir nos principes éthiques qui sont un des fondements de la médecine française, les lois Leonetti et Claeys-Leonetti doivent être respectées. Aucun travail dans la littérature basé sur des faits réels n'explore l'impact d'une pandémie sur le respect du cadre législatif, notamment concernant les modalités d'application des LAT.

Notre étude a pour but d'évaluer l'impact de la pandémie Covid-19 sur le respect des conditions de réalisation des LAT chez les patients atteints ou non du Covid-19.

2. MATERIELS ET METHODE

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle comparative multicentrique sur les Hospices Civils de Lyon HCL et le Centre Hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand réalisée sur deux périodes du 1er Mars 2019 au 30 Juin 2019 (Hors pandémie donc période contrôle) et du 1er Mars 2020 au 30 Juin 2020.

Cette étude a reçu un avis favorable du comité éthique local CPP Sud –Est VI : 2020/CE 24 et a été enregistrée sur Clinical Trials NCT04452487.

Il s'agit d'une étude multicentrique, observationnelle, rétrospective (2019 vs 2020) et comparative.

Cette étude a été réalisé sur les périodes allant de mars à juin 2019 et 2020.

Elle a été réalisée dans des services de réanimation, de médecine intensive et réanimation (MIR) et de médecines conventionnelles de la région Rhône-Alpes-Auvergnes.

Les services concernés sont :

- A Clermont Ferrand : services d'infectiologie (du Pr LESENS), de médecine polyvalente ou SMCAU (du Dr MATHEVON), de médecine intensive et de réanimation (du Pr SOUWEINE), d'anesthésie et de réanimation (du Pr BAZIN), et de réanimation (du Pr LAUTRETTE)
- A Lyon : Court Séjour Gériatrique du Groupement Hospitalier Sud des Hospices Civils de Lyon (Pr BONNEFOY), Réanimations Nord et Sud du Groupement Hospitalier Sud des Hospices Civils de Lyon (Pr BOHE), de Pneumologie du Groupement Hospitalier Sud des Hospices Civils de Lyon (Pr COURAUD)

2.2 Objectifs de l'étude

- Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est d'étudier les conséquences de l'infection Covid-19 sur le respect des modalités de décisions de LAT.

La conformité des modalités des décisions de LAT a été évaluée par un critère composite défini par la présence simultanée des 3 principales conditions imposées par la loi Claeys-Leonetti pour réaliser une LAT qui sont :

- 1) un avis de consultant extérieur
- 2) la discussion collégiale des soignants ou le respect des directives anticipées du patient
- 3) la notification de la décision dans le dossier médical.

Par conséquent, l'absence de trace écrite dans le dossier médical d'avis de consultant extérieur, de réunion de discussion collégiale et de notification de décision, ou de respect des directives anticipées du patient seront considérés comme n'ayant pas eu lieu lors de la procédure de LAT.

Etant donné que ces modalités sont clairement spécifiées dans la loi comme imposées et obligatoirement tracées dans le dossier médical, la possibilité de leur réalisation sans être tracées est très peu probable.

- Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont :

- Déterminer les facteurs associés au non-respect des modalités de décisions de limitations et d'arrêts des thérapeutiques
- Comparer les modalités de décisions de limitations et d'arrêts des thérapeutiques, entre les patients infectés au CoVid-19 et ceux non-infectés

2.3 Critères d'inclusions et d'exclusions

Critères d'inclusions :

- Patient majeur hospitalisé et décédé dans les services sus mentionnés, durant les périodes allant de mars à juin 2019 et mars à juin 2020
- Ayant une prise en charge avec une mesure de LAT définie par une restriction anticipée ou factuelle d'une ressource thérapeutique (suppléance d'organe, traitement spécifique) alors que son état de santé le requiert ou pourrait le nécessiter.

Critères de non inclusion

Aucun critère de non inclusion.

2.4 Méthode/déroulement de l'étude

- Organisation de l'étude

Les données ont été collectées manuellement par deux internes à Clermont Ferrand, deux internes de Lyon et à partir des dossiers médicaux informatisés des patients disponibles dans chaque établissement.

Le nombre de modalités de LAT 2019 et 2020 ont été comparés afin d'évaluer les variations par rapport à une situation « normale » et une situation en temps de pandémie.

Ainsi, les mêmes données concernant les patients qui ont eu une LAT ont été recueillies sur la même période (mars à juin) rétrospectivement en 2019 et 2020.

Durant ces périodes, les internes ont analysé le dossier de tous les patients hospitalisés dans les services de l'étude, de manière à avoir un recueil le plus exhaustif possible.

Ont donc été intégrés les patients décédés et ayant eu une LAT durant ces périodes et hospitalisés dans les services de l'étude.

Pour limiter le biais de perdus de vue ou plutôt le risque de ne pas inclure de patients au motif que la notion de LAT ne figure pas il a été décidé que :

- Si le décès du patient a eu lieu après un massage cardiaque cela correspondait à une prise en charge maximale avec un échec thérapeutique ou dans la cadre d'une mort cérébrale, dans ces cas il n'y a donc pas de LAT.
- Si le décès du patient avait eu lieu sans qu'aucun massage cardiaque n'ait été fait, dans ce cas il y a de facto une LAT, qu'elle soit réalisée ou non selon les modalités législatives.

Ainsi, tous les patients qui sont décédés ont été classés selon la procédure décrite ci-dessus pour ne pas échapper à l'inclusion.

- Données recueillies

Le recueil des données a été réalisé sur un fichier informatique commun aux trois centres, le logiciel REDCAP.

Les données recueillies comportent :

- L'année de l'étude 2019 ou 2020
- Mois et année de naissance du patient
- Sexe du patient
- Date d'hospitalisation du patient
- Date d'admission dans les services inclus dans l'étude
- Motif d'hospitalisation classé en : infection (incluant sepsis et choc septique), symptômes respiratoires aigus, symptômes hépato-digestifs, symptômes cardiaques, symptômes uro- néphrologiques, symptômes rhumatologiques, symptômes cutanés, symptômes ORL, symptômes ophtalmologiques, douleurs, troubles métaboliques, symptômes neurologiques, troubles psychiatriques (incluant tentative de suicide), troubles hématologiques, traumatologie, ou autres
- Défaillance d'organe : respiratoire, neurologique, cardiaque, hématologique, hépatique, rénale
- Infection Covid : oui/non
- Comorbidités associées (définit comme la présence d'un traitement spécifique) : diabète, HTA, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale chronique, insuffisance respiratoire, cirrhose, immunodépression, cancer solide, maladie hématologique maligne, maladie de système, autre
- *La dépendance : aucune, partielle ou total*
- Patient hospitalisé en réanimation ou MIR : oui/non

- Si réa : durant le séjour en réa : présence durant le séjour d'amine : oui/non, de ventilation mécanique non invasive (comprenant oxygène haut débit) : oui/non ; de ventilation mécanique invasive : oui/non, d'épuration extra-rénale : oui/non.
- Si hospitalisation conventionnelle : oxygénothérapie : oui/non
- Situation médicale : palliative, palliative terminale
- Date du décès
- Entourage : qualité
- Visite permise : oui/non si oui nombres de visites tracées dans le dossier
- Personne de confiance : oui /non et qualité
- Rédaction de directives anticipées : oui /non, si oui : date
- Avis écrit de tous les consultants extérieurs : date et spécialité du consultant, favorable ou non à des LAT.
- Réalisation de la procédure collégiale : oui/non
- Existence de LAT : oui/non sur l'ensemble des séjours hospitaliers
- Pour chaque médecin référent de LAT : sexe, spécialité, grade (PH, PU, assistant, non renseigné)
- Passage de l'équipe mobile de soins palliatifs : oui/non, si oui raison du passage : aide à la gestion des symptômes ou réunion collégiale

2.5 Considérations éthiques et réglementaires

Conformément à la législation relative à la protection des données nominatives ou indirectement nominatives, toute donnée recueillie au cours de l'essai clinique a été traitée confidentiellement afin de garantir les droits du patient (article R. 5121-13 du code de la santé publique).

Les personnes ayant eu un accès aux données des patients sont soumises au secret professionnel (selon les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du code pénal).

Ces dernières ont pris toutes les précautions nécessaires en vue d'assurer la confidentialité des informations des patients participant à la recherche et notamment en ce qui concerne leur identité ainsi qu'aux résultats obtenus.

Pendant la recherche et à son issue, les données recueillies ont été rendues anonymes.

Un numéro d'inclusion a été attribué à chaque patient par ordre chronologique de rentrée dans le logiciel REDCAP. Cette liste de correspondance numéro d'inclusion/nom et prénom patient est conservée sur un fichier Excel.

L'enregistrement des données a fait l'objet :

- d'une déclaration normale à la CNIL par l'intermédiaire du correspondant informatique et libertés de l'établissement
- D'un avis favorable du CPP (Comité de Protection des Personnes) Sud-Est VI : 2020/CE 24 et avait été enregistrée sur Clinical Trials NCT04452487.

2.6 Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (version 15 ; StataCorp, College Station, Texas, USA), en considérant un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5%. Les variables catégorielles ont été présentées sous forme d'effectifs et pourcentages associés, et les variables continues sous forme de moyenne \pm écart-type ou de médiane [25^e ; 75^e percentiles], au regard de leur distribution statistique.

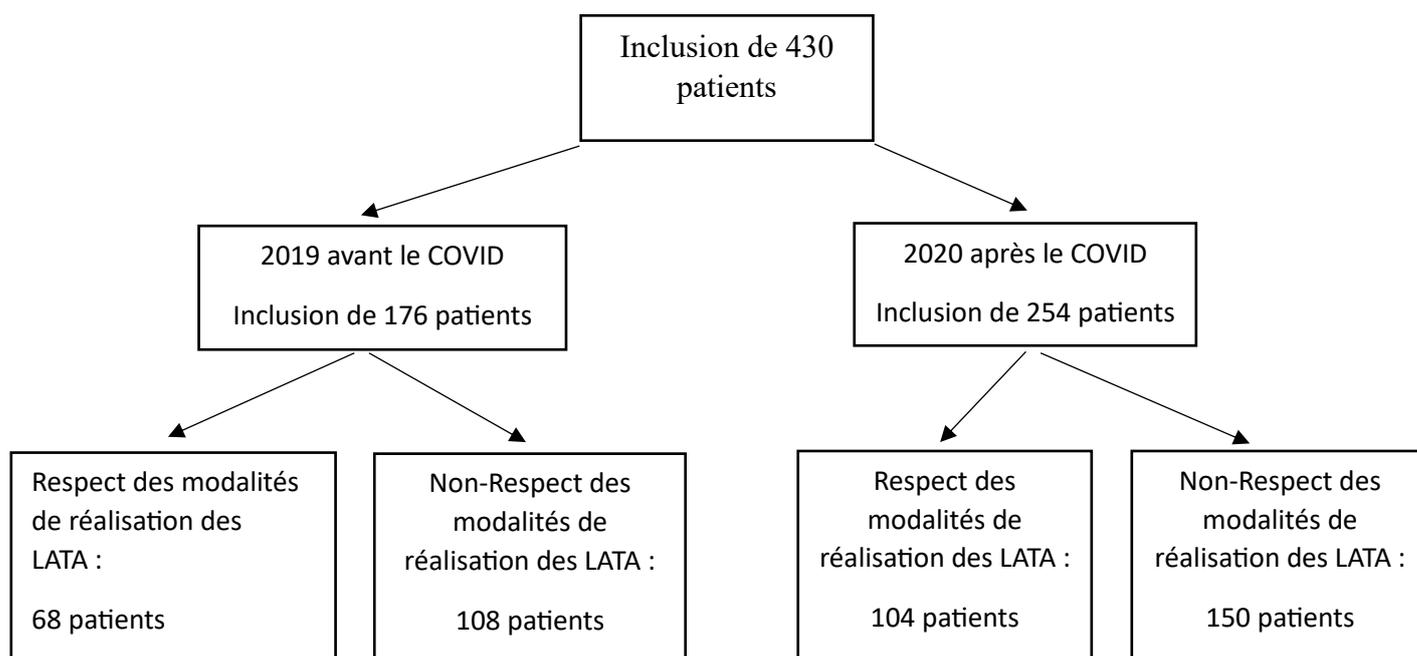
Les patients ont été décrits et comparés selon l'année (2019 vs 2020) par le test du Chi2 ou le test exact de Fisher pour les variables catégorielles et par le test de Student ou le test de Mann-Whitney pour les variables continues.

Les mêmes analyses ont été réalisées pour les comparaisons des patients selon le respect des modalités de réalisation des LAT (non-respect vs respect total ou partiel).

3. RESULTATS

3.1 Diagramme de flux

Sélection de patients dans les services de réanimation et de médecine polyvalente décédés et avec la présence de LATA sur les années 2019 et 2020 sur les périodes de Mars à Juin.



3.2 Caractéristiques de la population

Cent soixante-seize dossiers ont été analysés en 2019 dont 60,2% à Clermont-Ferrand (n = 106) et 39,8% à Lyon (n = 70). Ils concernaient 58,5 % d'hommes. L'âge moyen était de 72,6 ans.

Deux cent cinquante-quatre dossiers ont été analysés en 2020 dont 64,6% à Clermont-Ferrand (n = 164) et 35,4% à Lyon (n = 90). Ils concernaient 56,7% d'hommes. L'âge moyen était de 74 ans.

Parmi les patients inclus :

- *En 2019* :

- 9,7% étaient en dépendance totale, 40,9% avait une dépendance partielle et 49,4% aucune dépendance.

Nous avons défini 3 niveaux de dépendance en utilisant les données renseignées dans les dossiers médicaux, devant l'absence de recours systématique au score GIR il a été décidé de reprendre tous les éléments ayant attrait à l'autonomie des patients pour les classer en 3 niveaux de dépendance définies comme suit, aucune dépendance si le patient ne présente aucune limitation ni aucune aide pour réaliser les activités courantes, dépendance totale si le patient a recours à une aide matérielle et/ou humaine pour la réalisation de tous les actes de la vie courante et dépendance partielle lorsqu'il ne rentrait dans aucune des deux catégories.

- Aucun des patients en 2019 n'a été diagnostiqué positif au COVID-19 puisque la pandémie n'arrivera sur notre territoire que début 2020.
- Concernant les motifs d'admissions : on note que par ordre décroissant, on retrouve à 40,9% un motif infectieux, à 38,6% des symptômes respiratoires aigües, à 19,9% des symptômes hépato-digestifs, à 15,3% des symptômes cardiaques, 10,8% des symptômes neurologiques, 4,0 % des symptômes traumatologiques, 3,4% des symptômes uro-néphrologiques, 1,7% des symptômes métaboliques et enfin 15,9% des symptômes en dehors des catégories citées.
- Concernant les comorbidités : 97,2% des patients présentés une ou plusieurs comorbidités que nous avons classé par ordre décroissant : 50,6 % avaient une immunodépression, 40,9 % une Hypertension artérielle, 17% un diabète, 13,6 % une insuffisance rénale à égalité avec une insuffisance respiratoire, 10,8% une insuffisance cardiaque, 8,0% une cirrhose et 18,2 % d'autres comorbidités non citées précédemment.
- 98,9% des patients ont reçu la visite de proche durant leur hospitalisation.

- En 2020 :

- 11,4% avaient une dépendance totale, 38,2% une dépendance partielle et 50,4% aucune dépendance.
- 29,9% ont été diagnostiqué positif au COVID 19.
- Concernant les motifs d'admissions : on note que par ordre décroissant, on retrouve à 52,4% un motif infectieux, à 52% des symptômes respiratoires aigües, à 20,5% des symptômes hépato digestifs, 14,6% des symptômes neurologiques, à 13,8% des symptômes cardiaques, 6,7% des symptômes uro-néphrologiques, 5,9% des symptômes métaboliques, 4,7% des symptômes traumatologiques et enfin 16,9% des symptômes en dehors des catégories citées.
- Concernant les comorbidités : 91,3% des patients présentés une ou plusieurs comorbidités. Que nous avons classés par ordre décroissant : 47,6 % avaient une Hypertension artérielle, 44,1% une immunodépression, 20,9% un diabète, 19,3% une insuffisance cardiaque, 11,4% une insuffisance rénale chronique, 7,9% une insuffisance respiratoire, 7,1% une cirrhose et 19,3 % d'autres comorbidités non citées précédemment.
- 74% des patients ont reçu la visite de proche durant leur hospitalisation.

(Cf tableau 1)

3.3 Descriptif selon les années (2019 VS 2020)

Concernant les patients inclus en 2019, 65,3% étaient hospitalisés en Réanimation ou en MIR. Durant le séjour les actes les plus pratiqués par ordre décroissant étaient à 86,1% l'utilisation d'amines, à 84,1% l'oxygénothérapie, à 59,1% la ventilation mécanique invasive, à 25,6% la ventilation mécanique non invasive et à 23,5% l'épuration extra rénale.

La durée moyenne de séjour était de 8 jours en 2019.

Par ailleurs, en 2019, on note le recours à l'équipe mobile de soins palliatifs pour 9,1% des patients inclus et la grande majorité des interventions concernaient une aide sur la gestion des symptômes (87,5% des cas) contre seulement 18,8% des cas où ils ont participé à une décision collégiale de LATA.

Concernant les patients inclus en 2020, 48,0% étaient hospitalisés en Réanimation ou en MIR durant le séjour. Ce qui représente une baisse des hospitalisations en réanimation et médecine intensive significative relativement à l'année 2019 ($p < 0,001$).

Les actes les plus pratiqués par ordre décroissant étaient à 85,8% l'oxygénothérapie, à 84,4% l'utilisation d'amines, à 82,0% la ventilation mécanique invasive, à 27,9% l'épuration extra rénale et à 20,5% la ventilation mécanique non invasive.

On remarque une augmentation significative de l'utilisation de la ventilation mécanique invasive avec un $p < 0,001$.

La durée moyenne de séjour était de 5 jours en 2020 : différence qui est significative avec un $p < 0,001$.

La durée moyenne des séjours était donc significativement plus courte pendant la pandémie de COVID 19 relativement à 2019.

On remarque également en 2020 une diminution significative du nombre de visites comparativement à 2019 avec un $p < 0,001$.

Par ailleurs, en 2020, on note le recours à l'équipe mobile de soins palliatifs pour 5,1% des patients inclus et la grande majorité des interventions concernaient une aide sur la gestion des symptômes (92,3% des cas) contre seulement 15,4% des cas où ils ont participé à une décision collégiale de LATA. (Cf tableau 1)

3.4 Les critères entrant dans la définition du respect

Nous avons défini comme critères de respect des LATA l'utilisation des directives anticipées lorsqu'elles sont présentes afin de garantir la volonté du patient autant que nécessaire dans le respect de la loi CLAEYS-LEONETTI.

Toutefois, en l'absence de directives anticipées, puisque leur rédaction n'est pas encore bien démocratisée dans la population générale, il faut pour respecter les modalités de réalisation des LATA faire appel à un consultant extérieur au service qui doit être médecin, et réaliser une réunion collégiale (définie par la présence d'au moins deux professionnels de santé différents dont un médecin).

Par ailleurs, le dossier médical du patient doit être irréprochable quant à sa traçabilité, que ce soit avec un compte rendu de la réunion collégiale avec la liste des participants et une conclusion, l'avis, le nom et la qualité du consultant extérieur. La traçabilité des informations liées aux LATA est une des conditions de validité de leur réalisation.

Ainsi, si les directives anticipées sont absentes et qu'il manque les conditions de validité des LATA citées précédemment on considère que les modalités de leur réalisation ne sont pas respectées.

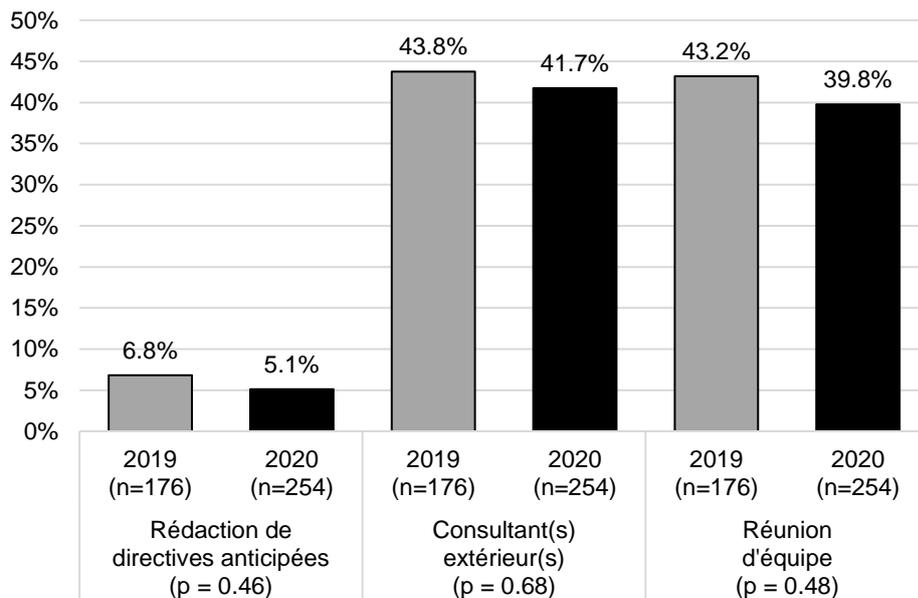
De plus, si la traçabilité des informations n'est pas irréprochable tel qu'un manque de notes dans les dossiers ou si le consultant extérieur n'est pas identifié ou que sa qualité fait défaut ou que son avis n'est pas notifié alors les règles de réalisation des LATA sont considérées comme non respectées.

En 2019, la rédaction de directives anticipées ne concernait que 6,8% des patients contre 5,1% pour l'année 2020.

Le recours à un consultant extérieur clairement identifié avec une trace de son avis dans le dossier ne concernait que 43,8% des patients en 2019 contre 41,7% en 2020.

La réalisation d'une réunion collégiale avec au moins 2 professionnelles différents dont un médecin avec une traçabilité de celle-ci dans le dossier représentait 43,2% en 2019 et 39,8% en 2020. (Cf tableau 2 et diagramme ci-dessous)

Les données sont présentées sous forme de nombre de patients (pourcentages).



3.5 Les facteurs associés au non-respect

Le Non-respect des conditions de validités des LATA a été observé dans 60,0% (258/430) des cas (IC95% : 55,2 à 64,7%).

Chez 430 patients décédés inclus (176 en 2019 et 254 en 2020), le taux de non-respect était de 61,4 % en 2019 et de 59,1 % en 2020 (p=0,63).

Parmi l'ensemble des patients chez qui on retrouve un non-respect des conditions de validité des LATA 41,9% était en 2019 (n=108) contre 58,1% en 2020 (n=150), de plus nous avons distingué les données selon le lieu de recueil et nous constatons que 57% sont à Clermont contre 43% à Lyon. (p=0,002).

La moyennes d'âge chez les personnes ayant les modalités de réalisation de LATA respectées était de 72,9 ans contre 73,8 ans chez les personnes pour qui elles n'ont pas été respectées. Il n'y a pas de différence significative retrouvée.

Quant au genre des patients, on trouve que les hommes représentent 55% des personnes pour qui les LATA sont respectés et 58% des patients pour qui elles ne sont pas respectées.

Le non-respect des conditions des LATA n'est pas associé de manière significative à un motif d'admission, on retrouve par ordre d'importance les motifs infectieux à 47,3%, à 46,9% les syndromes respiratoires aigües, à 22,1% les motifs hépato digestifs, à 12,8% les symptômes neurologiques, à 12,0% les symptômes cardiaques, à 5,0% les motifs uro- néphrologiques, à 4,7% les motifs métaboliques et 18,6% pour les motifs autres que cités précédemment.

Le non-respect des LATA est associé dans 90,7% des cas à une défaillance d'organe et à 15,9% à une infection au COVID.

On retrouve une comorbidité chez les patients chez qui les **LATA ne sont pas respectées** dans 93,8% des cas. Parmi les comorbidités nous retrouvons par ordre de fréquence : **l'immunodépression à 51,6%**, l'HTA à 43%, le diabète à 19%, l'insuffisance cardiaque à 14,3%, l'insuffisance respiratoire à 11,6%, l'insuffisance rénale à 11,2%, la cirrhose à 7,4% et les autres non citées précédemment à 16,7%. **Nous avons retrouvé que parmi ces comorbidités, une d'entre elle, l'immunodépression, était associée de manière significative au non-respect de réalisation de conditions des LATA avec un p à 0,01.**

Le non-respect des LATA est réparti selon le niveau de dépendance des patients de la façon suivante : 11,6% dépendance totale, 36,8% dépendance partielle et 51,6% aucune dépendance.

Nous avons jugé pertinent de rechercher s'il y avait des différences sur le non-respect entre les services de réanimation qui sont beaucoup plus sujets à réaliser des LATA que les services de médecines polyvalentes.

Parmi les patients chez qui les LATA n'ont pas été respectées 48,8% étaient en réanimation en revanche **parmi les patients chez qui les LATA ont été respectées 64,5% étaient en réanimation. (p=0,001)**

Le lieu d'hospitalisation est donc bien significatif.

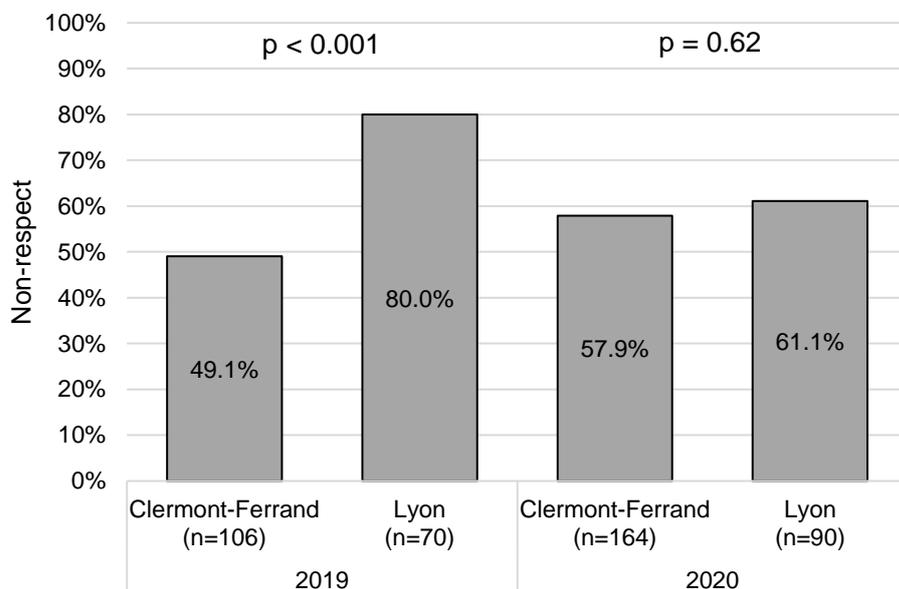
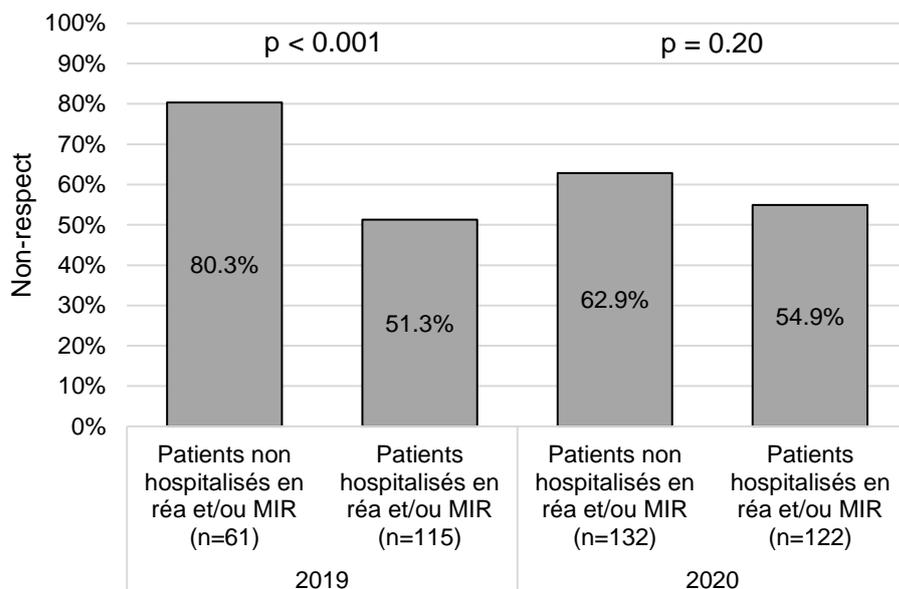
La durée moyenne d'hospitalisation en cas de non-respect était de 6 jours contre 7 jours chez les patients pour qui les LATA étaient respectés (p= 0,55).

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative sur le respect des LATA en fonction du passage de l'EMSP avec 6,4% chez les patients pour qui elles ont été respectées et 7,0% chez qui elles n'ont pas été respectées. (Cf tableau 3)

Concernant les visites, on retrouve un passage de proche chez 80,6% des patients chez qui les LATA n'ont pas été respecté contre 89,5% chez qui les LATA ont été respecté, avec un p significatif à 0,01. **On peut donc dire que les visites des proches ont été un facteur favorisant le respect de réalisation des LATA.**

Enfin, on voit que le non-respect se traduit de manière significative en 2019 selon le service d'hospitalisation et la ville où le patient a été hospitalisé. Ainsi le non-respect est retrouvé à 80,3% chez les patients en dehors des services de réanimation contre 51,3% dans les services de réanimation (p<0,001) et à 49,1% à Clermont-Ferrand contre 80,0% à Lyon.

La situation est toute autre en 2020 bien que non significative on retrouve une tendance qui se traduit par un non-respect dans les services en dehors de la réanimation chez 62,9% des patients et 54,9% (p=0,20) dans les services de réanimation. **De plus, on voit que la tendance s'inverse également selon la ville avec un non-respect à 57,9% à Clermont-Ferrand contre 61,1% à Lyon (p=0,62). (Diagramme ci-dessous)**



4. DISCUSSION

4.1 Contexte de l'étude

Notre étude s'est attachée à essayer de mettre en évidence les différences sur le respect des modalités de réalisation des LATA dans un contexte particulier qui est une pandémie mondiale qui a frappé la France en 2020, liée au virus SARS COV2. Afin de traduire cette différence

nous avons fait un comparatif avec l'année précédant la pandémie. L'étude s'est évertuée à observer les pratiques selon la loi CLAYES LEONETTI qui définit la conformité de la réalisation de ces LATA.

Du fait de la situation sanitaire, nous savions que les services de réanimation avaient été débordés et avaient donc dû refuser des patients. En conséquence, des services de médecine polyvalente se sont retrouvés à gérer des situations médicales complexes avec des actes réanimatoires. La réanimation et les thérapeutiques actives exposent inévitablement les professionnels de santé à se questionner sur la notion d'acharnement thérapeutique, sur le respect de la volonté du patient et donc des LATA.(8,9)

Ainsi, nous nous sommes demandés si la sur sollicitation des services de réanimation, et le manque d'expérience des services de médecine polyvalente dans la réalisation des LATA avaient pu avoir un impact sur le respect des modalités de réalisation de ces dernières.

4.2 Descriptif selon les années

L'étude a inclus 430 patients sur les villes de Clermont-Ferrand et de Lyon, en revanche il n'a pas été montré de différences significatives entre les âges moyens des patients entre les deux années et le sexe des patients. On retrouve des disparités sur les motifs d'admission d'une année à l'autre que l'on peut raisonnablement attribuer à la pandémie liée au Covid qui est une infection respiratoire avec une augmentation significative des infections et des syndromes respiratoires aigus.

On notera bien évidemment que les patients infectés par la COVID ont considérablement augmenté puisqu'il représentait 29,9% des patients inclus en 2020 (contre 0 en 2019 avant la pandémie).

Nous avons également constaté que les patients hospitalisés dans notre étude étaient moins porteurs de comorbidités ce qui peut traduire le fait que la covid est une infection respiratoire

parfois sévère chez des personnes sans antécédent particulier même si les personnes les plus fragiles restaient les patients présentant des pathologies associées. Nous retrouvons en 2020 que 91,3% des patient avaient des comorbidités contre 97,2% en 2019 ($p=0,01$).

Quant aux hospitalisations en réanimation, nous avons retrouvé un écart significatif avec 65,3% des patients en 2019 contre seulement 48% en 2020. Ce phénomène s'explique largement par la sur sollicitation des services de réanimation qui a conduit à récuser des patients pour que ceux-ci soient pris en charge dans des services de médecine polyvalente.

De plus, nous avons noté une majoration de l'utilisation de VNI à 82% en 2020 contre 59,1% en 2019 ($p<0,001$) que nous avons rattaché à l'infection respiratoire liée à la COVID.

La durée des hospitalisations a été raccourcies également avec en moyenne 8 jours en 2019 et 5 jours en 2020 ($p<0,001$) ce qui montre que les LATA ont dû être prises sur des durées plus courtes et potentiellement plus dans la précipitation.

Enfin, il est important de constater que le recours au EMSP en 2019 et 2020 n'a été présente respectivement que dans 9,1% et 5,1% des cas et le motif de leurs interventions était essentiellement une aide sur la gestion des symptômes (87,5% en 2019 et 92,3% en 2020) et de manière marginale la participation à des réunions collégiales (18,8% en 2019 et 15,4% en 2020).

4.3 Critères entrant dans la définition du respect

Sur les critères de non-respect on ne retrouve pas de différences significatives entre les années 2019 et 2020, en revanche on notera la faible proportion des directives anticipées dans l'échantillon étudié ce qui démontre bien le manque d'information auprès des patients et des médecins sur l'intérêt d'avoir recours à ces dernières.

De plus, on retrouve que le recours à un consultant extérieur et la réalisation d'une réunion collégiale qui sont obligatoires pour respecter les modalités de réalisation des LATA sont minoritaires sur l'ensemble des dossiers étudiés.

La question de la formation des équipes médicales sur le sujet des LATA doit être remise en question. Notre étude montre que deux des piliers de la loi ne sont pas respectés.

Mais encore, un certain nombre de dossiers peuvent avoir l'air recevables néanmoins la traçabilité des différentes discussions et des différents avis faisant défaut nous n'avons pu considérer que les modalités de réalisation des LATA étaient bien respectées puisque le texte de Loi est sans équivoque sur le sujet.

Une fois de plus un manque de formation semble ressortir de notre étude.

4.4 Facteurs associés au non-respect

Notre étude révèle que ni l'âge, ni le genre, ni le motif d'admission, ni une infection au COVID, ni la dépendance ne peuvent être considérés comme des facteurs influençant le respect ou le non-respect des modalités de réalisation des LATA.

En revanche, nous retrouvons une différence significative en fonction d'une comorbidité : l'immunodépression. En effet cette comorbidité était un facteur de risque de non-respect des modalités de réalisation des LATA. Cette différence peut s'expliquer, par le fait que l'immunodépression est associée à des pathologies graves avec un pronostic défavorable, obligeant les médecins à se positionner dès les débuts de la prise en charge sur la réalisation de LATA, sans avoir recours à un consultant extérieur ou une décision collégiale. En effet lors de l'hospitalisation de patients atteints de pathologies graves, le risque de dégradation rapide de l'état de santé peut obliger le médecin à rédiger des protocoles de soins limitatifs afin d'éviter un acharnement thérapeutique par l'équipe de soin (infirmiers, internes, médecins de gardes...).

L'étude fait apparaître que les patients ayant reçu la visite de proches avaient un plus grand respect des LATA. Nous pouvons supposer que le devoir d'information ainsi que les échanges avec les proches favorisent l'accomplissement de prise en charge plus rigoureuse. D'une part le médecin pourra justifier la décision de LATA par un avis collégial et le recours à un avis extérieur, et d'autre part il sécurisera sa pratique par le bon respect de la loi dans un contexte de judiciarisation de la profession.(10) Nous retrouvons également une différence significative en fonction du lieu d'hospitalisation du patient puisque l'on voit que le non-respect des modalités de réalisation des LATA est plus important à Lyon en 2019 (80% des cas) par rapport à Clermont-Ferrand (49,1%).

En 2020, on note une tendance différente avec une franche amélioration à Lyon des modalités de réalisation des LATA puisque l'on retrouve 61,1% des patients pour qui elles n'ont pas été respectées, soit une baisse de 19 points par rapport à l'année précédente. Cette différence est très intéressante puisque l'on peut l'expliquer par la mise en place de protocole de niveaux de soin standardisé et traçable des patients en fonction de leur état de santé, diffusé dans tous les services avec la mise en place de process pour faciliter la prise de décisions lors des complications pendant le séjour du patient. Ces mesures ont sans doute permis d'améliorer l'efficacité des différents services. Nous avons un exemple concret de mesures d'informations qui ont eu un impact bénéfique sur les modalités de réalisation de LATA.

A contrario, on note une tendance inverse à Clermont-Ferrand où on constate qu'en 2020 le non-respect était de 57,9% soit une hausse de 18,8 points par rapport à 2019, cette tendance s'explique entre autres par le transfert de patients récusés de la réanimation vers des services de médecine polyvalente qui ont moins d'expérience sur la réalisation de LATA.

L'étude démontre également de manière significative une différence sur le non-respect des LATA selon le service d'hospitalisation car comme nous en avons discuté précédemment ces derniers sont beaucoup plus formés et expérimentés en la matière du fait des responsabilités

inhérentes à leur spécialité. Ainsi, on note que le non-respect des LATA est présent en plus faible proportion dans les services de réanimation.

En 2019, le non-respect des modalités de réalisation des LATA était de 51,3% dans les services de réanimation contre 80,3% dans les services de médecine polyvalente.

De plus, la pandémie ayant submergée les services de réanimation on note une tendance à la hausse du non-respect des LATA tandis que les services de médecine polyvalente, qui ont été plus exposés, ont plutôt eu tendance à s'améliorer dans leur réalisation.

On retrouve donc en 2020 dans les services de médecines polyvalentes un non-respect des conditions de réalisation des LATA à 62,9% soit une baisse de 17,4 points alors que la réanimation stagnée à 54,9% soit une discrète hausse de 3,6 points.

4.5 Points forts et points faibles de l'étude

4.5.1 Points faibles

- Notre étude a examiné les LATA sur deux périodes similaires, à savoir de Mars à Juin sur les années 2019 et 2020, or la pandémie de COVID 19 n'a touché la France qu'en début d'année 2020 et le pic d'hospitalisations a eu lieu au début du mois d'avril 2020 mais aussi au mois d'octobre (11), par conséquent, il aurait été intéressant d'étudier une période plus longue afin de pouvoir mettre en évidence de manière plus flagrante les différences entre les 2 années.
- Nous avons inclus dans notre étude uniquement des patients décédés durant cette période, or les LATA ne se conclut pas forcément par un décès, par conséquent, nous retrouvons ici un biais de sélection avec des patients inclus avec une moyenne d'âge plus élevée, des comorbidités plus importantes, des

motifs d'admission différents que si nous avions sélectionné tous les patients ayant transités dans les services que nous avons étudiés.

- De plus, nous retrouvons également un biais de sélection sur la qualité des services car en effet dans notre étude les services de réanimation sont sur représentés relativement au volume de patients géré dans un hôpital, ce qui dans notre étude a sûrement sous-estimé le non-respect des conditions de réalisation des LATA. Mais encore, les services de médecines polyvalentes de Clermont-Ferrand sont l'infectiologie et le SMCAU et à Lyon la gériatrie et la pneumologie, ces derniers sont des services régulièrement exposés aux LATA, on pourrait donc postuler que c'est également un facteur de sous-estimation du non-respect des conditions de réalisation des LATA dans les hôpitaux.
- Les services de Lyon et de Clermont-Ferrand étant différents cela peut également être une source de biais dans notre étude. Pour une meilleure comparaison des deux villes nous aurions pu prendre plus de services de médecine polyvalente et des services de qualité comparable dans les deux villes.
- La ville de Lyon ayant mis en place un protocole de gestion durant l'étude cela rend la comparaison entre les deux villes moins pertinentes que si nous avions eu le même mode de gestion de cette crise. Ces différences sont potentiellement source de biais de confusion dans notre étude.
- Nous pouvons également discuter d'un biais de mesure, car on retrouve la subjectivité du chercheur lors du recueil des données comme pour certains critères tel que la dépendance, car à défaut d'avoir un score standardisé comme le GIR le niveau d'autonomie s'est fait à l'appréciation de la personne qui recueille les données.

- Enfin, il existe un biais d'information car de nombreux dossiers étaient éparpillés sur différent support ce qui a rendu le recueil de données laborieux et source d'erreurs dans le sens d'une surestimation des dossiers classés en « non-respect » des LATA.

4.5.2 Points forts

- Notre étude a fait appel à quatre internes en médecine donc familial du monde hospitalier, ce qui permet d'améliorer la pertinence de leurs recueils. De plus, le travail a été fait en collaboration et par conséquent l'étude a standardisé le plus possible la méthode de recueil des données entre les deux villes.
- Chaque dossier a été traité en prenant en compte de nombreux paramètres pour extraire de cette étude le plus possible d'informations. Ceci est un travail laborieux qui rend l'étude efficiente et permet d'éviter des potentiels biais de confusion.
- De plus, le travail effectué par les internes a connu plusieurs niveaux de lecture afin que le recueil soit adapté et plus pertinent.
- Enfin, le volume de l'échantillon est relativement important étant donné la complexité du recueil des données.

4.6 Perspectives

Nous avons réalisé durant cette étude plusieurs axes d'amélioration que nous pourrions classer en deux grandes catégories :

- Les axes d'amélioration du respect des conditions de réalisation des LATA

- Les axes d'amélioration de l'étude

4.6.1 Les axes d'amélioration du respect des conditions de réalisation des LATA

Comme nous l'avons mis en évidence durant cette étude, une meilleure formation peut avoir un impact significatif sur le respect des LATA(6,12), nous suggérons donc de proposer des formations sur différents supports comme : une feuille synthétique de la loi CLAYES LEONNETI à disposition dans les services, des cours de courte durée dans les services auprès des professionnelles pour sensibiliser les soignants sur le sujet des LATA et leur respect.

La mise à disposition de vidéos courtes et consultables sur les LATA.

Il serait intéressant de mettre à disposition sur les dossiers informatiques un onglet spécifique aux LATA que les professionnels devraient remplir au fur et à mesure de l'hospitalisation pour faciliter leur traçabilité et leur consultation, cela permettrait de faciliter le travail des différents intervenants dans le service.

Nous avons pu nous rendre compte durant cette étude que les EMSP ne sont pas assez consultées sur ces questions-là et donc nous pourrions aussi faire de la prévention sur le sujet en rappelant que les équipes mobiles de soins palliatifs ont l'expertise en la matière et qu'elles restent disponibles pour ce genre de questionnement.(12,13)

4.6.2 Les axes d'amélioration de l'étude

Nous pourrions pour l'avenir réaliser cette étude sur plus de services de médecine polyvalente en essayant de faire correspondre la qualité des services entre les 2 villes. Nous essayerions d'extraire des statistiques par service pour ensuite les comparer.

Il serait également pertinent d'utiliser des scores standardisés concernant certains paramètres de mesure comme le score GIR pour la dépendance pour limiter la subjectivité des chercheurs.

L'inclusion des patients dans l'étude pourrait être plus large en tenant compte également de patients n'étant pas décédés sur la période étudiée.

La période étudiée pourrait être un peu plus longue pour augmenter la puissance de l'étude et rendre la comparaison plus probante.

Il serait intéressant d'utiliser des fiches standardisées informatiques ainsi que les mesures d'amélioration précédemment cités ci-dessus afin d'en mesurer l'impact sur le respect des modalités de réalisation des LATA.

5. CONCLUSION

Notre étude a cherché à mettre en évidence si la pandémie due à la COVID-19 avait eu une influence sur le respect des modalités de réalisation des limitations d'actes et des thérapeutiques. En effet, pendant la pandémie le système de soin français et notamment les hôpitaux ont été soumis à un stress et un surmenage important. Nous n'avons pas retrouvé que la pandémie ait eu un impact sur le respect de réalisation des limitations d'actes et des thérapeutiques. Cependant, nous avons mis en évidence que l'immunodépression était un facteur de non-respect, tandis que les visites de proches était un facteur de respect. De plus, les limitations d'actes et des thérapeutiques actives sont plus respectées dans les services de réanimation et de médecine intensive et réanimatoire que dans les services de médecine polyvalente. Nous avons constaté qu'à Lyon la mise en place d'un protocole de niveaux de soin standardisé et traçable des patients en fonction de leur état de santé semble avoir améliorée le respect des limitations d'actes et des thérapeutiques.

Les limitations d'actes et des thérapeutiques sont encadrés par la loi Claeys-Leonetti et doivent répondre à un certain nombre de critères pour être considérées comme valides, dans l'intérêt des patients et des soignants. Afin d'améliorer leur réalisation nous pourrions mettre en place des protocoles standardisés dans les services hospitaliers. Ces derniers s'appuieraient sur une formation des équipes soignantes, la mise en place de fiches d'information et la création d'onglets spécifiques dans les systèmes informatiques. De plus, les équipes mobiles de soins palliatifs sont encore trop peu sollicitées en la matière. Nous préconisons qu'elles soient plus consultées sur le sujet plutôt qu'uniquement sur la symptomatologie comme le montre notre étude. Une étude comparative pourrait être menée après la mise en place de mesures correctives afin de mesurer leur impact et d'améliorer la réalisation de modalité des limitations d'actes et des thérapeutiques en France.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Article L1110-5 - Code de la santé publique - Légifrance.
2. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. 2005-370 22 avr 2005.
3. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1). 2016-87 2 févr 2016.
4. Ministère de la Santé et de la Prévention. DGOS. Fiche 22 : la fin de vie; 17 oct 2023 [cité le 17 oct 2023].
Disponible: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-22-la-fin-de-vie>
5. Ministère de la Santé et de la Prévention. Comprendre la loi Claeys-Léonetti de 2016; 18 oct 2021 [cité le 17 oct 2023].
6. Einav S, Hick JL, Hanfling D, Erstad BL, Toner ES, Branson RD, et al. Surge capacity logistics: care of the critically ill and injured during pandemics and disasters: CHEST consensus statement. *Chest*. oct 2014;146(4 Suppl):e17S-43S.
7. Rosenbaum L. Facing COVID-19 in Italy - ethics, logistics, and Therapeutics on the epidemic's front line. *N Eng J of medicine*. may 2020;14(382(20)):1873-5.
8. Melnychuk RM, Kenny NP. Pandemic triage: the ethical challenge. *JAMC*. nov 2006;175(11):1393-4.
9. Robert R, Kentish-Barnes N, Boyer A, et al. Ethical dilemmas due to the COVID-19 pandemic. *Ann Intensive Care*. 2020;10(84).
10. Azoulay É, Lautrette A, Peigne V, Pochard F. Communiquer avec les familles des patients en réanimation. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. févr 2011;195(2):367-76.
11. ATIH. Analyse de l'activité hospitalière 2020 [En ligne]. 2021.
Disponible: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4144/aah_2020_analyse_covid.pdf
12. Assemblée nationale. Mission d'évaluation de la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Mars 2023.
Disponible:
<https://www2.assembleenationale.fr/content/download/601066/5780776/version/1/file/Dossier+de+presse+ME+Claeys-Leonetti.pdf>
13. Commission temporaire fin de vie. La Commission temporaire Fin de vie a finalisé son bilan de la loi Claeys Leonetti. CESE. 15 mars 2023;
Disponible: <https://www.lecese.fr/actualites/la-commission-temporaire-fin-de-vie-finalise-son-bilan-de-la-loi-claeys-leonetti>

ANNEXES

Tableau 1 : Descriptif selon les années (2019 vs. 2020)

	Total (n=430)	2019 (n=176)	2020 (n=254)	P
Ville				0.36
Clermont-Ferrand	270 (62.3)	106 (60.2)	164 (64.6)	
Lyon	160 (37.2)	70 (39.8)	90 (35.4)	
Age (années)	73.4 ± 14.7	72.6 ± 12.7	74.0 ± 15.9	0.32
Sexe masculin	247 (57.4)	103 (58.5)	144 (56.7)	0.71
Motif(s) d'admission				
Infection (incluant sepsis et choc septique)	205 (47.7)	72 (40.9)	133 (52.4)	0.02
Symptômes respiratoires aigus	200 (46.5)	68 (38.6)	132 (52.0)	0.006
Symptômes hépto-digestifs	87 (20.2)	35 (19.9)	52 (20.5)	0.88
Symptômes cardiaques	62 (14.4)	27 (15.3)	35 (13.8)	0.65
Symptômes uro-néphrotiques	23 (5.3)	6 (3.4)	17 (6.7)	0.14
Troubles métaboliques	18 (4.2)	3 (1.7)	15 (5.9)	0.03
Symptômes neurologiques	56 (13.0)	19 (10.8)	37 (14.6)	0.25
Traumatologie	19 (4.4)	7 (4.0)	12 (4.7)	0.71
Autre	71 (16.5)	28 (15.9)	43 (16.9)	0.78
Défaillance(s) d'organe(s)	394 (91.6)	167 (94.9)	227 (89.4)	0.04
Respiratoire	276 (64.2)	109 (61.9)	167 (65.7)	0.42
Neurologique	143 (33.3)	50 (28.4)	93 (36.6)	0.08
Cardiaque	150 (34.9)	56 (31.8)	94 (37.0)	0.27
Hématologique	36 (8.4)	7 (4.0)	29 (11.4)	0.006
Hépatique	49 (11.4)	17 (9.7)	32 (12.6)	0.35
Rénale	105 (24.4)	38 (21.6)	67 (26.4)	0.26
Autre	18 (4.2)	15 (8.5)	3 (1.2)	<0.001
Infection COVID	76 (17.7)	0 (0.0)	76 (29.9)	<0.001
Comorbidité(s)	403 (93.7)	171 (97.2)	232 (91.3)	0.01
Diabète	83 (19.3)	30 (17.0)	53 (20.9)	0.32
Hypertension artérielle	193 (44.9)	72 (40.9)	121 (47.6)	0.17
Insuffisance cardiaque	68 (15.8)	19 (10.8)	49 (19.3)	0.02
Insuffisance rénale chronique	53 (12.3)	24 (13.6)	29 (11.4)	0.49
Insuffisance respiratoire	44 (10.2)	24 (13.6)	20 (7.9)	0.053
Cirrhose	32 (7.4)	14 (8.0)	18 (7.1)	0.74

	Total (n=430)	2019 (n=176)	2020 (n=254)	P
Immunodépression	201 (46.7)	89 (50.6)	112 (44.1)	0.19
Autre	81 (18.8)	32 (18.2)	49 (19.3)	0.77
Dépendance				0.77
Totale	46 (10.7)	17 (9.7)	29 (11.4)	
Partielle	169 (39.3)	72 (40.9)	97 (38.2)	
Aucune	215 (50.0)	87 (49.4)	128 (50.4)	
Hospitalisation en réanimation et/ou MIR	237 (55.2)	115 (65.3)	122 (48.0)	<0.001
Amines pendant le séjour	202/237 (85.2)	99/115 (86.1)	103/122 (84.4)	0.72
Ventilation mécanique non-invasive	97 (22.6)	45 (25.6)	52 (20.5)	0.21
Ventilation mécanique invasive	168/237 (70.9)	68/115 (59.1)	100/122 (82.0)	<0.001
Épuration extra-rénale	61/237 (25.7)	27/115 (23.5)	34/122 (27.9)	0.44
Oxygénothérapie	366 (85.1)	148 (84.1)	218 (85.8)	0.62
Durée d'hospitalisation (jours)	6 [2; 13]	8 [3; 18]	5 [2; 11]	<0.001
Visites permises	362 (84.2)	174 (98.9)	188 (74.0)	<0.001
Qualité entourage				
Conjoint	199/362 (55.0)	103/174 (59.2)	96/188 (51.1)	0.12
Fratrerie	40/362 (11.0)	19/174 (10.9)	21/188 (11.2)	0.94
Enfant	278/362 (76.8)	140/174 (80.5)	138/188 (73.4)	0.11
Père/mère	19/362 (5.2)	4/174 (2.3)	15/188 (8.0)	0.02
Cousin	4/362 (1.1)	3/174 (1.7)	1/188 (0.5)	0.36
Ami/proche	29/362 (8.0)	10/174 (5.7)	19/188 (10.1)	0.13
Médecin traitant	1/362 (0.3)	0/174 (0.0)	1/188 (0.5)	1.00
Personne de confiance	206 (47.9)	92 (52.3)	114 (44.9)	0.13
Qualité personne de confiance				0.24
Conjoint	102/205 (49.8)	50/92 (54.3)	52/113 (46.0)	
Fratrerie	11/205 (5.4)	6/92 (6.5)	5/113 (4.4)	
Enfant	71/205 (34.6)	30/92 (32.6)	41/113 (36.3)	
Père/mère	5/205 (2.4)	0/92 (0.0)	5/113 (4.4)	
Cousin	1/205 (0.5)	0/92 (0.0)	1/113 (0.9)	
Ami/proche	8/205 (3.9)	2/92 (2.2)	6/113 (5.3)	
Autre	7/205 (3.4)	4/92 (4.4)	3/113 (2.7)	
Passage EMSP	29 (6.7)	16 (9.1)	13 (5.1)	0.11
Raison(s) de passage EMSP				
Aide à la gestion des symptômes	26/29 (89.7)	14/16 (87.5)	12/13 (92.3)	1.00
Réunion collégiale	5/29 (17.2)	3/16 (18.8)	2/13 (15.4)	1.00

	Total (n=430)	2019 (n=176)	2020 (n=254)	P
<i>Les données sont présentées sous forme de nombre de patients (pourcentages), de moyenne ± écart-type, ou de médiane [25^e ; 75^e percentiles].</i>				

Tableau 2 : Critères entrant dans la définition du respect

	Total (n=430)	2019 (n=176)	2020 (n=254)	P
Rédaction de directives anticipées	25 (5.8)	12 (6.8)	13 (5.1)	0.46
Consultant(s) extérieur(s)	183 (42.6)	77 (43.8)	106 (41.7)	0.68
Réunion d'équipe	177 (41.2)	76 (43.2)	101 (39.8)	0.48

Les données sont présentées sous forme de nombre de patients (pourcentages).

Tableau 3 : Facteurs associés au non-respect

Le non-respect a été observé dans 60.0% (258/430) des cas (IC95% : 55.2 à 64.7%).

	Respect (n=172)	Non-respect (n=258)	P
Année			0.63
2019	68 (39.5)	108 (41.9)	
2020	104 (60.5)	150 (58.1)	
Ville			0.002
Clermont-Ferrand	123 (71.5)	147 (57.0)	
Lyon	49 (28.5)	111 (43.0)	
Age (années)	72.9 ± 13.6	73.8 ± 15.4	0.53
Sexe masculin	95 (55.2)	152 (58.9)	0.45
Motif(s) d'admission			
Infection (incluant sepsis et choc septique)	83 (48.3)	122 (47.3)	0.84
Symptômes respiratoires aigus	79 (45.9)	121 (46.9)	0.84
Symptômes hépato-digestifs	30 (17.4)	57 (22.1)	0.24
Symptômes cardiaques	31 (18.0)	31 (12.0)	0.08
Symptômes uro-néphrotiques	10 (5.8)	13 (5.0)	0.73
Troubles métaboliques	6 (3.5)	12 (4.7)	0.56
Symptômes neurologiques	23 (13.4)	33 (12.8)	0.86
Traumatologie	8 (4.7)	11 (4.3)	0.85
Autre	23 (13.4)	48 (18.6)	0.15
Défaillance(s) d'organe(s)	160 (93.0)	234 (90.7)	0.39

	Respect (n=172)	Non-respect (n=258)	p
Infection COVID	35 (20.3)	41 (15.9)	0.24
Comorbidité(s)	161 (93.6)	242 (93.8)	0.94
Diabète	34 (19.8)	49 (19.0)	0.84
Hypertension artérielle	82 (47.7)	111 (43.0)	0.34
Insuffisance cardiaque	31 (18.0)	37 (14.3)	0.31
Insuffisance rénale chronique	24 (14.0)	29 (11.2)	0.40
Insuffisance respiratoire	14 (8.1)	30 (11.6)	0.24
Cirrhose	13 (7.6)	19 (7.4)	0.94
Immunodépression	68 (39.5)	133 (51.6)	0.01
Autre	38 (22.1)	43 (16.7)	0.16
Dépendance			0.40
Totale	16 (9.3)	30 (11.6)	
Partielle	74 (43.0)	95 (36.8)	
Aucune	82 (47.7)	133 (51.6)	
Hospitalisation en réanimation et/ou MIR	111 (64.5)	126 (48.8)	0.001
Durée d'hospitalisation (jours)	7 [3; 13]	6 [2; 13]	0.55
Visites permises	154 (89.5)	208 (80.6)	0.01
Personne de confiance	77 (44.8)	129 (50.0)	0.29
Passage EMSP	11 (6.4)	18 (7.0)	0.81

Les données sont présentées sous forme de nombre de patients (pourcentages), de moyenne ± écart-type, ou de médiane [25^e ; 75^e percentiles].

SERMENT D'HIPPOCRATE

(Conseil national de l'ordre des médecins)
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.

Nom, Prénom

Signature

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Nom, Prénom

Signature

Étude des conséquences de l'infection COVID-19 sur le respect des modalités de décisions de limitations et d'arrêts thérapeutiques

Résumé :

CONTEXTE En France lorsque le patient n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté la décision de limitation et d'arrêt des thérapeutiques actives (LATA) est prise selon une procédure collégiale décrite par la loi. Notre étude avait pour but d'évaluer l'impact de la pandémie Covid-19 sur le respect des conditions de réalisation de cette procédure décisionnelle LATA.

MÉTHODE Cette étude rétrospective observationnelle multicentrique a comparé le taux de non-respect des procédures décisionnelles LATA pendant la période pandémique de mars à juin 2020 avec la période contrôle de mars à juin 2019, dans les Hôpitaux de Clermont Ferrand et de Lyon. Les objectifs secondaires étaient de déterminer les facteurs associés au non-respect.

RÉSULTATS Chez 430 patients décédés inclus (176 en 2019 et 254 en 2020), le taux de non-respect était de 61,4 % en 2019 et de 59,1 % en 2020 ($p=0,63$). En analyse multivariée, le non-respect était associé à la comorbidité immunodépression (diminution de l'immunité par un traitement ou une pathologie) ($p=0,01$), mais il était plus faible lorsque le patient avait été hospitalisé en réanimation ($p=0,001$) ou lorsqu'il avait eu la visite de proches ($p=0,01$)

CONCLUSION En France, plus de la moitié des décisions de LATA ne sont pas conformes à la loi. La pandémie COVID-19 n'a pas augmenté ce taux de non-conformité. Des études supplémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les mécanismes sous-jacents au non-respect de la procédure décisionnelle des LATA.

Mots-clés :

- Directives anticipées
- COVID-19
- Soins de fin de vie
- Ethique
- Abstention thérapeutique
- Recherche quantitative