

Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2017

Thèse N° 3125

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement
le 15 Septembre 2017
par

FEYDEAU Pauline

née le 14 Novembre 1988, à Tulle

**Mise en place et évaluation d'une grille LATA :
Etude descriptive rétrospective à l'UHCD du Centre Hospitalier
de Brive- La- Gaillarde (19)**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur TCHALLA

M. le Professeur BUCHON

M. le Professeur PARAF

Mme le Docteur MAUGER

M. le Docteur TERRIER

M. le Docteur BERTHOMMIER

Président

Juge

Juge

Directeur de Thèse

Membre invité

Membre invité





Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2017

Thèse N° 3125.

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement
le 15 Septembre 2017
par

FEYDEAU Pauline

née le 14 Novembre 1988, à Tulle

Mise en place et évaluation d'une grille LATA :
Etude descriptive rétrospective à l'UHCD du Centre Hospitalier
de Brive- La- Gaillarde (19)

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur TCHALLA

M. le Professeur BUCHON

M. le Professeur PARAF

Mme le Docteur MAUGER

M. le Docteur TERRIER

M. le Docteur BERTHOMMIER

Président

Juge

Juge

Juge

Membre invité

Membre invité



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

| | |
|-------------------------------|--|
| ABOYANS Victor | CARDIOLOGIE |
| ACHARD Jean-Michel | PHYSIOLOGIE |
| ALAIN Sophie | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| ARCHAMBEAUD Françoise | MEDECINE INTERNE |
| AUBARD Yves | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE |
| AUBRY Karine | O.R.L. |
| BEDANE Christophe | DERMATO-VENEREOLOGIE |
| BERTIN Philippe | THERAPEUTIQUE |
| BESSEDE Jean-Pierre | O.R.L. |
| BORDESSOULE Dominique | HEMATOLOGIE |
| CAIRE François | NEUROCHIRURGIE |
| CHARISSOUX Jean-Louis | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE |
| CLAVERE Pierre | RADIODTHERAPIE |
| CLEMENT Jean-Pierre | PSYCHIATRIE d'ADULTES |
| COGNE Michel | IMMUNOLOGIE |
| CORNU Elisabeth | CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE |
| COURATIER Philippe | NEUROLOGIE |
| DANTOINE Thierry | GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT |
| DARDE Marie-Laure | PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE |
| DAVIET Jean-Christophe | MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION |
| DESCAZEAUD Aurélien | UROLOGIE |
| DES GUETZ Gaëtan | CANCEROLOGIE |
| DESPORT Jean-Claude | NUTRITION |
| DRUET-CABANAC Michel | MEDECINE et SANTE au TRAVAIL |



| | |
|------------------------------------|---|
| DUMAS Jean-Philippe | UROLOGIE |
| DURAND-FONTANIER Sylvaine | ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE) |
| ESSIG Marie | NEPHROLOGIE |
| FAUCHAIS Anne-Laure | MEDECINE INTERNE |
| FAUCHER Jean-François | MALADIES INFECTIEUSES |
| FEUILLARD Jean | HEMATOLOGIE |
| FOURCADE Laurent | CHIRURGIE INFANTILE |
| GAINANT Alain | CHIRURGIE DIGESTIVE |
| GUIGONIS Vincent | PEDIATRIE |
| JACCARD Arnaud | HEMATOLOGIE |
| JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile | IMMUNOLOGIE |
| LABROUSSE François | ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES |
| LACROIX Philippe | MEDECINE VASCULAIRE |
| LAROCHE Marie-Laure | PHARMACOLOGIE CLINIQUE |
| LIENHARDT-ROUSSIE Anne | PEDIATRIE |
| LOUSTAUD-RATTI Véronique | HEPATOLOGIE |
| MABIT Christian | ANATOMIE |
| MAGY Laurent | NEUROLOGIE |
| MARIN Benoît | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION |
| MARQUET Pierre | PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE |
| MATHONNET Muriel | CHIRURGIE DIGESTIVE |
| MELLONI Boris | PNEUMOLOGIE |
| MOHTY Dania | CARDIOLOGIE |
| MONTEIL Jacques | BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE |
| MOREAU Jean-Jacques | NEUROCHIRURGIE |

| | |
|--------------------------------------|---|
| MOUNAYER Charbel | RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE |
| NATHAN-DENIZOT Nathalie | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION |
| NUBUKPO Philippe | ADDICTOLOGIE |
| PARAF François | MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE |
| PLOY Marie-Cécile | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| PREUX Pierre-Marie | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION |
| ROBERT Pierre-Yves | OPHTALMOLOGIE |
| SALLE Jean-Yves | MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION |
| SAUTEREAU Denis | GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE |
| STURTZ Franck | BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre | ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES |
| TREVES Richard | RHUMATOLOGIE |
| TUBIANA-MATHIEU Nicole | CANCEROLOGIE |
| VALLEIX Denis | ANATOMIE |
| VERGNENEGRE Alain | EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION |
| VERGNE-SALLE Pascale | THERAPEUTIQUE |
| VIGNON Philippe | REANIMATION |
| VINCENT François | PHYSIOLOGIE |
| WEINBRECK Pierre | MALADIES INFECTIEUSES |
| YARDIN Catherine | CYTOLOGIE et HISTOLOGIE |

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

| | |
|------------------|---|
| BRIE Joël | CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE |
|------------------|---|

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | |
|-------------------------|----------------------------|
| AJZENBERG Daniel | PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE |
|-------------------------|----------------------------|

| | |
|--------------------------------|---|
| BARRAUD Olivier | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| BOURTHOUMIEU Sylvie | CYTOLOGIE et HISTOLOGIE |
| BOUTEILLE Bernard | PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE |
| CHABLE Hélène | BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| DURAND Karine | BIOLOGIE CELLULAIRE |
| ESCLAIRE Françoise | BIOLOGIE CELLULAIRE |
| HANTZ Sébastien | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| JESUS Pierre | NUTRITION |
| LE GUYADER Alexandre | CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE |
| LIA Anne-Sophie | BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| MURAT Jean-Benjamin | PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE |
| QUELVEN-BERTIN Isabelle | BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE |
| RIZZO David | HEMATOLOGIE |
| TCHALLA Achille | GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT |
| TERRO Faraj | BIOLOGIE CELLULAIRE |
| WOILLARD Jean-Baptiste | PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE |

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel

DUMOITIER Nathalie

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique

PREVOST Martine

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan

FEYDEAU Pauline | Thèse d'exercice | Université de Limoges | 2017



PROFESSEURS EMERITES

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ADENIS Jean-Paul | du 01.09.2015 au 31.08.2017 |
| ALDIGIER Jean-Claude | du 01.09.2016 au 31.08.2018 |
| MERLE Louis | du 01.09.2015 au 31.08.2017 |
| MOULIES Dominique | du 01.09.2015 au 31.08.2017 |
| VALLAT Jean-Michel | du 01.09.2014 au 31.08.2017 |
| VIROT Patrice | du 01.09.2016 au 31.08.2018 |

Le 1^{er} septembre 2016

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2015

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

| | |
|-----------------------------|---|
| BLANC Philippe | BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE |
| CHUFFART Etienne | ANATOMIE |
| DONISANU Adriana | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION |
| FAYE Piere-Antoine | BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| FREDON Fabien | ANATOMIE |
| KASPAR Claire | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION |
| MANCIA Claire | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION |
| MATHIEU Pierre-Alain | ANATOMIE (Service d'Orthopédie-Traumatologie) |
| OLOMBEL Guillaume | IMMUNOLOGIE |
| SERENA Claire | ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION |

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

| | |
|---------------------------------|--|
| ARDOUIN Elodie | RHUMATOLOGIE |
| ASSIKAR Safaë | DERMATO-VERNEREOLOGIE |
| BIANCHI Laurent | GASTROENTEROLOGIE (A compter du 12 novembre 2015) |
| BORDES Jérémie | MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION |
| BOURMAULT Loïc | OPHTALMOLOGIE |
| BUISSON Géraldine | PEDOPSYCHIATRIE |
| CASSON-MASSELIN Mathilde | RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE |
| CAZAVET Alexandre | CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE |
| CHAPELLAS Catherine | REANIMATION |
| CHATAINIER Pauline | NEUROLOGIE |
| CHRISTOU Niki | CHIRURGIE DIGESTIVE |



| | |
|-----------------------------|--|
| COSTE-MAZEAU Perrine | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (Surnombre du 1er novembre 2015 au 20 février 2016) |
| CYPIERRE Anne | MEDECINE INTERNE A |
| DAIX Thomas | REANIMATION |
| DIJOUX Pierrick | CHIRURGIE INFANTILE |
| DOST Laura | OPHTALMOLOGIE |
| EVENO Claire | CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE |
| GANTOIS Clément | NEUROCHIRURGIE |
| GARDIC Solène | UROLOGIE |
| GONZALEZ Céline | REANIMATION |
| GSCHWIND Marion | MEDECINE INTERNE B |
| HOUMAÏDA Hassane | CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE (A compter du 02 novembre 2015) |
| JACQUES Jérémie | GASTRO-ENTEROLOGIE |
| KENNEL Céline | HEMATOLOGIE |
| LACORRE Aymeline | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE |
| LAFON Thomas | MEDECINE d'URGENCE |
| LAVIGNE Benjamin | PSYCHIATRIE d'ADULTES |
| LE BIVIC Louis | CARDIOLOGIE |
| LE COUSTUMIER Eve | MALADIES INFECTIEUSES |
| LEGROS Emilie | PSYCHIATRIE d'ADULTES |
| LERAT Justine | O.R.L. |
| MARTIN Sylvain | RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE |
| MATT Morgan | MALADIES INFECTIEUSES |
| MESNARD Chrystelle | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE |
| MONTCUQUET Alexis | NEUROLOGIE |



| | |
|-------------------|--|
| PAPON Arnaud | GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT |
| PETITALOT Vincent | CARDIOLOGIE |
| PONTHIER Laure | PEDIATRIE |
| ROGER Thomas | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE |
| SAINT PAUL Aude | PNEUMOLOGIE |
| SCOMPARIN Aurélie | O.R.L. |
| TAÏBI Abdelkader | CANCEROLOGIE |
| TRIGOLET Marine | PEDIATRIE |

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

RUDELLE Karen

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE

(du 1er novembre 2015 au 31 octobre 2016)

LAUCHET Nadège

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

BALLOUHEY Quentin
CHIRURGIE INFANTILE
(du 1er mai 2015 au 30 avril 2019)

CROS Jérôme
ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
(du 1^{er} mai 2014 au 31 octobre 2018)



Rien n'est jamais perdu tant qu'il reste quelque chose à trouver
Pierre Dac



Remerciements

A Monsieur le Docteur Achille TCHALLA,

Maître de Conférence des Universités

Praticien Hospitalier de Gériatrie et Biologie du Vieillissement,

Praticien Hospitalier,

Je vous suis très reconnaissante de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse et d'avoir accepté de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance et mes sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur Daniel BUCHON,

Professeur des Universités de Médecine Générale, CHU de Limoges,

Je vous remercie pour votre pédagogie au cours de ces trois années d'enseignement et pour votre présence au sein de ce jury de thèse. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur François PARAF,

Professeur des Universités de Médecine Légale et de Droit de la Santé,

Praticien Hospitalier,

Responsable de Service,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.



A Monsieur le Docteur Jean Michel Berthommier,

Praticien Hospitalier Urgences SAMU-SMUR, CH Brive-La-Gaillarde,

Directeur du SAMU 19,

Je te remercie d'être l'initiateur de ce travail avec ce bel outil que vous avez créé. Merci pour la confiance que tu m'as apportée. J'espère que cette thèse sera inductrice d'autres travaux de réflexion sur ce sujet. Sois assuré de toute mon amitié et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Gérard Terrier,

Praticien Hospitalier de Soins d'Accompagnements et de Soins palliatifs,

Directeur du Comité d'Ethique du CHU de Limoges,

Je vous remercie d'apporter votre expertise et votre expérience sur le sujet de la fin de vie à mon travail de thèse. Merci de me faire l'honneur de faire partie de ce jury. Soyez assuré de mon admiration et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Julie MAUGER,

Praticien Hospitalier Urgences SAMU-SMUR, CH Brive-La-Gaillarde,

Certaines personnes passent dans nos vies, d'autres la marquent à jamais. Pour moi, tu fais incontestablement partie de cette deuxième catégorie. Les mots ne seront pas assez forts pour te remercier pour ton écoute, ton aide, ton amour, ton sourire, ta pédagogie. Tu m'as accompagnée sur le chemin de la réussite, jusqu'au Népal et ses 5200m gravis ensemble, et aujourd'hui jusqu'à l'aboutissement de ce travail de thèse. Merci pour ta confiance. Sois assurée de tout mon amour, de mon admiration et de mon profond respect pour ce que tu es.

A ma famille,



A ma maman, merci pour les sacrifices que tu as fait pour nous, je crois que tes anecdotes d'ancienne LADE au SAMU m'ont guidées vers ce chemin. Merci pour ton amour inconditionnel et ton soutien sans faille chaque jour, de n'avoir jamais douté même si je n'y croyais plus. Merci pour les valeurs que tu nous as inculquées, certaines choses ne s'apprennent pas dans les livres.

A mon papa, tu es sûrement l'initiateur de mon goût pour la médecine. Merci de m'avoir appris le goût du travail et de la ténacité. Merci pour ton amour et ton soutien silencieux au quotidien, et pour la justesse de tes mots, tu es un exemple pour moi. J'espère que ce travail sera une fierté pour toi.

A ma sœur, ma Berthe, Matou la dame parfaite, Matou la guerrière, merci d'avoir été mon guide et mon aînée toutes ces années. Le lien indestructible qui nous uni est si particulier que je n'ai pas de mots pour exprimer mon admiration pour ce que tu es. Que notre complicité dure éternellement.

A mon frère, mon Boubou, merci pour ton optimisme à tout épreuve et ton rire communicatif. Je serai toujours là pour rassurer l'hypochondriaque que tu es et là aussi pour aimer le petit (grand) frère que tu seras toujours. Ne change jamais.

A ma mamie, merci pour ton amour et tes gâteaux, pour tous ces moments que je n'oublierai jamais, pour toutes ces odeurs qui me rappellent tant de souvenirs. Merci d'avoir été la grand mère que tu es, tu es pour moi un exemple de force d'âme.

A mon papi qui est sur mon épaule et dans mes pensées à chaque instant, tu es dans la pièce à côté, je ne t'oublie pas.

A ma grand mère, j'ai pensé à toi à chaque mots écrits dans cette thèse, le lien qui nous uni depuis ton départ est inexplicable. Merci de m'avoir attendu ce jour là. J'espère que tu es fière de là haut.

A mon grand père, si peu connu et pourtant tant admiré, tu es aussi dans mes pensées.

A Mick et Sid, merci pour votre amour à chaque instant, vous êtes des personnes précieuses et si importantes. Dr Mabuse a bien grandi mais je resterai votre Paula pour toujours.

A Zizou, je suis tellement fière d'avoir une marraine comme toi. Merci de me souffler ton fluide positif chaque jour, tu m'as fait comprendre que la médecine est ailleurs. Merci pour ton amour.

A Romain, merci pour ton soutien et ton amour si précieux ainsi que ton aide pour ce travail. Merci pour tout le reste, que la vraie vie et les voyages commencent.

A Guiduche, merci pour ta bienveillance et ton amour, je marche dans tes pas et tu n'es jamais loin.

A mon parrain, qui me suis de loin mais garde toujours un œil, j'espère que vous serez fier de ce travail.



A tous les services dans lesquels j'ai sévi,

A Brive d'abord,

Merci à l'équipe paramédicale, merci aux Manous, vous faites partie intégrante de ce que je suis devenue et je suis fière que vous ayez participés à cette thèse. Merci pour toutes ces soirées et ces fous rires, merci pour votre amour. A l'équipe médicale des urgentistes coujoux, vous m'avez fait aimer Brive et surtout ce métier, j'ai hâte de rejoindre votre équipe, vous êtes incontestablement les initiateurs de mon amour pour ce travail. Merci, pour tout.

A Ghislaine et Mathieu, vous avez été une si belle rencontre.

A toute l'équipe de réanimation, merci pour ces 6 mois, je suis rentrée bébé et vous m'avez faite grandir, vous faites un travail exceptionnel.

A Ussel,

La chaleur humaine que vous dégagez compense le froid de la haute Corrèze, vous êtes bien plus que des collègues. J'ai appris à communiquer en A+, j'ai ri, j'ai pleuré avec vous. Merci pour votre accueil et votre optimisme à toute épreuve, ne changez rien, se serait du gâchis.

A Limoges,

Au service des urgences et du SAMU/SMUR, merci de m'avoir intégré à l'équipe médicale, et d'avoir contribué à ce que je me sente à l'aise, même à Limoges... A toute l'équipe d'infirmières et d'IADE, on est peut être des esclaves mais on vous aime bien quand même. Merci de nous apporter votre aide et votre expérience au quotidien. Aux ambulanciers qui nous amènent à bon port, plus ou moins rapidement.

A tous les jeunes urgentistes et ceux en devenir, merci pour ces moments et longue vie professionnelle à vous, je suis fière d'être à vos côtés dans ces épreuves.

A Amandine, merci pour les robes, les papotages, les rires, les pleurs, tu es une belle rencontre.

A Anne, mon IDE pompier préférée qui a la « Corrèze en cathéter », tu es devenue bien plus qu'une collègue, merci pour ta pédagogie et ton amitié sans chichis, les gens comme toi sont précieux.

Au service des urgences pédiatriques, vous avez fait de ces 6 mois de stage un moment de bonheur alors qu'il est si stressant pour nous. Je n'ai jamais autant chanté, je n'ai jamais autant ri et je ne me suis jamais autant déguisé. Merci pour votre amitié, vous êtes une sacrée équipe.

A Jean Marc JACOB, vous êtes incontestablement un modèle pour moi. J'ai passé six mois à boire vos paroles et apprendre à chaque instant à vos côtés. La Médecine Générale prend tout son sens avec vous et vous la pratiquez telle que je la rêve depuis la première année de médecine. J'espère que vous serez fier de mon évolution, vous y avez largement contribué. Merci pour votre amitié, je vous témoigne ici mon plus profond respect et mon admiration.



A mes anges gardiens,

A Bruno, merci pour ton soutien sans faille toutes ces années, tu m'as porté jusqu'ici alors que parfois je n'y croyais plus. Merci d'avoir sauvé informatiquement ce travail de thèse et merci d'être qui tu es.

A mes Corréziens d'amour, Elodie et Nicolas, Céline et Pierre, Romain et Julie, Zaza, Clara, Jenny et Jérémy, Simon, vous m'avez attendu toutes ces années malgré les absences et les humeurs en dent de scie ; vous êtes ma bulle d'oxygène, merci pour votre amour.

Aux Tullistes, Annie et Daniel, merci pour votre amour et vos mots si doux.

A mes compagnons de galères, mes bébés doc', Camcam, Annette, Emma et Yack, Julian, Cléclé, Maurène, ces multiples années à trimer ne sont pas vaines, nous pouvons être fiers de nous et du chemin parcouru. Ces études ont créé une amitié sans faille qui a traversé les ans. Qu'elle dure éternellement, elle m'est précieuse.

A Margaux, merci pour ton amitié sans faille depuis le premier jour.

A mes Népalais, ce que nous avons vécu a créé un lien indestructible, une partie de nous est restée là haut. Je suis fière que vous soyez rentrés dans ma vie de cette manière. Namasté les amis.

A Alex, merci pour ta disponibilité et ton amitié sans failles, même à distance, tu as sauvé ma thèse et tu m'as sauvé moi même de la crise de nerfs. Je te suis tellement reconnaissante.

*A tous ceux que j'oublie et qui ont marqué ma vie ces dix dernières années,
A mes patients que j'aime autant que je les déteste parfois,
A ce métier de médecin qui demande tant de sacrifices mais qui est si beau.*

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

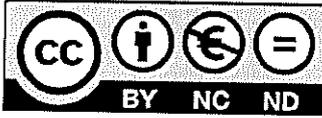


Table des matières

| | |
|---|----|
| Introduction | 21 |
| I. Généralités | 23 |
| I.1. La procédure LATA | 23 |
| I.1.1. Définition | 23 |
| I.1.2. Difficultés d'une procédure LATA. | 26 |
| I.1.3. Epidémiologie des patients décédés aux urgences. | 27 |
| I.2. Cadre législatif. | 29 |
| I.2.1. Historique. | 29 |
| I.2.2. Focus sur la Loi Claeys-Leonetti du 2 Février 2016. | 31 |
| I.3. LATA et Urgences. | 32 |
| I.3.1. Dans le monde | 32 |
| I.3.2. A Brive-La-Gaillarde..... | 33 |
| II. Matériels et Méthodes..... | 34 |
| II.1. Schéma de l'étude | 34 |
| II.2. Cadre de travail | 34 |
| II.3. Sélection des patients et des données..... | 35 |
| II.4. Recueil des données. | 36 |
| III. Résultats | 37 |
| III.1. Objectif principal. | 37 |
| III.1.1. Décision collégiale. | 38 |
| III.1.2. Avis du patient. | 39 |
| III.1.3. Désignation de la personne de confiance. | 40 |
| III.1.4. Existence de directives anticipées..... | 40 |
| III.2. Objectifs secondaires. | 41 |
| III.2.1. Profil épidémiologique..... | 41 |
| III.2.2. Ressenti des équipes médicales et paramédicales..... | 44 |
| IV. Discussion | 46 |
| Conclusion..... | 52 |
| Références bibliographiques | 53 |
| Annexes | 55 |
| Table des Annexes..... | 60 |
| Table des Figures..... | 61 |
| Serment d'Hippocrate..... | 62 |



Abréviations

LATA : Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques Actives
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
SAU : Service d'Accueil des Urgences
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence
SRLF : Société de Réanimation de Langue Française
CH : Centre Hospitalier
CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique
USP : Unités de Soins Palliatifs
CNCR : Conférence Nationale de Consensus de Réanimation
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

Introduction

Plus d'un français sur deux meurt à l'hôpital dont 16% aux urgences ou dans l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) [1], soit 0,2% des passages aux urgences en France [2], dans des conditions parfois insatisfaisantes, sur des brancards, dans les couloirs, sans accompagnement adapté. Mourir dans la dignité est pourtant un droit essentiel dans notre société.

Dans le flux de patients amenés aux urgences par les transports sanitaires multiples ou par leurs propres moyens, nous voyons arriver de façon inopinée des patients dont la fin de vie était prévisible ou non.

Une enquête sur « la mort à l'Hôpital » réalisée par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) [1] montre que la mort est vécue comme un échec et devient un sujet parfois tabou pour les personnels hospitaliers.

Dans ce contexte, il est aisé de comprendre que les équipes médicales et paramédicales sont parfois mises en difficulté par l'absence d'antécédents sur l'histoire clinique du malade, par le nombre croissants de patients pris en charge dans le même temps, et par la volonté concomitante d'assurer des conditions de fin de vie acceptables et un accueil pour leurs proches.

La difficulté de ce type de prise en charge est qu'elles sont chronophages alors que les urgences nous obligent à une rapidité d'action et à une organisation sans faille afin de gérer au mieux l'afflux de patients. Elles nous obligent également à une communication accrue et à une unité de pensée et de discours.

Dans ce cadre, les quelques études françaises publiées montrent une prise de décision de Limitation ou d'Arrêt des Thérapeutiques Actives (LATA) faite encore dans 20% des cas par un médecin seul, avec peu de participation des équipes paramédicales et une intégration insatisfaisante du patient et des familles.

Des textes de réflexion éthique sur la prise en charge en LATA ont été publiés pour le domaine de la réanimation mais très peu d'études ont porté sur ce sujet dans le cadre du Service d'Accueil d'Urgences (SAU).

Les sociétés savantes telle que la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) et la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) ont publié des recommandations de bonne pratique pour la décision de LATA dans le cadre du service d'accueil des urgences ou de l'UHCD [3][4][5].

Dès lors, l'amélioration de la prise en charge des personnes en fin de vie exige un cadre médico-légal bien défini, une collégialité, une formation des équipes médicales et paramédicales, et un objectif commun qu'est le « *primum non nocere* ».

Dans cette étude, une « grille LATA » a été mise en place pour la prise en charge et l'accompagnement des patients admis pour un diagnostic de fin de vie à l'UHCD des urgences du centre hospitalier de Brive la Gaillarde et testée sur une période de 18 mois.



Ainsi, après une première partie de généralités et de rappels épidémiologiques, nous aborderons l'étude dont l'objectif principal est l'évaluation de bonne pratique de la procédure de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives dans ce service. Les objectifs secondaires seront, d'une part de dresser un profil épidémiologique des patients inclus, et d'autre part d'évaluer la satisfaction des équipes médicales et paramédicales qui ont utilisées cette méthode.

Enfin, une discussion nous amènera à faire un état des lieux de la validité intrinsèque et extrinsèque de l'étude et à apporter des axes d'amélioration pour l'avenir.



I. Généralités

I.1. La procédure LATA

I.1.1. Définition

La limitation de thérapeutique(s) active(s) est définie par la non instauration ou la non optimisation d'une ou plusieurs thérapeutique(s) curative(s) ou de suppléance des défaillances d'organes, dont la conséquence peut être d'avancer le moment de la mort.

L'arrêt de thérapeutique(s) active(s) est défini par l'arrêt d'une ou plusieurs thérapeutique(s) curative(s) ou de suppléance des défaillances d'organes déjà instituée(s), dont la conséquence peut être d'avancer le moment de la mort. Dans ce contexte, il est essentiel de différencier le « laisser mourir » du « faire mourir ».

Les traitements palliatifs associent l'ensemble des mesures permettant de lutter contre l'inconfort, qu'il soit physique, émotionnel, spirituel ou social [6]. L'article L. 1110-10 du Code de la Santé Publique définit les soins palliatifs comme étant « *des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage* » [7].

Globalement 3 types de situations cliniques pourraient amener à une décision de procédure LATA :

- Affection aigüe par défaillance profonde d'une fonction vitale dont la conséquence sera une absence de retour à l'état antérieur (décès non attendu),
- Poussée aigüe témoignant de l'évolution terminale ou d'une affection aigüe intercurrente chez un patient ayant une qualité de vie limitée (porteur d'une maladie chronique évolutive au pronostic défavorable à court terme, aggravation d'une dépendance et de la qualité de vie),
- Patient porteur d'une pathologie chronique évolutive terminale (souvent un cancer).

Dans tous les cas la décision d'une LATA ne doit pas être une démarche individuelle mais doit émaner d'une décision collégiale comme le prévoit l'article 37 du Code de Déontologie Médicale [8]. Elle doit se dérouler au cours d'un temps dédié, avec au minimum deux médecins (le médecin en charge du patient qui sera décisionnaire et un second appelé en tant que consultant qui donnera son avis motivé, c'est à dire après avoir examiné le patient, sans lien hiérarchique entre les deux), ainsi que le personnel paramédical. La décision collégiale doit être annexée dans le dossier médical du patient avec des termes explicites et accessibles à tout soignant. La décision finale revient dans tous les cas au médecin en charge du patient.

Une réévaluation de la décision doit être faite régulièrement (idéalement quotidiennement) auprès du patient et/ou de ses proches, associée à un soutien moral et physique pour tous en fonction de l'évolution de la situation. Il est évident que toute décision de LATA peut être annulée ou suspendue à tout instant.



Ces procédures collégiales permettent une unité et une cohérence dans le discours et les actes concourant à une meilleure prise en charge globale.

Le consentement du patient ou de sa personne de confiance (si le patient n'est pas en capacité de le donner) ou encore l'existence de directives anticipées doivent être pris en compte en premier lieu.

Tout patient a le droit d'information et de consentement. Il est bon de rappeler qu'il faut en toute situation rechercher le consentement libre et éclairé du malade dans le cadre du respect du principe d'autonomie. (Code de Déontologie médicale, Article 36 : « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas* » ; Loi 2002-303, Article L1111-4 : « *Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être proposé sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ») [8].

Après une information claire et loyale sur les conséquences que cela pourrait avoir, le malade a le droit de refuser toute thérapeutique comme stipulé dans l'Article 37 du Code de Déontologie Médicale : « *Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences* » [8].

Le patient apte à consentir est celui qui pourra comprendre l'information reçue après une information claire et prendre sa décision en conséquence puis exprimer clairement ses choix. Ces critères ne sont pas toujours retrouvés de manière complète ce qui engage souvent le médecin à prendre du temps pour évaluer les capacités de réflexion du malade. Si le malade est dans l'incapacité de donner son consentement la loi 2002-303 stipule à travers l'article L1111-4 que « *lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'Article L1111-4, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté* ». La difficile définition de l'urgence dans ce cadre précis nous force parfois à une médicalisation dite d' « attente » afin que la majorité de ces critères soient réunis.



La SRLF a résumé ces deux cas de figure dans le tableau suivant :

| Patient et processus de décision de limitation ou d'arrêt des traitements (LAT) au regard de la loi du 22 avril 2005. | |
|--|---|
| Patient apte à consentir | Patient inapte à consentir |
| <p>Possibilité de refus de traitement du patient</p> <p>Responsabilité du médecin en charge d'assurer les meilleures conditions de réflexion au patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispenser une information exhaustive sur les bénéfices et les risques de la stratégie proposée - Instaurer un dialogue approfondi -S'assurer de la parfaite compréhension des enjeux par le patient - Faire intervenir un tiers extérieur si besoin - Respecter un délai de réflexion suffisant | <p>Possibilité de LAT à la condition de mettre en œuvre la procédure de réflexion collégiale</p> <p>Responsabilité du médecin en charge dans la prise de décision (co-responsabilité du chirurgien pour le patient chirurgical) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assurer une concertation avec l'équipe médicale, paramédicale en charge du patient - Consulter la personne de confiance, la personne référente, la famille ou à défaut les proches - Rechercher d'éventuelles directives anticipées - Solliciter un avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant |
| <p>Dans tous les cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soins de confort et respect de la dignité du patient - Accompagnement des proches - Traçabilité des différentes étapes du processus décisionnel | |

Figure 1- Recommandations SRLF 2010.

En pratique, les soins qui concourent au confort du malade comprennent la prise en charge de toute forme d'inconfort physique et psychique. La douleur sera atténuée par des antalgiques (du pallier I jusqu'aux morphiniques) ou une sédation (benzodiazépines) et par des techniques annexes comme les massages, la relaxation et les changements de positionnement. Les traitements symptomatiques seront entrepris pour les événements intercurrents comme une hyperthermie, un encombrement bronchique, une sensation de soif, des vomissements, etc. L'interruption des moyens de surveillance tels que des scopes est recommandée ce qui induit une fréquence accrue d'évaluation clinique globale médicale et paramédicale.

De plus, à tout moment le médecin urgentiste pourra avoir recours à l'équipe mobile de soins palliatifs de sa structure.

Le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE) précise qu'« *en fait, ces situations de limitations de soins s'inscrivent dans le cadre du refus de l'acharnement thérapeutique et ne sauraient être condamnées au plan éthique* ».



I.1.2. Difficultés d'une procédure LATA.

I.1.2.1. Cadre général.

Nous connaissons tous les nombreux débats publics soulevés par la notion de fin de vie. Dans ce cadre, il faut rappeler que la prise en charge en LATA n'est en aucun cas un acte de provocation délibérée de la mort.

Le contexte de la fin de vie est délicat pour tout soignant. Aux Etats Unis, Smith et al. ont étudié les attitudes des personnels des services d'urgence face aux situations de fin de vie [9]. Leurs résultats rapportent que le manque de communication entre les patients et l'équipe ainsi qu'au sein de l'équipe soignante elle-même induit des comportements inadéquats. De plus, les soignants manqueraient d'une formation sur les analgésiques. Depuis, un programme de formation en communication et en prise en charge palliative est disponible pour les médecins urgentistes américains [10]. En France, Ferrand et al. montrent dans leur étude de 2004 que lorsque qu'un protocole d'aide à la réflexion éthique est utilisé, le ressenti du personnel paramédical, quant à la qualité de prise en charge, est meilleur [11].

La principale difficulté est d'éviter tout cas d'obstination déraisonnable, en privilégiant le respect du malade et de son entourage et en favorisant les procédures collégiales clairement définies.

Deux erreurs majeures sont à éviter :

- L'arrêt des traitements par défaut : il ne s'agit pas d'abandonner le patient et ses proches alors que la pathologie est éventuellement curable,
- L'erreur par excès avec des investigations invasives, sans projet thérapeutique concret. L'urgence du « faire » peut nous amener à ne pas garder la dimension morale de notre prise en charge.

Une autre difficulté est d'initier la notion de collégialité, de prendre le temps de réunir tous les acteurs de la prise en charge afin que la décision soit prise sans culpabilité et en accord avec la législation. La première étude à s'être intéressée au sujet était celle de Roupie E. [12] en 1999 qui retrouvait une décision par un médecin seul dans 60% des cas contre 19,6% en 2005 dans une étude multicentrique prospective réalisée par Le Conte et al.[13]. Pour faire encore diminuer ce pourcentage, les structures de soins vont être de plus en plus amenées à créer des protocoles de soins qui donneront un cadre légal à ces prises en charge.

Une autre des difficultés souvent mise en avant a été la bonne intégration des équipes paramédicales dans la prise en charge. Dans cette même étude, l'implication de l'équipe soignante a été constatée dans seulement 27% du total des prises en charge [13].



I.1.2.2. Cadre de la médecine d'urgence.

La mission légalement définie des urgences est d' « accueillir sans sélection, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresses et d'urgences vitales ».

Dans le cadre de la médecine d'urgence, le nombre de malades pris en charge est en constante augmentation, avec un flux constant d'arrivées au SAU. Les services d'urgence sont en première ligne du système de soins et permettent d'articuler la médecine de ville et la médecine hospitalière pour une prise en charge optimale des malades. L'accès au médecin libéral est toujours conseillé en premier lieu mais souvent difficile la nuit et les week-ends.

De plus, l'absence d'antériorité sur l'état de santé du malade, la nécessité de prise de décision rapide et l'absence de relation thérapeutique construite avec le patient sont les difficultés majeures que nous rencontrons pour certaines prises en charge. S'ajoute à cela la nécessité d'une connaissance précise des ressources matérielles et du plateau technique de chaque structure de soins. En effet, le recours aux spécialistes et la disponibilité des lits d'aval font partie intégrante des difficultés inhérentes aux urgences.

La médecine d'urgence ne doit pas être synonyme de précipitation [3]. Elle doit, pour se faire, mobiliser toutes les ressources auxquelles le médecin urgentiste peut avoir recours en parallèle de ses propres connaissances (patient et familles, médecins généralistes, spécialistes) afin d'établir le diagnostic le plus précis possible et accompagner le patient et ses proches le plus précocement possible.

La notion de délai décisionnel n'est définie dans aucune recommandation ni texte législatif. Force est de constater qu'une décision de LATA ne peut se faire qu'en prenant le temps d'établir un plan de soins grâce à une connaissance optimale du malade.

Il est toujours important de garder en tête ce que les recommandations de la SFMU [3] appellent la « chaîne éthique », maillon essentiel de la prise en charge. Elle intègre le patient, ses proches, le médecin traitant, l'équipe soignante qui jouent chacun un rôle prépondérant dans l'optique unique du « bien mourir ».

La décision de prise en charge en LATA doit être faite avec tout le discernement nécessaire qui permettra de ne pas méconnaître l'aspect éthique de la situation malgré l'urgence.

I.1.3. Epidémiologie des patients décédés aux urgences.

L'épidémiologie des décès dans les services d'urgence a été moins décrite que celle des services de réanimation.

Aux Etats Unis, deux études consécutives séparées d'une dizaine d'années montraient une évolution croissante du nombre des décès avec une incidence de 300 000 patients par an (soit 0,3% des passages au SAU) en 1998 [14] contre 379 000 en 2000 [15]. Une autre étude multicentrique de 1998 montrait que 77% des décès au sein du service des urgences aux Etats Unis était associés à une décision de procédure LATA[16].



En France, les décès au sein des urgences représentent 0,2% des passages en 2005 [2], soit 16% de la totalité des décès ayant eu lieu à l'hôpital [1]. Un tiers à un quart des décès correspondent à des patients considérés « en fin de vie » à leur arrivée [17].

Il a été également observé un nombre croissant de procédures de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives au sein des urgences (63% en 1997 [12] contre 78,8% en 2005 au cours d'une étude multicentrique [13]).

Dans les études les plus récentes les populations concernées étaient globalement âgées, autant de sexe masculin que féminin, en provenance du domicile, avec des pathologies chroniques sous jacentes.

Les motifs de recours étaient : infectieux, cardiovasculaires, respiratoires, neurologiques.

Selon la SRLF le taux de patients en fin de vie aptes à consentir était estimé à moins de 10 % [4]. Dans l'étude prospective multicentrique de Le Conte et al.[13], 72,3% des patients n'étaient pas en mesure de donner leur avis.

La famille a été principalement consultée pour 92,2% des patients dans l'étude de Béreau et al. [18], contre 54,7% dans l'étude SU DALISA [13] et 72% pour Tardy et al. [19].

Une personne de confiance a été retrouvée dans 17,1% des cas en 2013 [18] contre 3,9% dans l'étude SU-DALISA, contrairement aux études antérieures où aucune n'avait été répertoriée [13].

Au total, la population concernée est globalement âgée, avec un sex ratio de 1, polypathologique, avec une autonomie antérieure réduite (évaluée par l'échelle d'autonomie de Knauss), provenant de son domicile et présentant une décompensation aiguë d'une pathologie chronique.



I.2. Cadre législatif.

I.2.1. Historique.

La notion de fin de vie est devenue au cours des 20 dernières années un problème de santé publique.

Les grandes étapes de la législation des soins palliatifs et de la fin de vie ont débuté en 1985 où une commission sur les conditions du mourir en France a été créée par Edmond Hervé, secrétaire d'Etat chargé de la santé. Elle est à l'origine de la circulaire du 26 Août 1986 relative à l'organisation des soins et l'accompagnement des malades en phase terminale ainsi que de leurs proches et des soignants. Elle recommande les soins palliatifs pour ces patients.

Le 31 Juillet 1991, l'article L711-4 du Code de la Santé Publique crée le droit d'accès aux soins palliatifs en milieu hospitalier.

La loi du 9 juin 1999, n°99-477 dite « loi Kouchner » [20] affirme le droit à toute personne malade dont l'état le requiert, d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement, à l'hôpital comme à son domicile (article 1).

Elle vise également à instaurer le droit à la sédation et à limiter l'acharnement thérapeutique, et de ce fait insiste sur le droit des malades à s'opposer à toute investigation ou tout acte thérapeutique.

Elle inscrit la définition des soins palliatifs et des Unités de Soins Palliatifs (USP) dans le Code de la Santé Publique : « Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. »

En Février 2002, Bernard Kouchner alors Ministre délégué à la santé présente un programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005 en trois axes :

- Développement des soins palliatifs et de l'accompagnement à domicile grâce aux réseaux ville-hôpital.
- Maintien du développement des démarches de soins palliatifs dans les établissements de santé.
- Sensibilisation, information et formation des acteurs de la prise en charge palliative sur les outils existants, clarification des termes autour de la fin de vie.

La loi n°2002-303 du 4 Mars 2002 [21] relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé reconnaît les droits fondamentaux des malades, à savoir l'information claire et appropriée, le droit d'accès au dossier médical

Elle ancre le refus de soins comme un droit de la personne malade à participer à toute décision sur son état de santé si il y est apte, ou à être aidé ou relayé par la personne de confiance si besoin.

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité du système de soins, cette loi définit les missions et les modalités de fonctionnement en ce qui concerne les réseaux de soins palliatifs, l'hospitalisation à domicile, la démarche palliative dans toutes les structures hospitalières, le concept de lits identifiés en soins palliatifs.



L'expression de limitation ou arrêt des thérapeutiques actives a été officiellement utilisée par la SRLF dans les recommandations de 2002. Auparavant, cette notion avait été traitée dans plusieurs textes législatifs.

Puis vient ensuite la loi 2005-370 du 22 Avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie, présentée par le député Jean Léonetti [22]. Toujours sans légaliser l'euthanasie, ce texte de loi apporte plusieurs précisions :

- Le terme d' « obstination déraisonnable » remplace celui d' « acharnement thérapeutique », mais toujours dans l'optique d'éviter au malade d'être soumis à des actes médicaux qui n'auraient plus de sens.
- Les procédures LATA sont mieux définies avec l'apparition du terme de procédure collégiale dans le cas où les traitements ou les soins prodigués paraissent disproportionnés ou n'ont d'autres effets que le maintien artificiel de la vie. Les soignants ont dans tous les cas le devoir de prodiguer aux patients les soins tels que le soulagement de la douleur, le traitement des symptômes, les soins de confort, l'accompagnement social, moral et spirituel dont ils ont besoin.
- Le patient lui même, s'il est en capacité de le faire, peut initier cette démarche, toujours après une information claire et loyale. Celui ci est placé au centre de sa propre prise en charge. Le médecin doit s'assurer que la décision du patient est inchangée dans « un délai raisonnable ».
- La place de la personne de confiance est définie de telle sorte qu'elle peut être une aide ou un soutien décisionnel si le patient est conscient, ou alors un recours pour le médecin, apportant les directives anticipées si elles existent ou l'expression de la volonté du patient si elle a été donnée. Ce témoignage prévaut sur tout autre témoignage. Elle doit être désignée par écrit, et peut être un proche, un membre de la famille ou même le médecin traitant. Cette démarche peut être révoquée à tout moment.
- Les directives anticipées sont abordées également de manière précise. Elles constituent un document écrit par une personne majeure, daté et signé, qui doit être de moins de 3 ans, stipulant les désirs du patient sur sa fin de vie. Elles ne sont pas contraignantes, c'est à dire qu'elles constituent seulement un guide pour la décision collégiale et le médecin n'est pas dans l'obligation légale de les suivre.

Pour finir, cette loi insiste sur l'obligation des autorités sanitaires à développer les soins palliatifs tant sur le plan théorique que sur le plan pratique.



I.2.2. Focus sur la Loi Claeys-Leonetti du 2 Février 2016.

Plus récemment, la question de la fin de vie est de nouveau entrée à l'Assemblée et au Sénat.

La loi n° 2016-87 du 2 février 2016 [23] créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie a été rédigée par Jean Leonetti et Alain Claeys. Elle a nécessité des modifications du code de déontologie médicale avec la réécriture de l'article 37 figurant dans le code de Santé Publique.

Toujours dans l'objectif d'apporter une dignité et un apaisement à la fin de vie, cette loi apporte des précisions sur les modalités selon lesquelles cela doit se dérouler.

Elle met l'accent sur la nécessité d'accès rapide et facile aux soins palliatifs sur l'ensemble du territoire, tant à domicile qu'en milieu hospitalier. Le médecin se doit d'informer son malade qu'une prise en charge à domicile est possible encadrée par une Hospitalisation à Domicile.

Comme dans la loi d'Avril 2005, après avis éclairé du patient, la limitation ou l'arrêt des thérapeutiques se fera si la vie n'est maintenue que par leur biais (Article 37-2 du Code de Déontologie Médicale, Article R.4127-37-2 du Code de la Santé Publique). La nouveauté de cette loi est que l'alimentation et l'hydratation sont considérées comme des traitements véritables et peuvent donc être arrêtées.

La sédation profonde et continue, provoquant une altération de la conscience, pourra être administrée jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt des traitements (Article 37-3 du Code de Déontologie, Article R.4127-37-3 du Code de la Santé Publique).

La sédation profonde est limitée à certains cas seulement et doit être annexée dans le dossier du patient:

- Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements ;
- Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable ;

Les modalités concernant les directives anticipées sont également révisées dans l'Article 37-1 du Code de Déontologie (article R.4127-37-1 du Code de Santé Publique).

En effet toute personne majeure peut les rédiger mais elles n'ont plus le délai de valeur légale de 3 ans. Elles sont toujours révisables et révocables à tout instant. Par contre, elles s'imposeront au médecin, deviennent contraignantes, pour toute décision d'investigation, d'actes, d'intervention ou de traitement.

Deux situations font exception à cette dernière remarque à savoir une situation d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. Dans ces cas, le médecin se doit de solliciter un avis collégial.



La procédure collégiale est clairement définie comme obligatoire pour une prise en charge de qualité, incluant le médecin en charge du patient, un second médecin appelé en tant que consultant et n'ayant aucun lien hiérarchique avec le premier, et éventuellement l'équipe paramédicale.

La personne de confiance sera désignée selon les mêmes modalités que dans la Loi du 22 Avril 2005. Son témoignage prévaut toujours sur tout autre témoignage mais n'a qu'un caractère consultatif. Elle pourra demander l'accès au dossier médical pour évaluer la concordance entre les directives anticipées si elles existent et les différentes étapes de la prise en charge. Elle reste au centre du processus décisionnel de fin de vie du patient et doit être consultée et informée des résultats des procédures collégiales et de leurs conséquences.

Pour finir, la loi insiste sur le caractère obligatoire d'une formation initiale et continue de tous les acteurs de soins sur la fin de vie, l'éthique et la prise en charge palliative.

I.3. LATA et Urgences.

I.3.1. Dans le monde

En 2003, une étude nommée Ethicus Study portait sur la gestion de la fin de vie au sein des services d'urgences européens. Elle rapporte que la décision de LATA dans les services d'accueil d'urgence est devenue commune et qu'elle est associée aux critères de l'âge, du diagnostic principal et du temps de passage au SAU [24]. 72,6% des patients décédés avaient bénéficié d'une LATA.

La même année, la Conférence Nationale de Consensus de Réanimation (CNCR) [25] proposait plusieurs axes d'amélioration sur la prise en charge de la fin de vie au sein des services d'accueil d'urgences. Elle regroupait dix experts dont un anthropologiste qui ont répondu à cinq questions concernant la fin de vie aux urgences.

En France, une première enquête prospective multicentrique a été réalisée par Roupie E. en 1997 [12]. Elle retrouvait une incidence des décès à 0,19% (comme les études ultérieures), dont 63% précédés d'une procédure LATA.

En 2002, une étude monocentrique rétrospective était menée et obtenait une incidence de 0,15%, 35% seulement ayant fait l'objet de décision de LATA [19].

Plus récemment en 2007, une étude multicentrique prospective SU-DALISA retrouvait une incidence de 0,2% dont 78,8% de procédures de LATA [13].

Force est de constater que l'incidence des décès au sein des services d'urgence reste stable voir augmente au fil des ans, mais que l'évolution des mentalités permet un accroissement des procédures de limitations ou des arrêts de thérapeutiques actives, avec une amélioration qualitatives des soins.



I.3.2. A Brive-La-Gaillarde

Avant le mois de Juillet 2015, aucune procédure écrite n'était utilisée au sein de l'UHCD et les décisions de prise en charge des fins de vie se faisaient à l'oral, souvent sans décision collégiale ni intégration de l'équipe paramédicale.

Guidés par les dernières recommandations et textes de loi, et par une forte demande des équipes paramédicales surtout, le groupe de travail a mis en place l'outil d'aide à la décision éthique que nous évaluons dans cette étude.

En effet, les équipes soignantes étaient souvent en difficulté face au malade et/ou à sa famille, sans décision médicale bien définie, avec un sentiment de solitude avoué.

Les médecins par ailleurs rapportaient le manque de cadre médicolegal et la peur que cela pouvait engendrer, ainsi que le manque de formation théorique et pratique à l'éthique et à la prise en charge palliative.

Une des particularités de ce service d'urgences est la mutualisation des postes. Un même médecin peut être affecté en 24h consécutivement au SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation), au SAU et à l'UHCD. La difficulté était donc la continuité des soins et la traçabilité des décisions médicales. De plus, une des problématiques souvent mise en avant est, comme dans tout service d'urgences la rotation des équipes avec une nécessité de transmissions orales et écrites afin d'améliorer qualitativement les soins.

Après la validation institutionnelle de cette grille LATA par le Comité d'Ethique de l'hôpital de Brive, elle a été diffusée à partir de fin Juillet 2015 à toute l'équipe médicale et paramédicale comme expliqué plus loin.



II. Matériels et Méthodes

II.1. Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective et descriptive. L'inclusion s'est faite sur un dix huit mois.

II.2. Cadre de travail

Le service des Urgences du CH de Brive-la-Gaillarde est composé d'un SAU avec :

- 3 salles de déchoquage et 6 salles d'examen pour le circuit « Hospitalisation ».
- 3 box de consultation pour le circuit « Ambulatoire ».
- 9 chambres pour l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

La grille LATA a été créée par un groupe de travail constitué de deux urgentistes et du cadre de santé infirmier des urgences.

Ce groupe de travail s'est basé sur les recommandations des sociétés savantes pour créer un protocole d'aide à la décision éthique sous forme de « grille LATA » informatisée. Il l'a ensuite soumis au Comité d'Ethique du CH Brive, pour la première fois le Vendredi 6 Février 2015 par le Dr Berthommier sous la thématique suivante : « Le questionnement éthique à l'UHCD : état des lieux et pratiques actuelles. Projet de services. »

Des ajustements ont été demandés et votés et le projet a été de nouveau exposé le 22 Mai 2015 permettant la mise en place de la « grille LATA » définitive retrouvée en Annexe 1. Le projet a ensuite été mis en place officiellement fin Juillet 2015.

La présentation du travail a été faite par petits groupes aux équipes paramédicales des urgences de l'hôpital de Brive par le biais des médecins référents et du cadre de santé du service avant le début de la mise en place de celle-ci.

Les médecins ont été formés individuellement par le Dr Mauger, (qui a participé à la rédaction et à la mise en place du protocole dans le service) directement sur un dossier test afin de manipuler le protocole. De façon concomitante, une formation théorique sur la prise en charge palliative, les soins de confort ou l'éthique a été prodiguée par ce même médecin.

Le logiciel informatique utilisé aux urgences est le système RESURGENCES. Un onglet spécifique aux prises en charge en LATA a été créé dans le dossier patient informatisé, dans lequel se trouve la grille LATA. Chaque item doit être rempli et/ou coché par le médecin générateur de la décision, au cours de la procédure collégiale qu'il aura induite. Ceci permet une cohésion, une traçabilité et un suivi des décisions prises.



La grille d'aide à la démarche éthique comprend donc plusieurs parties avec :

- L'identification du patient, la personne à l'initiative de la démarche, les noms des personnes présentes lors de la procédure collégiale (le médecin initiateur et le ou les médecins consultants; l'équipe soignante),
- Les critères évalués dans ce travail à savoir :
 - o L'avis du patient
 - o La présence de directives anticipées
 - o L'avis de la personne de confiance si il y en a une, et/ou de la famille, et/ou des proches,
- Un encadré d'aide à la réflexion éthique avec un argumentaire rédigé par le médecin responsable,
- Une liste de critères à cocher que le médecin assure avoir réalisés, pour une validité correcte de la procédure (consultation du patient en fonction de son état de conscience, recherche de directives anticipées, recherche de la personne de confiance, consultation des équipes paramédicales et du médecin consultant, consigne des données dans le dossier informatique),
- Une liste des traitements limités ou arrêtés, des traitements de confort et de l'accompagnement des proches,
- Un encadré pour une éventuelle réévaluation qui doit se faire quotidiennement ou après toute demande spécifique de la famille ou du patient.

II.3. Sélection des patients et des données.

Dans cette étude, nous avons d'abord répertorié tous les patients décédés à l'UHCD des urgences de Brive du 1^{er} septembre 2015 au 31 Janvier 2017.

Dans un second temps, nous avons sélectionné tous les patients pour lesquels une décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques a été décidée (grille LATA faite ou non).

Ont été exclus tous les patients décédés de façon brutale ou pour lesquels aucune décision de LATA n'a été initiée.

Concernant un de nos objectifs secondaires qui est d'évaluer le ressenti des professionnels médicaux et paramédicaux du service quant à l'utilisation de cette grille, nous avons réalisé un questionnaire en quatre questions qui nous a permis de récolter ces informations et des remarques pour une amélioration future de la procédure.



II.4. Recueil des données.

Les urgences de Brive sont informatisées via le logiciel RESURGENCES. Le dossier patient standardisé a permis le recueil des données.

L'analyse des dossiers a permis de recueillir les critères de jugement de l'objectif principal, à savoir la collégialité de la démarche, l'avis du patient, l'existence d'une personne de confiance, l'existence de directives anticipées.

Pour certains patients inclus, la limitation ou l'arrêt des thérapeutiques avait été faite avec toutes les étapes qu'elle comporte avec une grille LATA remplie mais il nous manquait certains détails (le nom de la personne de confiance, le nom du spécialiste ayant participé, la présence ou non de l'équipe paramédicale). Nous avons donc procédé à une lecture plus approfondie des dossiers à la recherche des informations rédigées nécessaires à l'étude.

Ensuite nous avons évalué les données épidémiologiques des patients inclus, nécessaire à notre premier objectif secondaire.

Puis nous avons récolté les questionnaires qui avaient été diffusés dans le service et les avons analysés, ce qui nous a permis d'évaluer le ressenti des équipes, correspondant à notre deuxième objectif secondaire.

Le recueil des données a permis une analyse statistique descriptive de l'utilisation de cette grille LATA et de l'épidémiologie des patients inclus ainsi que du ressenti des équipes soignantes.

III. Résultats

49183 patients ont été admis au sein du SAU du centre hospitalier de Brive-La-Gaillarde au cours de la période d'inclusion. Sur ce nombre, 3896 patients ont été pris en charge à l'UHCD avec 100 décès décomptés dans cette unité.

Une décision de limitation et d'arrêt des thérapeutiques actives a été prise chez 63 patients, soit 63% des décès de l'UHCD, ce qui représente 1,6% des patients admis dans cette unité.

III.1. Objectif principal.

L'objectif principal de cette étude est l'évaluation de la bonne pratique de cet outil d'aide à la mise en place d'une procédure de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives dans le cadre de l'UHCD des urgences de l'hôpital de Brive la Gaillarde.

Les critères de jugement sont la présence ou non des facteurs suivants : une décision collégiale, l'avis du patient, l'avis de la personne de confiance, l'existence de directives anticipées.

Dans notre étude, la grille informatique a été utilisée à chaque procédure LATA. Néanmoins, elle a été remplie dans sa totalité dans seulement la moitié des cas, bien que tous les critères principaux (à savoir ceux évalués dans notre étude) étaient retrouvés. Les informations complémentaires étaient écrites de façon claire dans le dossier mais non cochées informatiquement sur la grille. Ces manquements ont été surtout recensés au début de notre période d'inclusion. Le manque de recul sur l'utilisation de cette grille peut donc être une des causes de ces difficultés de remplissage.



III.1.1. Décision collégiale.

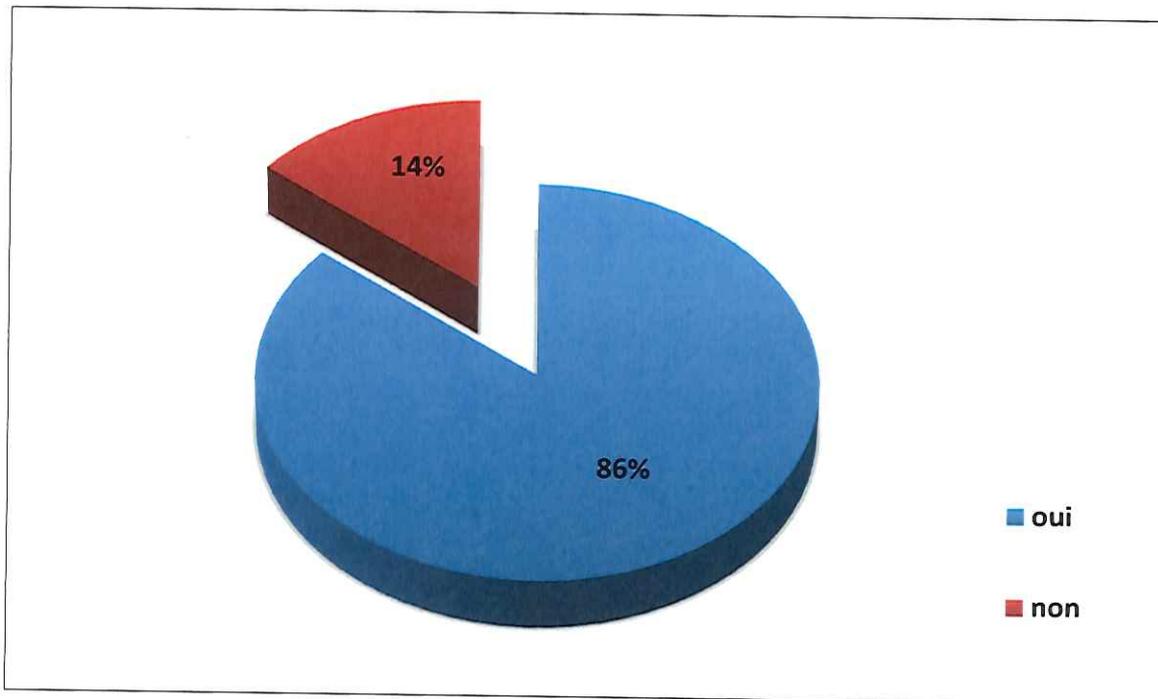


Figure 2 : Répartition des procédures collégiales dans la population de l'étude

Une procédure collégiale a été réalisée dans 86% des cas (soit 54 dossiers). Dans 70% des cas (38 dossiers), un médecin spécialiste faisait partie de la procédure. Le médecin traitant n'a été sollicité que pour 6% des dossiers.

L'équipe paramédicale n'a été sollicitée que dans 21 procédures soit 38% des cas.

Neuf patients n'ont pas bénéficié de décision collégiale de LATA. Pour 7 d'entre eux, le médecin référent n'a pas sollicité l'aide d'un médecin consultant. Pour les 2 restants, la procédure a été mal réalisée car le médecin consultant était représenté par un interne en médecine. Or, la loi stipule que le médecin consultant doit être un médecin thésé et qu'il ne doit y avoir aucun lien hiérarchique entre les médecins participant à la procédure.

III.1.2. Avis du patient.

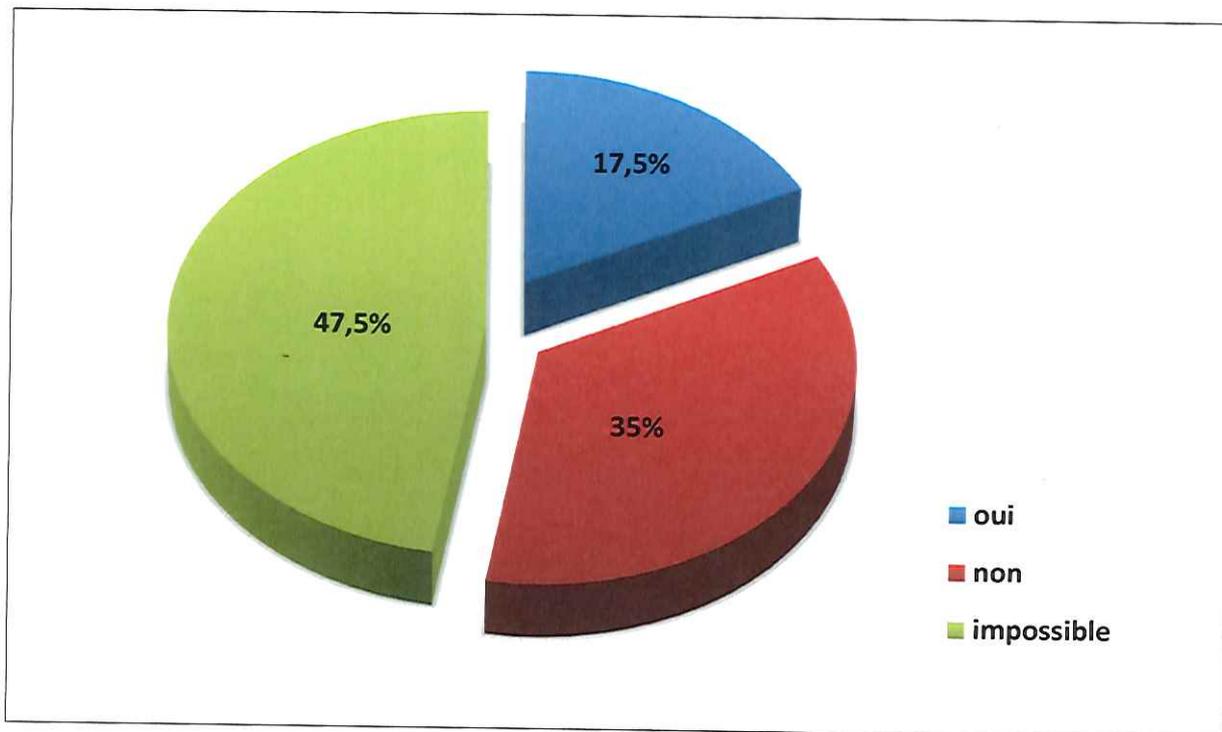


Figure 3 : Répartition de l'avis du patient dans la population de l'étude

Le patient n'a pu donner son avis que dans 17,5% des cas (11 dossiers). Il s'agissait principalement des patients les plus jeunes inclus, ayant une pathologie chronique sous jacente et dont l'aggravation était soit prévisible, soit laissant un état de conscience suffisant pour exprimer les dernières volontés.

L'avis du patient n'a pas été pris dans 35% des cas soit 22 dossiers.

La récolte de leur avis a été impossible dans 47,5% des cas pour deux raisons principales :

- troubles des fonctions supérieures (17%),
- altération de la conscience (83%).

III.1.3. Désignation de la personne de confiance.

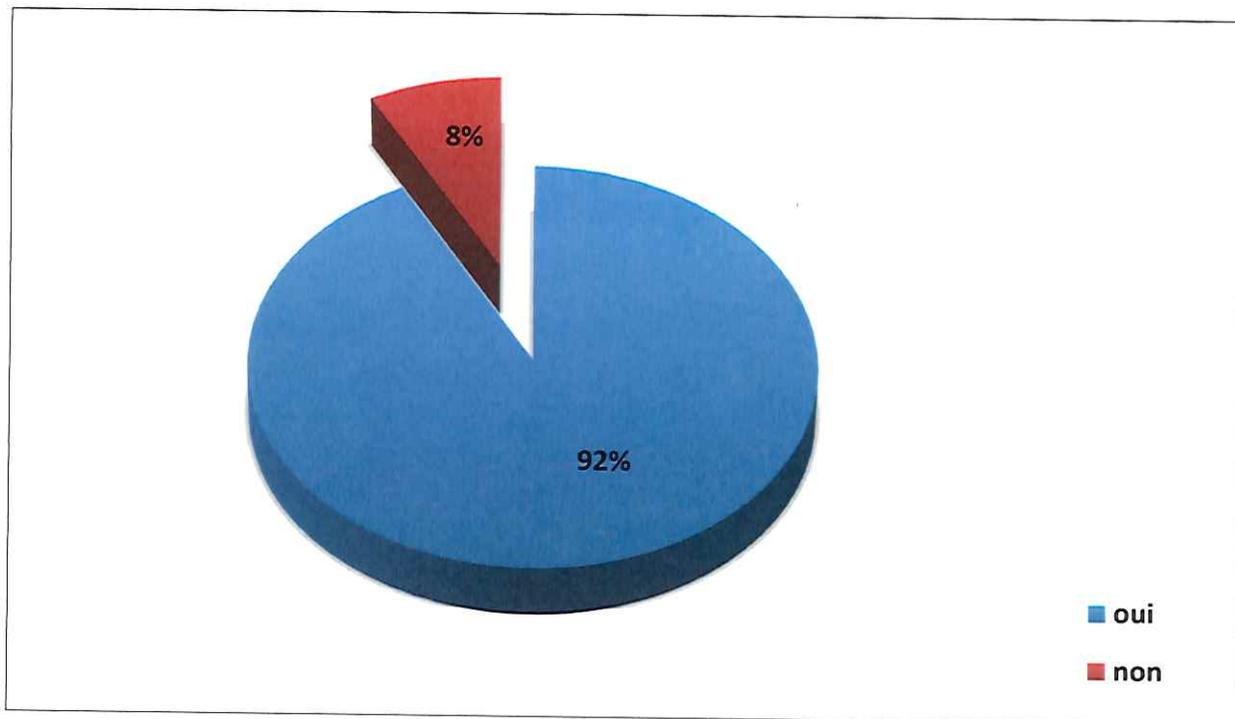


Figure 4 : Répartition de la désignation d'une personne de confiance pour la population de l'étude

La personne de confiance a été sollicitée dans 92% des procédures LATA.

Pour les 5 patients restants, il s'agissait de personnes âgées de plus de 80 ans, isolées ou habitant en maison de retraite et pour lesquelles aucune personne assez proche n'a pu être désignée pour exercer ce rôle.

III.1.4. Existence de directives anticipées.

Seulement 4 patients sur les 63 inclus avaient rédigé des directives anticipées (6%).

Un patient avait précisé et renouvelé verbalement ses dernières volontés à ses proches mais il n'a pu être inclus dans ce sous groupe du fait de l'absence de valeur juridique et législative des directives orales.

III.2. Objectifs secondaires.

Les objectifs secondaires sont, d'une part l'analyse du profil épidémiologique des patients recrutés, et d'autre part l'évaluation du ressenti des équipes médicales et paramédicales qui ont utilisées la grille.

III.2.1. Profil épidémiologique.

III.2.1.1. Sexe et âge.

Dans cette étude, on retrouve 34 femmes contre 29 hommes inclus.

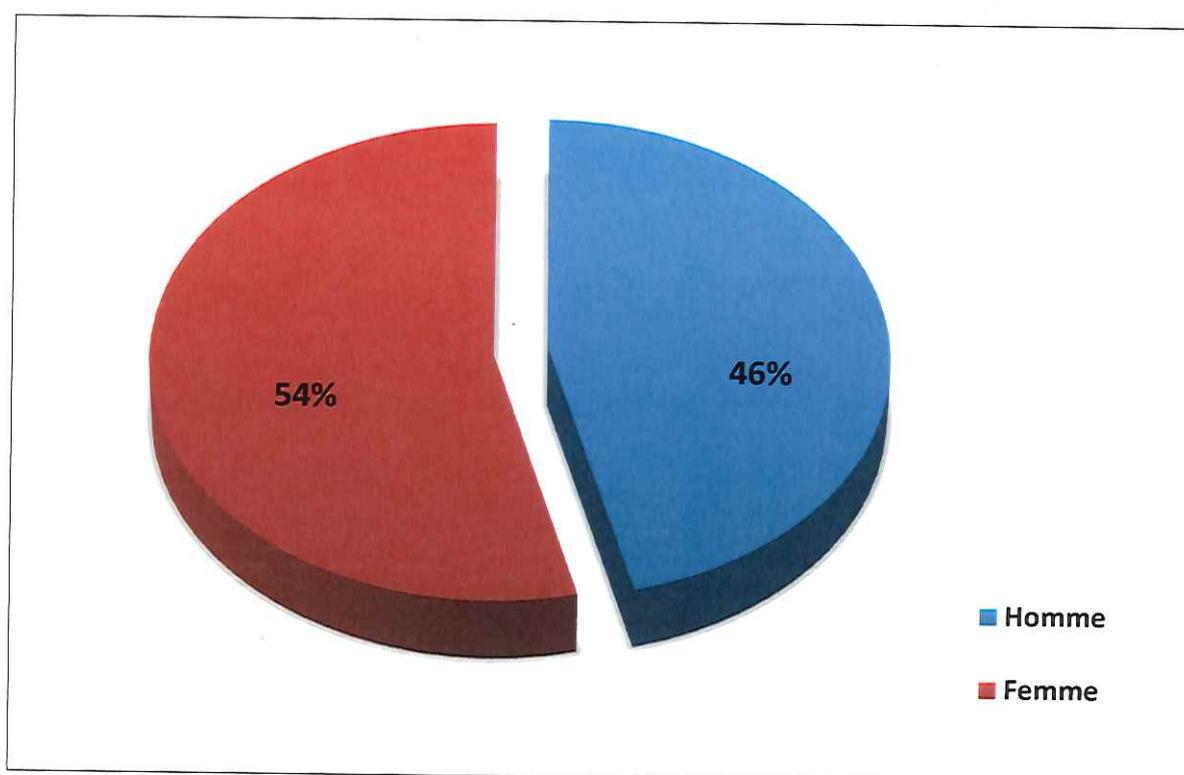


Figure 5 : Répartition par sexe dans la population de l'étude

L'âge moyen de la population recrutée pour l'étude était de 85,2 ans avec un minimum de 48 ans et un maximum de 96 ans.

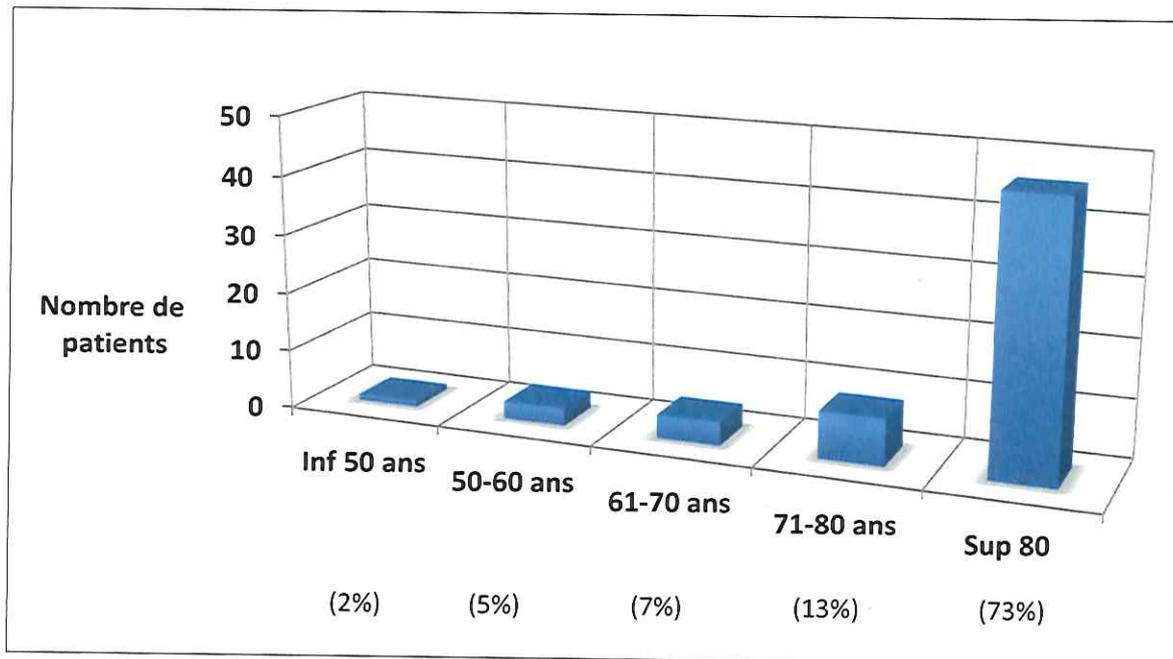


Figure 6 : Répartition par tranche d'âge dans la population de l'étude

III.2.1.2. Provenance.

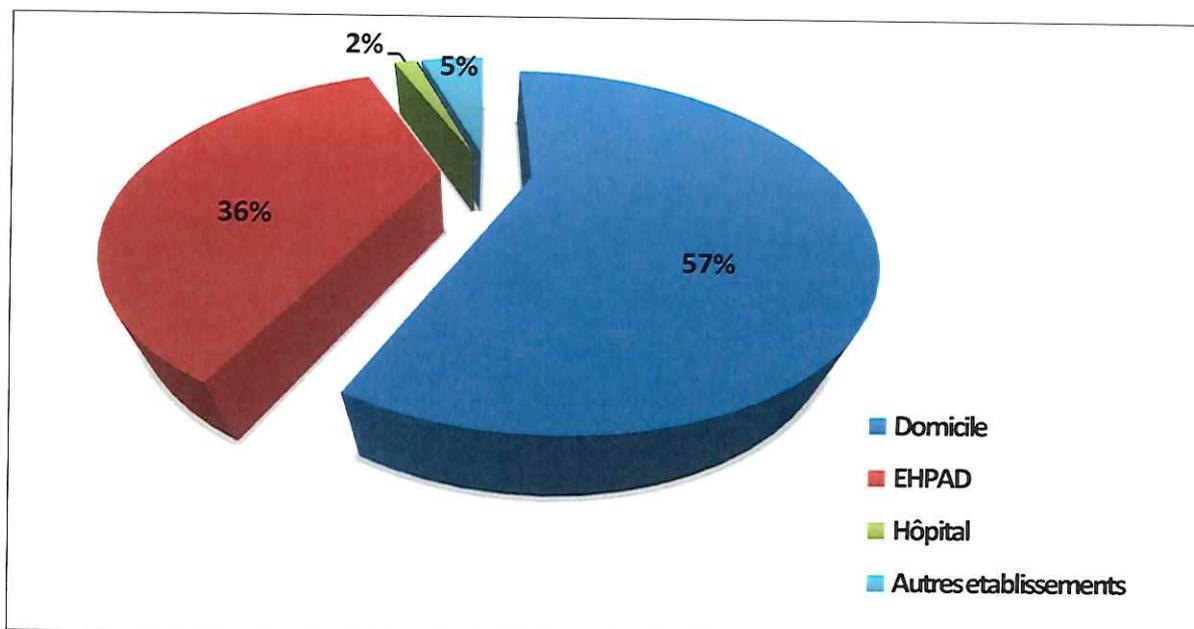


Figure 7 : Répartition par provenance dans la population de l'étude

III.2.1.3. Diagnostic.

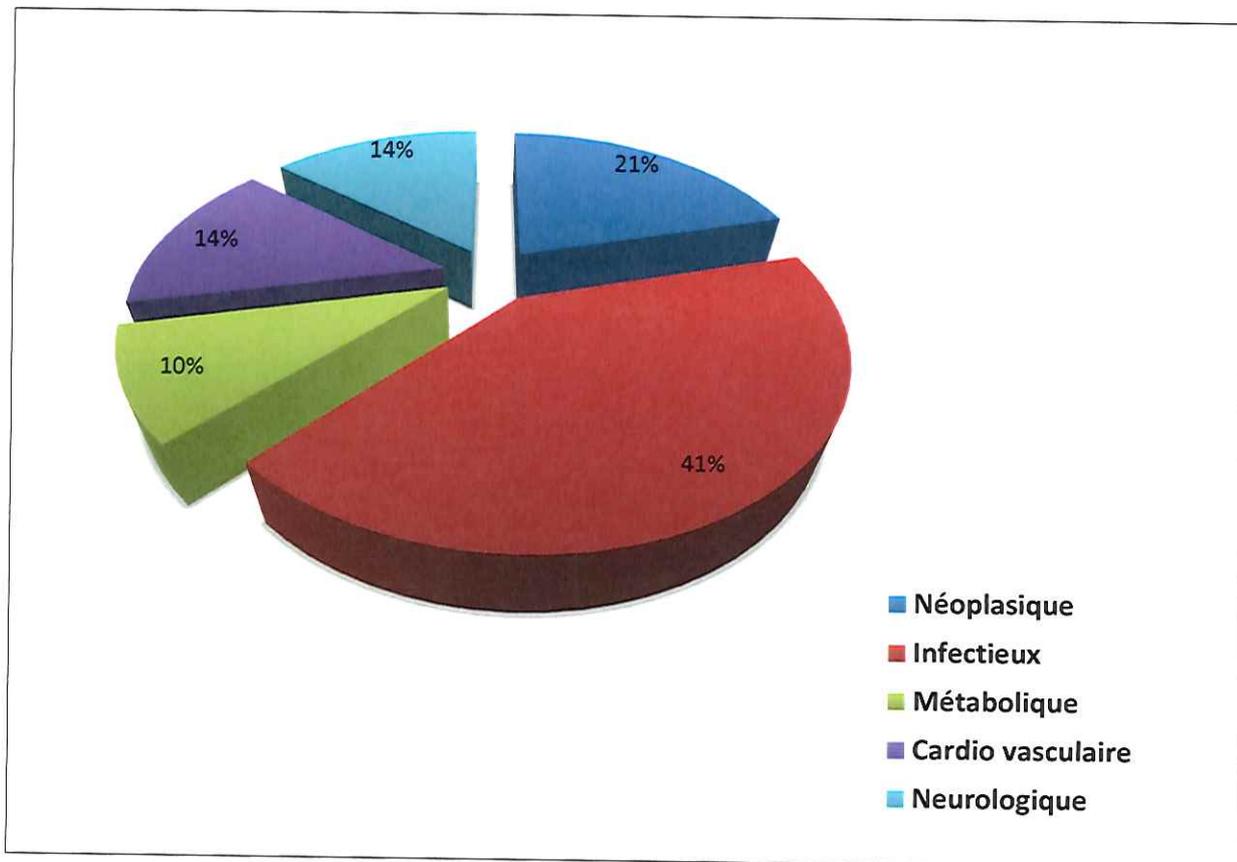


Figure 8 : Répartition par diagnostic dans la population de l'étude

26 patients (41%) sont décédés d'une cause infectieuse sur terrain débilite ou non et principalement de pneumopathies (17 patients).

Les néoplasies ORL et pulmonaires représentaient les causes de décès par cancer les plus fréquentes.

Les causes cardiovasculaires regroupaient 9 patients qui sont décédés de pathologies ischémiques telles que les ischémies aiguës de membre ou ischémies mésentériques; ou bien de pathologies cardiaques létales telles que l'insuffisance cardiaque terminale ou les troubles du rythme.

Les causes neurologiques étaient principalement représentées par des pathologies hémorragiques (telles que les hématomes sous duraux et les AVC hémorragiques) ou ischémiques. 1 seul cas d'état de mal épileptique a été recensé.

Les causes métaboliques venaient en dernier avec principalement des déshydratations, un cas de coma hyperglycémique et un de cirrhose en stade terminal.

Il ressort de l'analyse des dossiers que la grande majorité des patients étaient polypathologiques et que leur décès résultait d'un épisode aigu compliquant la pathologie initiale, ou d'une exacerbation de celle ci.

III.2.2. Ressenti des équipes médicales et paramédicales.

Le ressenti des équipes ayant utilisé la grille LATA a été évalué grâce à un questionnaire en 4 questions, dont la dernière permettait de donner une note globale sur 10 à cet outil.

Nous avons pu récolter 35 questionnaires avec 12 ayant été remplis par le personnel médical (sur 14 médecins urgentistes au total dans le service) et 23 par le personnel paramédical (infirmier(e)s et aides soignant(e)s confondu(e)s).

III.2.2.1. Utilisation de l'outil.

Onze médecins sur 12 utilisaient cet outil pour les prises en charge en LATA. Le seul ayant répondu négativement n'avait jamais été confronté à une situation de fin de vie sur la période d'inclusion.

78% du personnel paramédical déclarent utiliser la grille LATA. Ce résultat est inattendu compte tenu du fait que l'équipe paramédicale n'a été intégrée que dans 38% des procédures au cours de la période d'inclusion.

Certains de ceux qui ont répondu ne pas avoir utilisé la grille LATA déclarent que la procédure n'a pas été réalisée, à tort, dans certaines situations de fin de vie. D'autres déclarent qu'il n'y a pas assez de concertation entre équipes médicales et paramédicales.

II.2.2.2. Amélioration des pratiques.

Dans 85% des cas, les utilisateurs de la grille LATA ont trouvé une amélioration qualitative des pratiques.

Pour les réponses négatives, il s'agissait de 3 personnes n'ayant jamais utilisé la grille LATA et considérant, de fait, qu'ils n'avaient pas assez de recul sur cette procédure.

II.2.2.3. Notation.

Sur une échelle de 0 à 10, la notation moyenne était de 7,7.



Au total, les équipes ont accueilli la mise en place de cette grille avec ouverture d'esprit et curiosité.

Les remarques positives qui sont mises en avant sont :

- une utilisation pratique et rapide au quotidien,
- une réelle évolution positive des pratiques,
- l'intérêt majeur d'une réflexion en équipe,
- une anticipation des questions du malade ou de son entourage sur la prise en charge palliative,
- une unité de discours face au patient et ses proches qui engendre une cohérence dans les soins,
- un apaisement des équipes face à la difficile situation de la fin de vie.

Les principales objections portaient sur les notions suivantes :

- le manque d'intégration des équipes paramédicales dans certaines situations,
- le maintien de la surveillance par scope des patients intégrés dans une prise en charge en LATA,
- la difficile nuance entre limitation et arrêt des thérapeutiques actives (avec un manque d'information théorique initiale sur ces définitions),
- la méconnaissance de la définition des notions de « soins palliatifs » et de « fin de vie ».

IV. Discussion

IV.1. Principaux résultats.

L'objectif principal de cette étude est l'évaluation d'une grille de prise en charge en procédure LATA mise en place par un groupe de travail médical après avis et validation du Comité d'Éthique local en accord avec les dernières recommandations des sociétés savantes telles que la SFMU et la SRLF.

Comme ces sociétés le souhaitent grâce à la mise en place de cette procédure, nous avons voulu tendre vers une amélioration de la qualité des soins, une amélioration du vécu du malade, de ses proches et des équipes soignantes, créer un cadre médico-légal concret et permettre une cohérence des discours.

La procédure a été réalisée pour 63% des patients décédés au sein de l'UHCD des urgences de Brive La Gaillarde. Dans les premiers mois d'inclusion, nous avons remarqué un remplissage incomplet de certaines grilles, concernant principalement le nom de la personne de confiance, la précision du type de spécialiste consultant. Ceci pourra être probablement limité grâce aux résultats de ce travail de thèse qui va mettre en lumière les améliorations à réfléchir et permettre une information des équipes. Un point sur le cadre législatif entourant la fin de vie sera également réalisé car nous avons recensé deux cas pour lesquels la grille LATA était faite, mais où il existait une relation hiérarchique entre les deux médecins présents ce qui a faussé la procédure.

Cette procédure a été collégiale dans 85% des cas avec un recours au spécialiste de façon prépondérante.

L'avis du patient n'a pu être récolté que dans 17,5% des cas. Lorsque celui-ci ne pouvait être exprimé (troubles des fonctions supérieures, altération de la conscience), soit 47,5% des cas, la personne de confiance a été systématiquement consultée.

Pour 90% des dossiers, celle-ci avait d'ailleurs été désignée.

Concernant les directives anticipées, moins d'un dixième des dossiers retrouvaient leur existence.

Sur le plan épidémiologique, nous avons obtenu un sex ratio proche de 1.

La tranche d'âge la plus représentée était celle des plus de 80 ans (73%). La grande majorité des patients venait de son domicile.

Sur le plan diagnostique, les causes de décès étaient d'abord infectieuses et néoplasiques, puis viennent ensuite les causes cardiovasculaires, neurologiques et métaboliques.

Les équipes soignantes interrogées ont globalement mis en avant le fait qu'il existait une réelle amélioration qualitative de la prise en charge des patients en fin de vie et de leurs proches au sein de l'UHCD après la création de cet outil. Les pistes d'amélioration proposées seraient une utilisation plus systématique de la procédure et une intégration systématique des équipes paramédicales lors de la prise de décision.



IV.2. Validité intrinsèque de l'étude

4.2.1. Forces

Cette étude a permis de faire un état des lieux de la prise en charge palliative au sein de notre service d'urgence. Très peu d'études ont été réalisées sur ce sujet en France et trop peu de services d'urgences possèdent ce genre d'outil.

Même si ce critère n'a pas été évalué précisément, il semblerait que l'utilisation d'une grille écrite annexée au dossier médical unique du patient améliore la qualité de prise en charge du patient et de ses proches. Sur la période d'inclusion nous avons reçus trois lettres de remerciements de familles de patients décédées attestant de leur gratitude quant au professionnalisme et à l'empathie dont les équipes avaient fait preuve (l'une d'elle est en exemple en annexe 3).

Il semblerait également que la transmission éventuelle du patient vers un lit d'aval soit facilitée par l'initiation de cette procédure si il n'est pas décédé dans les 24 premières heures suivant son admission.

En tant qu'évaluation de bonnes pratiques, cette étude a permis de mettre en lumière les points positifs et ceux à améliorer dans ce contexte de gestion de fin de vie.

4.2.2. Limites

Notre étude porte sur un effectif de taille moyenne et est sur un modèle descriptif et observationnel. Elle représente un état des lieux de la mise en place de cette « grille LATA » au sein du service d'urgence et plus précisément de l'UHCD du CH de Brive-La-Gaillarde qui n'a pas de but scientifique et possède donc un faible niveau de preuve.

Son caractère unicentrique représente une des limites de cette étude puisque pourrait se poser la question de la diffusion de ce protocole de service à d'autres services d'urgence limousins et/ou français.

Il existe également probablement un biais de sélection car nous n'avons pas inclus les patients pour lesquels une LATA a été discutée et qui ne sont pas décédés (3 dossiers sur la période d'inclusion). Dans certaines études, il existe des décisions de LATA pour des patients n'ayant pas un risque de fin de vie à court terme. Or, ce type de situation apparaît être très sporadique dans notre échantillon, tous nos patients inclus étant décédés dans les 24 heures suivant la décision.



IV.3. Validité extrinsèque de l'étude

Les procédures de LATA telles qu'elles ont été faites dans notre service restent encore trop peu utilisées en France.

En 2003, Le Conte montrait dans son étude multicentrique dans 176 services que seulement 2,4% des services possèdent ce genre de grille d'aide. [26] En 2004, Ferrand interrogeait le personnel infirmier de 2750 hôpitaux et retrouvait seulement 12,2% de services dotés de procédures LATA [27]. En Limousin, seul le service des urgences du CH Brive possède officiellement ce type de grille.

Lorsque l'outil existe, un nombre croissant de procédures de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives indexé au nombre de décès au sein des urgences est observé (63% en 1997 [12] contre 78,8% en 2005 au cours d'une étude multicentrique [13]). Notre étude porte uniquement sur les décès au sein de l'UHCD mais montre un pourcentage de procédures de 63%, chiffre cohérent avec ces études. Il faut signaler également qu'aucune procédure LATA n'a été réalisée au SAU sur la période d'inclusion.

Dans notre étude, le taux de LATA par rapport au nombre d'admissions au SAU représente 0,12% des entrées contre 0,65% pour l'étude de Le Conte et al. sur 111 patients [28], 0,96% en 2011 pour Béreau et al. (70 patients)[18] , et 0,4% en 2012 pour Verniolle (98 patients)[29]. Notre étude a été faite assez précocement après la diffusion de l'outil ce qui peut expliquer ce pourcentage inférieur à ceux de la littérature.

Le cadre légal posé par la nouvelle loi Claeys-Leonetti de Février 2016 a permis de définir de façon précise la notion de collégialité [23]. Les sociétés savantes avaient aussi mis l'accent sur cette notion médicolegale primordiale. Lors de la mise en place de notre grille, le principe de collégialité a été mis en avant avec un rappel du cadre légal aux utilisateurs. Dans la littérature, l'étude SU-DALISA montre la présence d'au moins 2 médecins dans 80% des cas avec une implication des équipes paramédicales dans seulement 27% des cas [13]. A Brive, 85% des procédures ont été faites de façon collégiale. Ce résultat est relativement satisfaisant puisque la grille LATA a été mise en place notamment après une demande récurrente des équipes soignantes de créer une procédure protocolée pour la prise en charge des fins de vie et qui rassemblerait tous les acteurs de soins sur un temps dédié.

Malheureusement, les équipes paramédicales n'ont pas été assez consultées et intégrées puisqu'elles n'ont participé à la procédure que dans 33% des cas (chiffre quasi identique à l'étude SU-DALISA [13], alors que Verniolle retrouvait un pourcentage de 65% [29]). Dès 2006, la loi demande pourtant leur implication dès que « l'équipe de soins existe » [30]. Le personnel paramédical est très souvent en première ligne dans les soins prodigués, ils assurent une surveillance rapprochée des symptômes d'inconfort et de douleur. Ils seront aussi face aux patients et aux familles autant que le médecin et devront donc répondre aux interrogations et inquiétudes de tous, avec toujours comme objectif l'unité de discours. Des études ont été consacrées à leur rôle dans la prise en charge de la fin de vie et concluent toutes à une insuffisance de concertation malgré le rôle central qu'ils occupent [11] [27]. Nous avons donc trouvé important d'évaluer leur ressenti en fin d'inclusion grâce à un questionnaire anonyme qui est concordant avec le constat de ces études.

De plus, dans notre étude le médecin traitant n'a été sollicité que pour 6% des patients ce qui est très insuffisant. Dans une étude de 2003 réalisée auprès de 161 généralistes, seuls 14.9% des médecins interrogés avaient été sollicités pour participer à la réflexion, 7% informés



dès l'admission [31]. Plus récemment dans une étude de 2012 [18], le médecin généraliste a été consulté dans 62,4% des cas ce qui montre une évolution des procédures même si leur intégration devrait être systématique.

Il paraît pourtant nécessaire d'intégrer le médecin généraliste à cette prise en charge, lui qui connaît le malade et parfois ses proches, qui l'a soigné sur le long terme et qui de ce fait ne doit pas être écarté de l'étape douloureuse de sa fin de vie. Il peut constituer une aide précieuse pour la collecte d'informations et peut être le relai des souhaits éventuellement exprimés antérieurement par le patient. Peu d'études ont été réalisées sur le sujet mais Ferrand E. a réalisé une enquête pour préciser la place du médecin traitant dans ce genre de situation [31]. Même si la loi du 4 Mars 2002 a amené une légitimité au médecin traitant (en leur permettant si nécessaire d'être la personne de confiance), ils ne sont consultés que de façon très irrégulière. Sur les 160 médecins interrogés dans cette étude, seulement un quart avaient déjà été sollicités pour la fin de vie d'un de leur patient et parmi eux seulement un tiers avait réellement participé à la décision. L'attention des médecins hospitaliers devra être portée sur ce manquement.

Selon la SRLF le taux de patients en fin de vie aptes à consentir était estimé à moins de 10 % [4]. Dans l'étude prospective multicentrique de Le Conte et al.[13], 72,3% des patients n'étaient pas en mesure de donner leur avis, 8,2% des 1907 patients étaient capables de parler et dans ce pourcentage, seulement 2,6% ont été en capacité d'exprimer leurs dernières volontés. Béreau, lui présente un taux d'implication du patient de 20% [18]. Dans notre étude, le patient était dans l'impossibilité de donner son avis dans près de la moitié des cas. Seuls 18% des patients ont pu exprimer leurs dernières volontés. Pour les 35% restants, le patient n'a pas été impliqué dans la décision. Ce taux élevé peut être en rapport avec la charge émotionnelle importante pour le praticien que représente l'abord de ces notions avec le patient lui-même (un des utilisateurs de la grille LATA nous en a d'ailleurs fait la remarque).

Néanmoins, à Brive, chaque dossier était rigoureusement rempli en ce qui concernait la personne de confiance. Dans 90% des cas pour notre étude, elle avait été désignée et les 10% restants représentaient des patients isolés et n'ayant aucune famille ou personne proche pouvant endosser cette responsabilité. Notre résultat pour ce critère est bien au dessus de ceux de la littérature puisqu'une personne de confiance a été retrouvée dans 17,1% des cas en 2013 [18] contre 3,9% dans l'étude SU-DALISA, contrairement aux études antérieures où aucune n'avait été répertoriée [13]. Avec l'ancrage de cette notion dans la nouvelle loi de 2016 et la définition du rôle propre de cette personne de confiance, cette notion est en train de se démocratiser. De plus en plus fréquemment, pour tout type d'hospitalisation, le patient se voit demander de remplir un formulaire de désignation de personne à prévenir et de personne de confiance ce qui montre bien l'évolution des mentalités.

Comme décrit en introduction, le cadre législatif a vu évoluer également la notion de directives anticipées qui s'imposent maintenant au médecin si elles existent et n'ont plus de délai de validité. Dans notre étude, nous n'en avons retrouvé que de façon très sporadique dans seulement 6% des cas. Cette notion est peu ou mal connue du grand public mais aussi des professionnels de santé. De fait, même dans la littérature Le Conte et al. ne retrouvaient de directives anticipées que de façon marginale dans leur étude SU-DALISA[13].

En 2012, le rapport Sicard de la Commission de Réflexion sur la Fin de Vie en France montre que seulement 2,5% des patients décédés avaient rédigé leurs directives anticipées en France [33].



La peur de la mort et la difficulté d'anticipation des derniers instants en est probablement la première cause. Avec l'âge, on voit apparaître une négation de la mort, peut être en rapport avec une peur de la fin. Un enquête de l'Hôpital Cochin a montré que 83% des personnes incluses de plus de 75 ans n'étaient pas intéressées par la rédaction de directives anticipées : « Les raisons alléguées pour ce désintérêt étaient, pour 42% d'entre elles, qu'elles ne se sentaient pas concernées » [34]. Ceci est en accord avec un autre écrit plus ancien sur la place des directives anticipées en gériatrie « qui font naître chez la personne âgée des mouvements défensifs divers, signes d'un travail du négatif, d'un travail du non à la vieillesse, du non à la mort... » [35]. Notre étude est en adéquation avec ce constat puisque les patients qui en avaient rédigés faisaient partis des plus jeunes inclus.

Le manque d'information sur les modalités légales diminue également leur taux de rédaction. Une étude de 2012 montrait que 57.5% des personnes interrogées ne connaissaient pas le principe mais y étaient favorables [36]. Le médecin généraliste a la aussi une responsabilité de sensibilisation de ses patients à cette notion afin de désacraliser la notion de fin de vie.

D'un point de vue épidémiologique, notre étude est en accord avec les chiffres rapportés dans d'autres écrits. Dans les études les plus récentes les populations concernées étaient globalement âgées (77+/-15 ans [13], 82,1 ans [18], 85,2 ans pour notre étude), avec un sex ratio de 1, en provenance du domicile (72%[13], 57,1%[18], 48% [19], 57% pour notre étude), avec des pathologies chroniques sous jacentes.

Les motifs de recours étaient principalement : infectieux (40% [18], 41% pour notre étude), cardiovasculaires (38% [13], 15% [18], 14% pour nous), neurologiques (21% [13], 10% [18], 14% à Brive).

Grâce aux débats publics diffusés largement dans les médias et les réseaux d'information, la population médicale est de plus en plus sensibilisée à la fin de vie. Malgré tout, selon l'étude de Bichat et al., réalisée auprès de 87 urgentistes, 76% ignorent la définition officielle des soins palliatifs, 71 % méconnaissent les recommandations officielles, et 93 % ne possèdent aucune formation [37].

Dans notre étude, les médecins urgentistes interrogés ne font aucune remarque sur la volonté ou la nécessité de formation théorique ou pratique sur les notions de fin de vie. En revanche, les équipes paramédicales sont davantage en demande d'une précision sur les notions de fin de vie et de soins palliatifs. Il sera intéressant à l'avenir de chercher à renouveler les mises à jour de nos connaissances sur la fin de vie dans le cadre de l'urgence afin de pérenniser les performances et de les améliorer. Ceci peut être proposé dans le cadre de la formation médicale continue mais aussi de la formation initiale avec l'encadrement et la mise en situation des internes en médecine. Le personnel paramédical pourra bénéficier de formations théoriques (par le biais par exemple des équipes mobiles de soins palliatifs, de conférences, ...) et pratiques avec des mises en situations concrètes au sein du service.

La collégialité induite par ces procédures pourrait être respectée en amont et en aval du SAU. En effet, de plus en plus d'études se penchent sur le sujet de la prise en charge palliative en préhospitalier par les services SAMU/SMUR, afin de favoriser le maintien à domicile de ces patients. Tout ceci se ferait en lien avec les équipes mobiles de soins palliatifs, de l'Hospitalisation à Domicile et du médecin traitant.



En aval, les services hospitaliers doivent permettre une continuité et une unité de discours et de soins. A Brive, la diffusion de la grille LATA de l'UHCD à l'ensemble des services hospitaliers est en cours de discussion.

IV.4. Apports et perspectives

La grille LATA a été mise en place après le recensement de plusieurs remarques concernant la gestion de la fin de vie, avec des équipes parfois désemparées devant l'absence de cadre médico-légal et d'uniformité de procédure.

La mise en place du protocole a permis une initiation des discussions sur la limitation ou l'arrêt des traitements dans les situations de fin de vie, avec un support de réflexion concret. Il a permis le respect des règles médico-légales avec une prise de conscience des équipes sur la nécessité d'amélioration des pratiques.

L'outil informatique est validé et facile d'utilisation en pratique courante. Un axe d'amélioration pourrait être un remplissage plus rigoureux du nom de la personne de confiance et de son lien avec le malade.

Une étude prospective pourra être proposée pour évaluer l'évolution des pratiques à distance de la mise en place de cet outil, avec une comparaison de nos résultats.

A l'avenir, la codification administrative de ces démarches pourrait permettre une valorisation du travail des équipes avec, nous l'espérons, une augmentation de l'effectif des soignants dédiés à cette procédure pour que la qualité de prise en charge des derniers instants soit optimale. De plus, elle pourrait éventuellement faire revoir le nombre de lits fléchés pour les prises en charge palliatives afin que ces patients soient directement pris en charge dans les services spécialisés.

Conclusion

La médecine d'urgence repose sur les principes de permanence des soins, d'actes médicaux et aussi d'éthique.

Les décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives deviennent une part non négligeable et de plus en plus courante de l'activité de médecine d'urgence.

Elles ne constituent pas un arrêt des soins ou une procédure euthanasique mais une recherche à chaque instant de soins de confort pour le patient, mais aussi d'un soutien et d'un accompagnement de son entourage.

La mise en place de grilles de prise en charge codifiées pose un cadre médico-légal concret. La décision doit être de ce fait à chaque fois collégiale comme stipulé dans les dernières recommandations des sociétés savantes et les textes législatifs. Cette collégialité permet une intégration des équipes paramédicales qu'il faudra encore favoriser dans l'avenir. Ils sont en effet en première ligne de la démarche de soins.

Les services d'urgence doivent se préparer à intégrer une culture palliative puisque les tendances médicales et législatives ne semblent pas faire diminuer ce genre de prises en charge.

Le SAU de l'hôpital de Brive La Gaillarde a choisi de réaliser un groupe de travail multidisciplinaire qui a établi ce protocole de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives à partir des recommandations des sociétés savantes, validé en plusieurs temps par le Comité d'Éthique local.

Une diffusion de ce protocole à l'ensemble des services hospitaliers du CH Brive est en cours de projet ce qui permettrait une pérennisation de cette démarche et un gage de réussite pour cet outil. De plus, ceci permettra une continuité des soins si le patient est transféré dans un service hospitalier.

La pérennisation de ce travail repose sur le maintien de la formation des équipes aux principes éthiques, à la prise en charge palliative et à l'accompagnement des malades et de leurs familles afin qu'aucun détail ne soit laissé au hasard.

Références bibliographiques

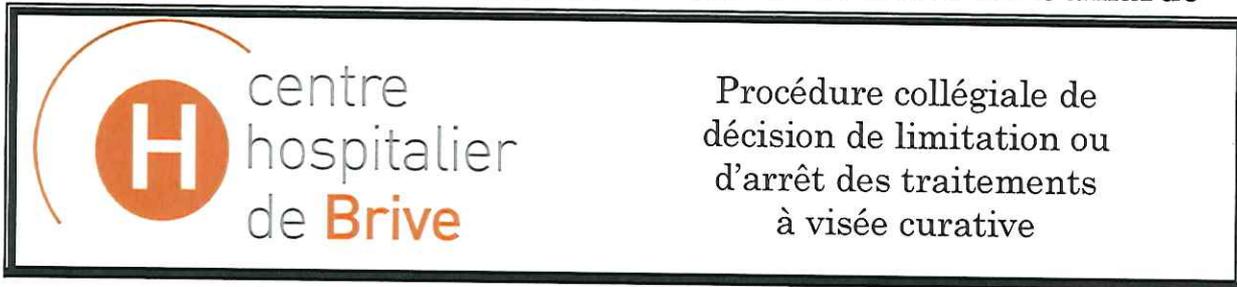
- [1] Lalande Françoise et Veber Olivier, « La Mort à l'hôpital, Rapport IGAS », janv. 2010.
- [2] C. Rothmann et D. Evrard, « La mort aux urgences », *Journal Européen des Urgences*, vol. 18, n° 1, p. 3-9, mars 2005.
- [3] « Société Française de Médecine d'Urgence. Ethique et Urgence: réflexions et recommandations de la Société francophone de Médecine d'urgence. » [En ligne]. Disponible sur: http://www.sfm.org/upload/consensus/rbpc_ethique.pdf.
- [4] Société de réanimation de langue, « Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des recommandations de la Société de réanimation de langue française », *Réanimation*, vol. 19, n° 8, p. 679-698, déc. 2010.
- [5] Ferrand E., « Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte. Recommandations de la Société de réanimation de langue française », *Réanimation* 2002, n° 11, p. 442-9.
- [6] « consensus_arret_rea.pdf » .
- [7] « Code de la santé publique - sante_publicue.pdf ». [En ligne]. Disponible sur: http://codes.droit.org/CodV3/sante_publicue.pdf.
- [8] « Code de déontologie médicale », <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>, Avril-2017. .
- [9] A. K. Smith *et al.*, « Am I doing the right thing? Provider perspectives on improving palliative care in the emergency department », *Ann Emerg Med*, vol. 54, n° 1, p. 86-93, 93.e1, juill. 2009.
- [10] J. M. Hauser, M. Preodor, E. Roman, D. M. Jarvis, et L. Emanuel, « The Evolution and Dissemination of the Education in Palliative and End-of-Life Care Program », *J Palliat Med*, vol. 18, n° 9, p. 765-770, sept. 2015.
- [11] E. Ferrand *et al.*, « Circumstances of death in hospitalized patients and nurses' perceptions: French multicenter Mort-a-l'Hôpital survey », *Arch. Intern. Med.*, vol. 168, n° 8, p. 867-875, avr. 2008.
- [12] E. ROUPIE, « La mort aux urgences : enquête prospective préliminaire. », *Actualités en réanimation et urgences*, p. 281-289, 1999.
- [13] P. Le Conte *et al.*, « Death in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support », *Intensive Care Medicine*, vol. 36, n° 5, p. 765-772, mai 2010.
- [14] J. C. Olsen, M. L. Buenefe, et W. D. Falco, « Death in the emergency department », *Ann Emerg Med*, vol. 31, n° 6, p. 758-765, juin 1998.
- [15] N. Ly et L. F. McCaig, « National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2000 outpatient department summary », *Adv Data*, n° 327, p. 1-27, juin 2002.
- [16] T. J. Prendergast, M. T. Claessens, et J. M. Luce, « A national survey of end-of-life care for critically ill patients », *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, vol. 158, n° 4, p. 1163-1167, oct. 1998.
- [17] B. Tardy et A. Viallon, « Fin de vie aux urgences », *Réanimation*, vol. 14, n° 8, p. 680-685, déc. 2005.
- [18] J. Béreau, A. Reix, I. Faure, et C. Gabinski, « Mise en place et premières évaluations d'un protocole d'aide à la décision éthique dans un service d'urgence », *Journal Européen des Urgences et de Réanimation*, vol. 25, n° 1, p. 4-10, mars 2013.
- [19] B. Tardy *et al.*, « Death of terminally ill patients on a stretcher in the emergency department: a French speciality? », *Intensive Care Med*, vol. 28, n° 11, p. 1625-1628, nov. 2002.
- [20] *Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.*
- [21] *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.*



- [22] LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. 2005.
- [23] LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. 2016.
- [24] C. L. Sprung *et al.*, « End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study », *JAMA*, vol. 290, n° 6, p. 790-797, août 2003.
- [25] J. Carlet *et al.*, « Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care Challenges in end-of-life care in the ICU? Brussels, Belgium, April 2003 », *R?animation*, vol. 13, n° 6-7, p. 440-452, sept. 2004.
- [26] P. Le Conte *et al.*, « Épidémiologie des décès avec analyse des décisions de limitation du niveau de soins dans les services d'urgence », *Journal Européen des Urgences*, vol. 20, n° 1, p. 136, mai 2007.
- [27] E. Ferrand *et al.*, « Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions », *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, vol. 167, n° 10, p. 1310-1315, mai 2003.
- [28] P. Le Conte *et al.*, « Mise en place d'une procédure de limitation ou d'arrêt des soins actifs dans un service d'urgence », *Journal Européen des Urgences*, vol. 18, n° 4, p. 188-192, déc. 2005.
- [29] M. Verniolle *et al.*, « Evaluation des démarches de limitation et d'arrêt de traitement en salle d'accueil des urgences vitales », vol. 30, n° 9, p. 625-629, sept. 2011.
- [30] Décret n°2006-120 du 6 février 2006 relatif à la procédure collégiale prévue par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006.
- [31] Edouard Ferrand et Sylvain Fernandez-Curiel, « Le rôle du médecin généraliste lors de la décision d'arrêt thérapeutique prise à l'hôpital. ». Disponible sur: http://www.reseau-epsilon.fr/pages/dea_sylvain_resume.pdf.
- [32] Sicard D., « Rapport de la Commission de réflexion sur la fin de vie en France », <http://www.social-santé.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-de-la-commission-de-reflexion-sur-la-fin-de-vie-en-France.pdf>.
- [33] V. Fournier, D. Berthiau, E. Kempf, et J. d'Haussy, « Quelle utilité des directives anticipées pour les médecins ? », *La Presse Médicale*, vol. 42, n° 6, p. e159-e169, juin 2013.
- [34] L. Molli, B. Cadec, et M. Myslinski, « Les directives anticipées et la personne de confiance en gériatrie: de l'émergence de mouvements défensifs à une possibilité d'élaboration psychique sur le vieillissement et la mort proche pour le sujet âgé et sa famille », *Pratiques Psychologiques*, vol. 13, n° 2, p. 137-151, juin 2007.
- [35] G. G. Guyon *et al.*, « [Trusted person and living will: information and implementation defect] », *Rev Med Interne*, vol. 35, n° 10, p. 643-648, oct. 2014.
- [36] J.-B. Bichat, C. Rothmann, P.-E. Bollaert, et X. Ducrocq, « Fin de vie et soins palliatifs en médecine d'urgence : à propos d'une enquête nationale de pratique », *Annales françaises de médecine d'urgence*, vol. 3, n° 5, p. 275-279, sept. 2013.



ANNEXE 1 : Grille LATA de l'UHCD de Brive La Gaillarde



REUNION INTERDISCIPLINAIRE : U.H.C.D.

DATE :_

NOM DU PATIENT :

A l'initiative de :

Médecin Autre Professionnel de Santé

Patient Personne de confiance Famille Proches

Composition de l'équipe participant à la discussion :

| Nom | Fonction | Signature |
|-----|----------|-----------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Médecin(s) responsable(s) : Nom(s) : Signature(s) :

2^{ème} avis médical éventuel : Nom : Signature :

3^{ème} avis médical éventuel Nom : Signature :

Autre référent Nom : Signature

LE MALADE ET SES PROCHES :

| | | | |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------|---|
| Avis du patient : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | impossible <input type="checkbox"/> |
| Directives anticipées : | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | |
| Personne de confiance : | Nom | Lien | Avis recueilli oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| Famille : | Nom | Lien | Avis recueilli oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| Proches : | Nom | Lien | Avis recueilli oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |

AIDE A LA REFLEXION

ARGUMENTAIRE

- 1 – Quelle est la pathologie évolutive du patient ?
- 2 – Quel est son degré d'évolution ?
- 3 – Quelle est la nature de l'épisode actuel surajouté ?
- 4 – Est-il facilement curable ou non ?
- 5 – Y-a-t-il une répétition récente d'épisodes aigus rapprochés ou une multiplicité d'atteintes pathologiques diverses ?
- 6 – Que dit le patient s'il peut le faire ? (principe d'autonomie)
- 7 – Qu'exprime-t-il à travers son comportement corporel et sa coopération aux soins ?
- 8 – Quelle est la qualité de son confort actuel ?
- 9 – Qu'en pense sa famille ?
- 10 – Qu'en pensent les soignants qui le côtoient le plus souvent ?

Le médecin responsable assure :

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

| Traitements et examens | | |
|---|-----|-----|
| Massage cardiaque externe en cas d'arrêt cardio-respiratoire | OUI | NON |
| Intubation | OUI | NON |
| Oxygénothérapie | OUI | NON |
| Ventilation non invasive | OUI | NON |
| Vasopresseurs | OUI | NON |
| Transfusion | OUI | NON |
| Antibiothérapie | OUI | NON |
| Acte chirurgical | OUI | NON |
| Hydratation artificielle (entérale ou parentérale) | OUI | NON |
| Nutrition artificielle (entérale ou parentérale) | OUI | NON |
| Monitoring | OUI | NON |
| Examens complémentaires (Imagerie, biologie,...) | OUI | NON |
| Traitement de confort | | |
| Antalgie par morphinique | OUI | NON |
| Sédation profonde et continue (cf. scores : «score de RUDKIN ») | OUI | NON |
| Scopolamine | OUI | NON |
| Accompagnement | | |
| Liberté des horaires de visite (H24) | OUI | NON |
| Proposition aux proches d'être présents lors du décès | OUI | NON |
| Proposition aux proches ou au patient d'une visite du représentant du culte | OUI | NON |

Texte libre/Réévaluation :

Texte libre/Réévaluation :

ANNEXE 2 : Questionnaire d'évaluation de la grille LATA

Questionnaire d'évaluation de la bonne pratique de la grille LATA mise en place à l'UHCD des urgences du CH Brive-La-Gaillarde. Avis du personnel soignant.

Veillez trouver ci-après un questionnaire anonyme d'évaluation de votre ressenti quant à la mise en place et l'utilisation de la grille LATA à l'UHCD. Je l'utiliserai dans ma thèse de Médecine qui évalue la bonne pratique de l'utilisation de cette grille et ce qu'elle a apportée pour le service. Merci d'avance. Pauline

1. Quel est votre statut ?

- Aide soignante
- Infirmière
- Médecin

2. Utilisez vous la grille LATA pour les situations de fin de vie ?

- OUI
- NON

Si NON, Pourquoi ?

- Inutilité de la procédure
- Procédure administrative trop longue
- Manque de formation

3. Objectivez vous une amélioration de la qualité des prises en charge des patients en fin de vie à l'UHCD depuis la mise en place de cette grille LATA ?

- OUI
- NON

4. Sur une échelle de 0 à 10 comment notez vous cette grille LATA (0= pas adaptée, 10= très adaptée) ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

REMARQUES :



ANNEXE 3 : Lettre de remerciement d'une famille

est parti le _____, des suites d'une
ouïe et longue maladie. La vie réserve de très belles
surprises, c'est vrai, mais comme une tempête, elle est
aussi capable de tout détruire sur son chemin. C'est ce
qu'elle s'est permise de faire dans notre couple. Une bien
ceveille décision, mais dont on est plus maître.
Ce parcours, ce combat, c'est 2 ans et demi de bataille, nous
les avons parcourus, et surtout _____ avec force et courage.
Les traitements, les douleurs, ils les a combattus avec une telle
force... En vain, l'heure de la sortie, a sonné bien trop tôt.
Cette dernière nuit reste pour moi marquée à haut jamais
dans ma mémoire. Cette nuit, nous l'avons vécu avec vous,
et grâce à votre accompagnement, votre professionnalisme,
et votre cosquette d'être humain, vous avez fait un travail
considérable, afin que ma douleur et mon vécu de ces dernières
heures, entourés de vous reste, et me laisse une image de fin
de vie plus apaisante pour mon travail de deuil présent et à
venir. On critique beaucoup les Urgences, moi je vous dis
Beavis, et un grand merci d'avoir donné de votre temps et
d'avoir eu tant de gestes de TENDRESSE.
On ne réserve des belles rencontres et vous en faites parfois.
Merci pour tout, et continuez ce métier tellement dur et
épuisant avec autant de patience, de compréhension et d'Amour.
Toute merci



Table des Annexes

Annexe 1 : Grille LATA de l'UHCD de Brive La Gaillarde

Annexe 2 : Questionnaire d'évaluation de la grille LATA

Annexe 3 : Lettre de remerciement d'une famille.



Table des Figures

| | |
|---|----|
| Figure 1 : Recommandations SRLF 2010..... | 23 |
| Figure 2 : Répartition des procédures collégiales dans la population de l'étude..... | 36 |
| Figure 3 : Répartition de l'avis du patient dans la population de l'étude..... | 37 |
| Figure 4 : Répartition de la désignation d'une personne de confiance pour la population de l'étude..... | 38 |
| Figure 5 : Répartition par sexe dans la population de l'étude..... | 39 |
| Figure 6 : Répartition par tranche d'âge dans la population de l'étude..... | 40 |
| Figure 7 : Répartition par provenance dans la population de l'étude..... | 40 |
| Figure 8 : Répartition par diagnostic dans la population de l'étude..... | 41 |



Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes 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 dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à 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 les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puisse-je avoir un sort contraire



Mise en place et évaluation d'une grille LATA : Etude descriptive rétrospective à l'UHCD du Centre Hospitalier de Brive- La- Gaillarde (19).

Résumé :

Introduction : L'incidence des situations de fin de vie aux urgences est en augmentation depuis dix ans. La limitation ou l'arrêt des thérapeutiques actives (LATA) est difficile et nécessite un cadre médico-légal concret, par la mise en place d'outils d'aide à la prise en charge palliative.

Objectifs : L'objectif principal de cette étude est l'évaluation de bonnes pratiques des procédures de LATA au sein d'un service d'urgence. Les objectifs secondaires seront de dresser un profil épidémiologique des patients inclus et d'évaluer la satisfaction des équipes médicales et paramédicales qui ont utilisées cette méthode.

Méthodes : Une étude descriptive, observationnelle, rétrospective a été réalisée, du 1^{er} Septembre 2015 au 31 Mars 2016.

Résultats : 63 patients ont été inclus. Tous ont bénéficié d'une procédure de LATA. La décision a été collégiale dans 86% des cas. L'avis du patient a été recueilli dans 17,5% des cas. Une personne de confiance a été désignée dans 92% des dossiers. 6% des patients seulement avaient des directives anticipées. Le sex ratio était proche de 1 et l'âge moyen de 85,2 ans. 57% des patients provenaient de leur domicile principalement pour des motifs infectieux (41%). La satisfaction moyenne de notre grille LATA était de 7,7/10.

Conclusion : Cette étude montre qu'un outil d'aide à la prise en charge palliative est nécessaire dans les services d'urgence. La collégialité et le cadre médico-légal qu'il apporte entraînent une amélioration qualitative des prises en charge de fin de vie.

Mots-Clés : LATA, urgences, fin de vie, cadre médico-légal.

Implementation and evaluation of a LATA grid: Retrospective and descriptive study at the UHCD of Brive-La-Gaillarde hospital.

Abstract :

Introduction : The incidence of end-of-life situations in emergencies has increased over the past decade. Limiting or stopping active therapy (LATA) is difficult and requires a concrete medico-legal framework, by setting up tools for palliative care support.

Objectives : The main objective of this study is to evaluate the good practice of LATA procedures in an emergency department. The secondary objectives will be to establish an epidemiological profile of the included patients and to evaluate the medical and paramedical teams satisfaction, whom have used this method.

Methods : A descriptive, observational, retrospective study was performed, from September 1, 2015 to March 31, 2016.

Results: 63 patients were included. All benefited of a LATA procedure. The decision was collegial in 86% of the cases. The patient's opinion was collected in 17.5% of the cases. A confidential person was designated in 92% of the files. Only 6% of patients had advanced directives. The sex ratio was almost 1 and the average age was 85.2 years. 57% of patients came from their homes mainly for infectious reasons (41%). The average satisfaction of our LATA grid was 7.7 / 10.

Conclusion: This study shows that a palliative care support tool is needed in emergency departments. It leads to collegiality and medicolegal framework wich bring a qualitative improvement in end-of-life care.

Keywords : LATA, emergencies, end-of-life, medicolegal framework.

