

UNIVERSITÉ DE NANTES  
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2018

N° 2018-34

# **T H È S E**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

DES de MÉDECINE GÉNÉRALE

Par Hélène Robin

née le 6 septembre 1990 à Saint-Sébastien-sur-Loire

Présentée et soutenue publiquement le 17 avril 2018

**DÉCISIONS DE LIMITATION DU NIVEAU DE SOINS AUX URGENCES :  
ANALYSE RÉTROSPECTIVE DE 323 CAS DANS LE SERVICE  
DU CHU DE NANTES**

Président du jury : Monsieur le Professeur Éric Batard

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Philippe Le Conte

Membres du jury : Monsieur le Professeur Gilles Potel, Madame le Docteur

Aurélie Lepeintre, Madame le Docteur Estelle Legard

---

## REMERCIEMENTS

**A Monsieur le Professeur Eric BATARD**, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier, Service des Urgences du CHU de Nantes

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et le témoignage de ma sincère reconnaissance.

**A Monsieur le Professeur Philippe Le Conte**, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier, Service des Urgences du CHU de Nantes

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de diriger et d'encadrer ce travail. Je vous remercie pour votre disponibilité, votre confiance et votre soutien pendant la réalisation de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements

**A Monsieur le Professeur Gilles POTEL**, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier, Service des Urgences du CHU de Nantes

Je vous remercie d'avoir accepté d'apporter votre expérience à la critique de ce travail. Soyez assuré de mon profond respect.

**A Madame le Docteur Estelle LEGEARD** Praticien Hospitalier, Urgences du CHU de Nantes

Je te remercie de m'avoir proposé ton aide, et de juger ce travail. Sois assurée de mon profond respect.

**A Madame le Docteur Aurélie LEPEINTRE**

Praticien Hospitalier, Responsable de l'unité mobile de soins de support et de soins palliatifs du CHU de Nantes

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger à mon jury. Soyez assurée de mon profond respect.

*À Léonie et Alexis Morvan, Rosalie et feu Joseph Robin, pour ma famille aimante et soudée,*

*À mes parents, Evelyne et Pierre Robin, pour ce que je suis, pour votre amour et le mien,  
pour m'avoir soutenue toujours si bien et parfois malgré moi,  
je suis fière d'être votre fille,*

*À Benoît, pour m'avoir épaulée, aiguillée, pour tes mots toujours justes et tes conseils  
toujours avisés, pour ta répartie, pour ta force et pour ton pragmatisme,*

*À Anne Robin, pour m'avoir manifesté ta confiance et ton estime,*

*À Julie, pour ton écoute patiente, pour ta bonne humeur constante, pour ta réassurance,  
pour notre compréhension mutuelle,*

*À Margaux, pour ton émerveillement culinaire et ton appétit culturel, pour nos voyages,  
pour nos rêves,*

*À Agneta, pour ta gaité, pour être à la fois ma plus vieille et ma plus jeune amie,*

*À Thomas, pour ta culture sans limite et ton humour, pour être ma fenêtre sur le monde,*

*À Jérôme, pour tout ce que tu as pu m'apprendre et me faire apprécier, je ne le mesure  
toujours pas,*

*À Baptiste, pour ton oreille attentive, pour ta philosophie,*

*À Marie pour ton génie, et pour toute l'admiration que tu suscites,*

*À Bernard pour ta pédagogie, et Anne-Cécile pour votre patience,*

*À Marion, pour ta bienveillance, pour tes idées atypiques et rationnelles,*

*À Paul, pour ton mystère,*

*À Eugénie, pour ta joie de vivre,*

*À Adrien, à Mériadec, pour votre écoute et votre soutien*

*À Rémi et Nicolas pour m'avoir fait rire,*

*À Pierre et Neil pour m'avoir fait pleurer,*

*À mes amis, et ma famille, qui ne se trouvent pas cités mais qui comptent pour moi,*

*À Laura, enfin, parce que nous parlons la même langue,  
Pour ta douceur, ta délicatesse, ton humour,  
Pour ton amitié qui me surprends et me ravit chaque jour.*

*« Chaque homme a en lui une telle capacité de développement moral.  
L'autonomie au plein sens du terme, c'est le développement de ce  
potentiel qui se développe en trois facettes :  
le souci de soi, le souci d'autrui, et le souci de chacun ».*  
E. Kant

---

# SOMMAIRE

---

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>3</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>6</b>
<b>ABRÉVIATIONS</b> .....	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>9</b>
<b>I – BREF RAPPEL LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE</b> .....	<b>11</b>
1. <b>Cadre législatif</b> .....	<b>11</b>
2. <b>Applications en pratique médicale</b> .....	<b>13</b>
<b>II – PATIENTS ET MÉTHODES</b> .....	<b>17</b>
<b>III – RÉSULTATS</b> .....	<b>18</b>
1. <b>Description de la population</b> .....	<b>18</b>
2. <b>Motifs de décision de LATA</b> .....	<b>20</b>
3. <b>Caractéristiques de la décision de LATA</b> .....	<b>21</b>
3.1. <b>Collégialité</b> .....	<b>21</b>
3.2. <b>Expression du patient</b> .....	<b>22</b>
4. <b>Quels soins sont limités/arrêtés ?</b> .....	<b>24</b>
5. <b>Thérapeutiques entreprises</b> .....	<b>25</b>
6. <b>Devenir des patients</b> .....	<b>26</b>
<b>IV – DISCUSSION</b> .....	<b>29</b>
1. <b>LATA et urgences</b> .....	<b>29</b>
2. <b>Patients et LATA</b> .....	<b>33</b>
2.1. <b>Âge et LATA : âgisme ou bienfaisance ?</b> .....	<b>33</b>
2.2. <b>Devenir</b> .....	<b>35</b>
2.3. <b>Expression</b> .....	<b>36</b>
3. <b>Soignants et LATA</b> .....	<b>39</b>
3.1. <b>Place du médecin traitant</b> .....	<b>42</b>
3.2. <b>Traçabilité</b> .....	<b>43</b>
3.3. <b>Motifs de décision</b> .....	<b>45</b>

<b>4. Société et LATA : comment la société gère-t-elle ses patients « fragiles » ?</b> .....	<b>46</b>
4.1. Moyens actuels de prise en charge .....	46
4.2. Perspectives d'amélioration.....	49
4.3. Pourquoi les LATA ?.....	50
<b>V - LIMITES DE L'ÉTUDE</b> .....	<b>52</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>53</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>55</b>

---

## ABRÉVIATIONS

ANESM : agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

ATB : antibiothérapie

AVC : accident vasculaire cérébral

BPCO : broncho-pneumopathie chronique obstructive

CCNE : comité consultatif national d'éthique

CHU : centre hospitalo-universitaire

CNOM : conseil national de l'ordre des médecins

DA : directives anticipées

DLU : dossier de liaison d'urgence

DRA : détresse respiratoire aiguë

DREES : direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMSP : équipe mobile de soins palliatifs

GIR : groupe iso-ressource

HAD : hospitalisation à domicile

HAS : haute autorité en santé

HGE : hépato-gastro-entérologie

IDE : infirmier diplômé d'État

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

IOT : intubation oro-trachéale

IV : intraveineux

LATA : limitation ou arrêt des thérapeutiques actives

MAG : médecine aiguë gériatrique

MAR : médecin anesthésiste - réanimateur

MPG : médecine polyvalente gériatrique

MPR : médecine physique de réadaptation

MPU : médecine polyvalente d'urgence

NR : non renseigné

PO : per os

RAD : retour à domicile

RCP : réanimation cardio-pulmonaire

RV : remplissage vasculaire

SAMU : service d'aide médicale urgente

SAU : service d'accueil des urgences

SFMU : société française de médecine d'urgence

SIM : service d'information médicale

SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation

SRLF : société de réanimation en langue française

SSR : soins de suite et de réadaptation

UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée

USP : unité de soins palliatifs

VM : ventilation mécanique

VNI : ventilation non invasive

---

## INTRODUCTION

«En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et s'abstenir de toute obstination déraisonnable et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie. »

Le refus de l'obstination déraisonnable ainsi évoquée dans l'article 37 du code de déontologie médicale s'inscrit dans une démarche de bienfaisance du médecin, visant à respecter le projet de vie du patient. Il peut être motivé par la certitude d'échec thérapeutique, avec survenue potentielle d'un décès inéluctable (prolongation de l'agonie), ou lorsque la survie paraît possible, mais offrant une qualité de vie jugée inacceptable pour le patient. Le terme de jugement se doit d'être souligné, marquant le caractère subjectif et délicat d'une telle décision.

Il repose ainsi sur la réunion d'un ou plusieurs critères liés à l'acte médical : refus des actes inutiles ou disproportionnés, ou sans autre effet que le maintien artificiel de la vie, et volonté conforme du patient.

La décision de limitation ou arrêt des thérapeutiques actives s'inscrit dans ce refus d'« escalade thérapeutique ». On distingue la limitation, s'agissant de la non instauration/non optimisation ou prévision de non optimisation des thérapeutiques dont celles de suppléance d'organe, de l'arrêt, qui signe l'interruption de traitements initiés assurant un maintien artificiel de la vie.

Les LATA sont à présent devenues courantes dans les services d'urgences, où leur incidence varie selon les études entre 0,65 et 0,93% des admissions aux urgences.

Les différents textes et lois édictés se voient actualisés régulièrement, pour garantir les droits des malades, et le respect des principes éthiques.

Ces dernières années sont marquées par la naissance de nombreuses inquiétudes sur l'évolution des technologies médicales et scientifiques, leurs dérives et leur bien-fondé, suscitant parfois la méfiance des patients à l'égard du corps médical.

Il devient licite de se demander si le cadre bien réglementé de ces décisions médicales difficiles est mieux respecté.

Le CHU de Nantes dispose depuis à présent 14 ans d'un formulaire de LATA à remplir lors de chaque décision. Cette étude vise donc, par ce biais, à analyser les décisions de LATA prises aux urgences, tout en permettant la critique de ce formulaire, qui, s'il facilite et accélère la traçabilité, contraint aussi, voire permet l'omission de certaines données intéressantes justifiant la décision.

Les LATA sont également souvent analysées au travers du spectre du décès aux urgences, or LATA n'est pas synonyme de fin de vie. Parfois, certaines thérapeutiques invasives seules sont limitées, sans pour autant que le pronostic vital soit engagé à très court terme. Cette analyse permettra donc également de se pencher sur le devenir proche des patients concernés.

---

## I – BREF RAPPEL LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE

---

### 1. Cadre législatif

Les LATA entrent dans le cadre législatif grâce aux lois dites de Kouchner et de Léonetti, respectivement loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, et loi n° 2005-370 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

**La loi du 9 juin 1999** garantissait l'accès de tout patient aux *soins palliatifs*, définis comme tel : soins actifs et continus, pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile, visant à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. Elle reconnaissait déjà également le droit du malade à *s'opposer* à toute investigation ou thérapeutique.

**La loi du 4 mars 2002** appuie le droit du patient au refus de traitement, rendant de ce fait licites l'abstention et l'arrêt des thérapeutiques. Le patient prend les décisions concernant sa santé, à la lumière des informations et préconisations du professionnel de santé. Ce dernier, en cas de refus de soin, doit *respecter la volonté du malade*. Il doit cependant s'efforcer de le convaincre d'accepter les soins indispensables si la décision de ne pas entreprendre ou interrompre les traitements met la vie du patient en danger. Elle introduit aussi le terme de *personne de confiance*, et de *proportionnalité des soins*. Elle prévient : les actes de prévention, d'investigations ou de soins ne doivent pas faire courir au patient de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

**La loi de 2005** prononce la *lutte contre l'obstination déraisonnable*, remplaçant le terme oxymorique d'acharnement thérapeutique, en évitant les soins inutiles et disproportionnés. Elle différencie la situation du *malade conscient* qui n'est pas en fin de vie, lui octroyant le droit de refuser « tout » traitement -y compris l'alimentation artificielle- du malade en fin de vie décidant d'arrêter tout traitement, dont le médecin doit respecter la volonté et sauvegarder la dignité en administrant des soins palliatifs, et

du *malade inconscient*. Elle reconnaît ainsi de nouveaux droits pour le patient qui n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté, introduisant notamment la définition d'une *procédure collégiale*, après consultation de la personne de confiance. Elle renforce le statut de cette dernière et fait prévaloir son avis sur tout autre non médical. Elle précise qu'il doit être tenu compte des *directives anticipées* formulées par le malade moins de trois ans avant la perte de conscience.

**La loi Claeys-Leonetti du 2 février 2016** est une réponse politique aux problèmes soulevés par le rapport Sicard en 2012, le rapport Claeys Leonetti et l'avis du CCNE.

Elle précise le droit au refus de l'obstination déraisonnable : le médecin qui ne devait pas poursuivre des actes inutiles, disproportionnés ou qui n'avaient d'autre effet que le maintien artificiel de la vie, ne doit pas non plus *mettre en œuvre* ces actes constitutifs d'une obstination déraisonnable en cas de volonté conforme du patient par expression directe ou indirecte, et par procédure collégiale s'il est hors d'état d'exprimer sa volonté. L'hydratation et l'alimentation artificielles sont considérées comme des *traitements* qui peuvent être arrêtés, et non plus des soins.

Désormais, lorsque le patient exerce son droit de refus de soin, le médecin n'est plus contraint de « tout mettre en œuvre pour » le convaincre, mais doit respecter sa volonté après l'avoir simplement *informé* des conséquences et de la gravité de son choix.

La loi consacre le droit à *l'apaisement de la souffrance*, ce même si les traitements nécessaires à cet apaisement peuvent avoir pour effet d'abrégé la vie. Elle clarifie donc le *principe du double-effet* timidement abordé dans la loi de 2005.

Elle donne droit à une *sédation profonde et continue* jusqu'au décès dans le but d'éviter la souffrance, associée à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien de la vie. Cette sédation est applicable dans trois situations :

- les deux premières concernent le patient apte à s'exprimer, atteint d'une maladie incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présentant une souffrance réfractaire au traitement, ou décidant d'un arrêt de traitement engageant son pronostic vital à court terme.
- la troisième concerne le patient hors de capacité de s'exprimer, dans le cas où le médecin décide –au titre de l'obstination déraisonnable- d'arrêter un traitement de maintien de la vie.

La loi modifie le statut des directives anticipées, qui expriment la volonté du malade –et non plus simplement les souhaits- concernant sa fin de vie. Elles sont à présent révisables à tout moment et non plus simplement révocables, et n’ont plus de durée de validité. Elles sont à présent contraignantes pour le médecin, à qui elles s’imposent pour toute décision d’investigation, intervention, ou traitement. Il existe cependant deux exceptions : l’urgence vitale, afin de laisser le temps d’évaluer la situation, et la situation dans laquelle les directives sont manifestement inappropriées, à l’issue d’une procédure collégiale et après information de la personne de confiance.

Elles priment sur l’avis de la personne de confiance, des proches et de la famille.

Enfin, le rôle de la personne de confiance est renforcé, dont la désignation est révocable et révisable à tout moment.

En aucun cas ces lois n’autorisent l’euthanasie ou le suicide assisté.

---

## 2. Applications en pratique médicale

La décision de LATA est engagée dans quatre situations cliniques (1):

- la présence d’une affection aiguë par défaillance profonde d’une fonction vitale, dont la conséquence sera une absence de récupération d’une autonomie des fonctions vitales, ou si une indépendance des thérapeutiques de suppléances est possible, la qualité de vie obtenue apparaîtra déraisonnable.
- la survenue d’une poussée aiguë témoignant de l’évolution terminale ou d’une affection aiguë intercurrente chez un patient à la qualité de vie dramatiquement limitée, porteur d’une pathologie chronique évolutive au pronostic à court terme défavorable en termes d’espérance de vie, d’accentuation de la dépendance et d’aggravation de la qualité de vie future,
- le patient porteur d’une pathologie connue évolutive, souvent néoplasique, adressé par son médecin traitant ou une structure de soins de suite ou de long séjour, parfois sous la pression de l’entourage, pour valider que le patient est bien au dessus de toute ressource thérapeutique,

- le patient conscient, informé, apte à consentir et qui demande lui-même la limitation ou l'arrêt d'un traitement actif de sa défaillance d'organe.

Les LATA portent sur la RCP, l'intubation endotrachéale, la ventilation mécanique, les drogues vaso-actives, la compensation volémique massive, l'épuration extra-rénale, un acte invasif chirurgical ou endoscopique, l'hydratation et la nutrition artificielles.

Dans les situations d'urgence, la SFMU reconnaît la légitimité d'instauration ou de poursuite de thérapeutiques actives dans des situations considérées comme vaines lorsqu'elles permettent d'obtenir tous les éléments permettant une décision éclairée et acceptée, lorsqu'elles rendent plus acceptables le décès, et le deuil, lorsqu'elles assurent les membres de la chaîne éthique du bien-fondé de leur intervention. On les nomme respectivement *réanimation d'attente*, *réanimation compassionnelle*, et *réanimation de validation*.

En pratique courante dans les services d'urgence, l'urgentiste s'expose plus à la réanimation d'attente. Le doute doit bénéficier au patient, et, si elle pourra secondairement être jugée déraisonnable, elle aura permis la réunion d'éléments raisonnés justifiant la limitation, rendant claire une situation qui ne l'était pas lors de leur instauration.

*L'obstination déraisonnable* est un jugement de l'acte médical. Il n'y a pas de jugement binaire marquant le caractère raisonnable ou déraisonnable, comme il ne devrait pas y avoir de réponse binaire à une situation « je réanime ou ne réanime pas » lors de la décision. Elle doit porter sur l'ensemble des options envisageables, pesant le pour et le contre des différentes options thérapeutiques : limitation, abstention, désescalade, arrêt. Dans cette même idée, la connaissance des ressources techniques et structurelles est bien entendu un pré-requis indispensable à la décision.

Lorsque le malade ne peut exprimer sa volonté, la décision médicale –dont la responsabilité incombera quoiqu'il arrive au médecin en charge du patient- doit être prise de manière collégiale, avec un médecin appelé en qualité de consultant n'entretenant pas de rapport hiérarchique avec le médecin demandeur. En effet, le principe de collégialité implique que les partenaires de la discussion aient un rapport

d'égalité et de symétrie pour que chaque opinion ait le même poids dans la décision, avec obtention d'un consensus fort (2). Il n'est pas précisé dans la loi si ce médecin appelé en qualité de consultant doit nécessairement exercer dans un service différent de celui du médecin demandeur.

Garants de valeurs communes à tous les peuples, les quatre grands principes éthiques (3) doivent être les piliers de la réflexion du médecin décideur :

- **autonomie**, formalisant la liberté. « le praticien propose, le patient dispose. ». Sans en faire un dogme, l'analyse des quatre sens de l'autonomie par Bruce Miller en 1981 paraît une bonne base de réflexion dans les situations difficiles auxquelles nous confronte la médecine d'urgence (4) ; *l'action libre* permet au patient d'exprimer sa volonté sans contrainte ni coercition, *l'authenticité* confirme que l'action/ la décision est conforme aux valeurs habituelles et au projet de vie du patient, la *délibération « pratique »* atteste l'argumentation rationnelle du patient de sa décision au vu des options envisageables, et la *réflexion morale* est l'aptitude du patient à se questionner sur les valeurs sur lesquelles il fonde son argumentation, et à accepter les conséquences qui en découlent. (5)
- **bienveillance**, qui consiste pour le médecin à faire « le bien » du patient, qui peut s'exprimer au travers de la qualité de vie. Il faut agir dans son intérêt, ce qui implique que le patient reconnaisse le caractère bénéfique de l'acte thérapeutique.

Notons que la plupart des tensions éthiques naissent du tiraillement entre respect de l'autonomie et de la bienfaisance, qui doivent se pondérer l'une et l'autre. Favoriser l'autonomie aux dépens de la bienfaisance rendrait le médecin irresponsable ou déresponsable; considérer la bienfaisance en prenant seul la décision condamnerait au mieux le médecin à un paternalisme compassionnel.

- **non malfaisance** : l'action est plus condamnable que l'omission. Nuire à quelqu'un est pire que de ne pas avoir le souci de son bien. Est considéré comme nuisible tout acte qui occasionne une souffrance inutile ou qui diminue sans aucune contrepartie les capacités du malade, un préjudice moral ou physique qui ne ferait pas sens pour lui. Mais les obligations de non-malfaisance sont aussi de ne pas imposer de risques de causer du mal, de manière involontaire par

négligence dans l'évaluation des risques encourus. Ne pas nuire, c'est ne pas instaurer une thérapeutique, mais aussi ne pas en poursuivre s'il advient qu'elle est plus nuisible qu'utile. Ce principe justifie celui du double-effet : « lorsqu'il s'opère une distinction entre les effets voulus et les effets prévus », l'instauration de telle thérapeutique ou l'arrêt de telle autre permettra l'apaisement du patient, mais aura peut-être pour conséquence de hâter son décès (6). L'acte négatif n'est pas malfaisant dans la mesure où il est la conséquence de l'acte accompli en vue de l'effet positif.

- **Justice ou équité**, n'impliquant pas seulement le médecin, mais le système de santé dans sa globalité, son versant politique, mais aussi social et économique, voire philosophique. C'est la juste répartition des soins et des moyens. On distingue une justice commutative, ou égalité arithmétique, d'une justice distributive, ou égalité proportionnelle, fondée sur le besoin. Il semble évident que, dans notre pays et dans notre système de santé, on se situe plus sur une logique égalitaire qu'utilitariste, mais les valeurs prônées aujourd'hui le justifiant seront peut-être amenées à évoluer demain avec les changements démographiques et la demande individuelle accrue de soin, impliquant que chaque médecin reste vigilant quant aux valeurs qu'il s'impose.

Ces principes permettent de réguler la discussion, mais non de dicter la décision. (7)

---

## II – PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective monocentrique, analysant l'ensemble des formulaires de limitation et arrêt de thérapeutiques actives remplis au CHU de Nantes entre le 30 juin 2016 et le 1<sup>er</sup> juillet 2017. Ces formulaires étaient recueillis grâce à une requête SIM. Les formulaires étaient ensuite triés afin de n'inclure que ceux réalisés au sein du SAU (UHCD non compris). Les éléments ne figurant pas dans le formulaire étaient recherchés dans le dossier médical informatisé du patient.

Pour 32 patients, 2 formulaires avaient été rédigés, soit par inadvertance, soit pour révision. Dans ces circonstances, seul le document rédigé aux urgences était pris en compte. Dans le cas où les deux formulaires étaient remplis aux urgences, on incluait le 2<sup>ème</sup> (dans tous les cas rédigé dans les 3heures qui suivaient le premier).

---

### *Statistiques*

Les données étaient recueillies sur un tableur Excel, puis exploitées par le logiciel PASW statistics.

Les données numériques étaient analysées par test t de Student ou test de Fisher si nécessaire ; les données non-continues par un test du Chi<sup>2</sup>, elles étaient considérées comme significatives lorsque  $p < 0,05$ .

En cas de distribution non normale, les résultats étaient exprimés sous forme de médiane.

---

### III – RÉSULTATS

889 formulaires de LATA ont été rédigés dans l'ensemble des services du CHU de Nantes du 1<sup>er</sup> juillet 2016 au 30 juin 2017. 323 d'entre eux ont été rédigés dans le service des urgences, soit 36%.

---

#### 1. Description de la population

Les âges des patients ayant fait l'objet de LATA allaient de 20 à 107 ans, avec un âge moyen de 82,4ans (+/- 12 ans).

55% des patients étaient des femmes, 45% des hommes.

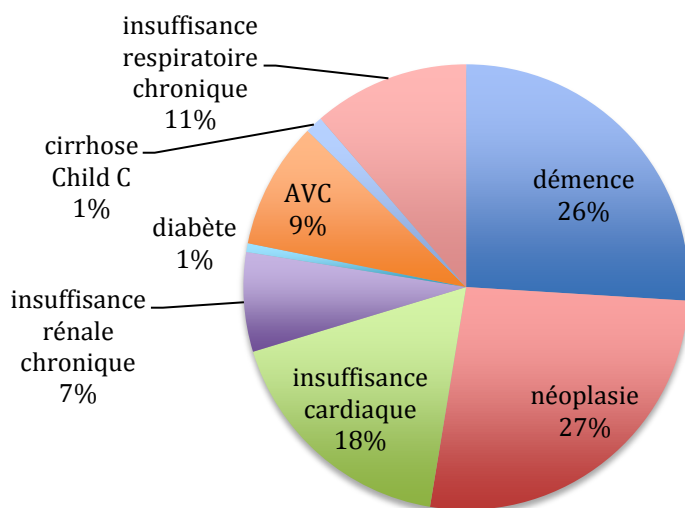
Les femmes étaient plus âgées que les hommes ( $p < 0,01$ ).

187 patients résidaient à domicile (58%), 121 étaient institutionnalisés (37%). Pour 15 patients, soit 5%, le domicile n'était pas renseigné.

Près de la moitié d'entre eux était partiellement dépendante: 46%. Une dépendance totale était constatée pour 111 patients, soit 34% des cas.

	population	pourcentage
<b>âge</b>		
âge <80 ans	95	29%
âge >80 ans	228	71%
<b>Sexe</b>		
sexe masculin	146	45%
sexe féminin	177	55%
<b>Lieu de vie</b>		
institutionnalisé	121	37%
à domicile	187	58%
<b>Autonomie</b>		
autonome	52	16%
dépendance partielle	148	46%
dépendance totale	111	34%

**Tableau 1 : description de la population**



**Figure 1 : comorbidités**

Les pathologies chroniques les plus fréquemment retrouvées étaient le cancer, pour 86 patients (27%), la démence pour 84 patients (26%), et l'insuffisance cardiaque pour 58 patients (18%).

Parmi les insuffisants respiratoire chroniques (34 patients soit 11%), on distinguait une majorité de cause obstructive (7%). 2% de ces patients étaient oxygénodépendants.

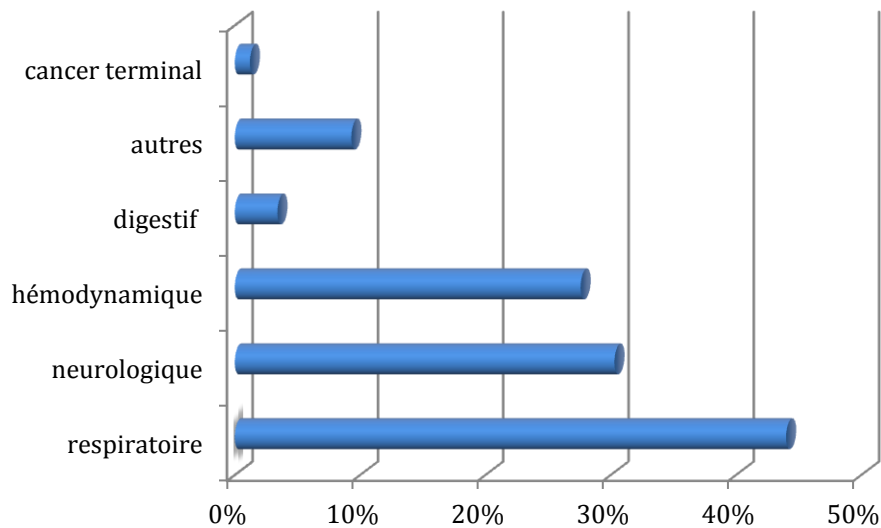
Les scores de comorbidités étaient très peu renseignés. Ceux présents dans le formulaire sont le score de Mac Cabe, et le score de Charlson.

Le score de Charlson a été calculé pour 4 patients, dont 2 des scores n'étaient pas précisés. Les deux autres étaient respectivement de 4 et 6.

Le score de Mac Cabe était renseigné 3 fois, dont une dont le score n'est pas connu. Les deux autres étaient respectivement de 2 et 3.

Parmi les défaillances d'organe présentées par les patients lors de la décision de LATA, les plus fréquentes étaient la défaillance respiratoire : 142 cas (44%) dont 128 DRA (40%), puis la défaillance neurologique avec 98 cas (30%), puis la défaillance hémodynamique : 89 cas (28%) dont le choc septique était la principale origine (73% des chocs). Les défaillances digestives ne représentaient que 11 cas (3,4%), et le cancer en phase terminale 4 cas (1,2%).

Dans les diagnostics classés « autre » on retrouve principalement l'insuffisance rénale aiguë (1,5%), la défaillance multiviscérale (1%) et l'hypothermie (1%).

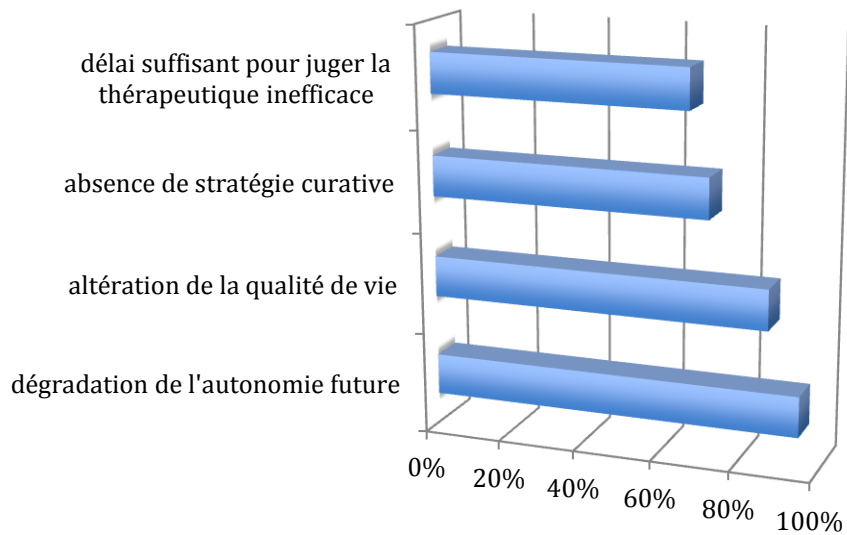


**Figure 2 : défaillances d'organe**

---

## 2. Motifs de décision de LATA

Il manquait de nombreuses données concernant le motif de décision de LATA, mais la principale raison mentionnée était la dégradation de l'autonomie future du patient, avec un taux de réponse positive de 95% (243 réponses positives pour 255 réponses renseignées). Viennent ensuite la vie relationnelle future 88% (217/247), l'absence de stratégie curative : 72%,(195/269) puis le délai suffisant pour juger la thérapeutique entreprise inefficace : 67% (161/240) avec également le nombre de données manquantes le plus important (83).



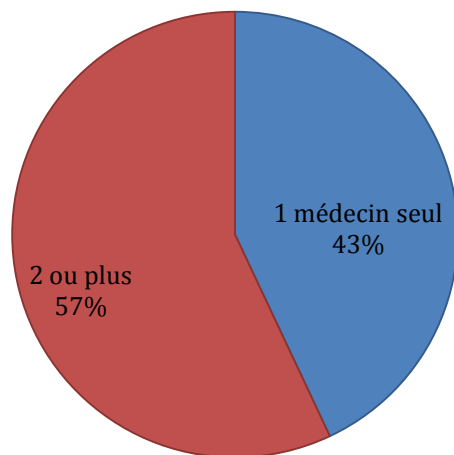
**Figure 3 : motif de décision de LATA**

---

### 3. Caractéristiques de la décision de LATA

---

#### 3.1. Collégialité



**Figure 4: nombre de médecins**

Dans 138 cas, la décision était assumée par un seul médecin diplômé. Or dans 19 cas, le patient exprimait sa volonté de ne pas engager de thérapeutique active. La collégialité n'était donc pas respectée dans 119 cas (37%). Un interne était mentionné dans le formulaire dans 57% des cas, qu'il y ait intervention d'un médecin consultant ou non.

L'IDE n'était mentionné dans la décision que dans 52 cas, soit 16%.

Il était fait appel à un ou plusieurs médecins consultants dans 185 cas : 2 médecins participaient à la décision dans 45% des cas, 3 dans 36% des cas, 4 dans 1%.

Il s'agissait d'un autre médecin urgentiste dans 46% des cas, d'un médecin réanimateur dans 20% cas. Les spécialistes les plus sollicités étaient ensuite les neurochirurgiens, les gastro-entérologues et les oncologues.

Les avis des spécialistes n'étaient notifiés dans le dossier que dans 9% des cas (28 cas).

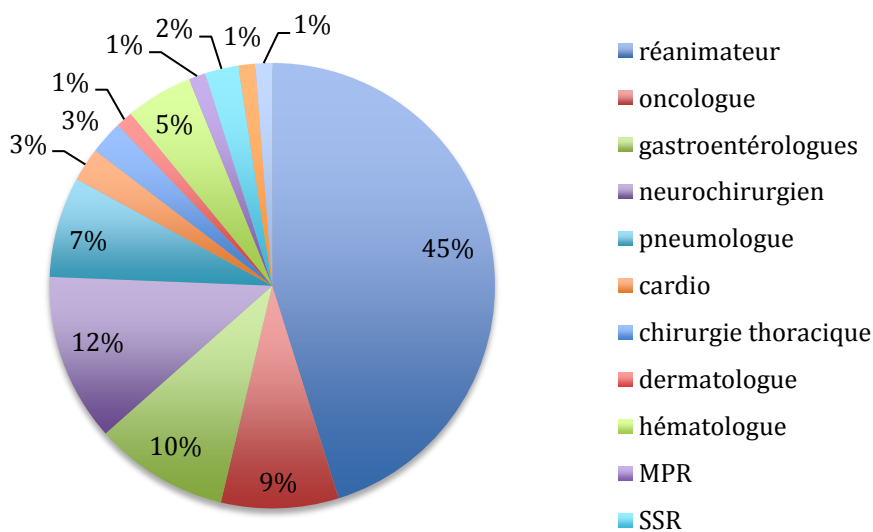
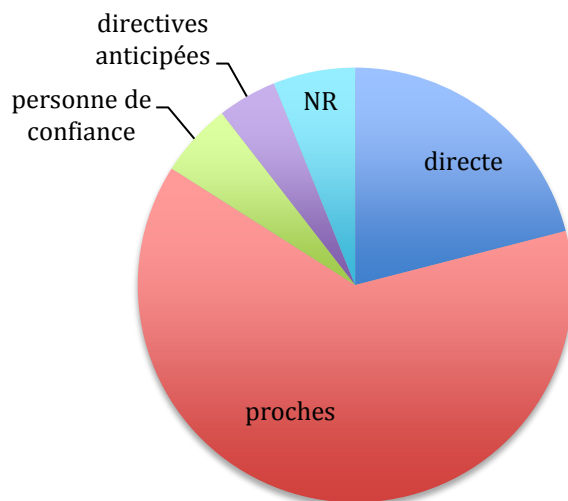


Figure 5 : médecin consultant autre qu'urgentiste

---

### 3.2. Expression du patient

L'expression du patient était recherchée dans 90 cas, soit 28% des cas, 19 par expression directe du patient (6%), 68 par expression indirecte (21%). Dans ce dernier cas, l'expression émanait des proches dans 57 cas, (84% des expressions indirectes), de la personne de confiance dans 5 cas (7%), des directives anticipées dans 4 cas seulement (6%).



**Figure 6 : expression du patient**

Concernant la traçabilité, 92 % des formulaires étaient incomplets, 17% comportaient des erreurs. La plupart concernaient une mauvaise compréhension de l'intitulé de l'item, formulé par la négative (« arrêt des soins ») (8% d'inversions). 5% des formulaires ne mentionnaient qu'un seul médecin thésé dans la décision, alors que l'analyse du dossier permettait la mise en évidence d'une collégialité avec un/des consultants (seul le nom du médecin décideur était inscrit).

- informations :

**Le patient** était informé de la décision de LATA dans 17% des cas. Pour 55% (177 patients), il n'était pas précisé si le patient avait ou non été informé. Pour 173 cas (53%) l'information du patient était jugée non pertinente.

**La personne de confiance** n'était consultée que dans 1,5% des cas, mais était informée de la décision dans 35% des cas.

34% des patients n'avaient pas désigné de personne de confiance.

**La famille** était informée dans 78% des cas, avec 45 données manquantes. 23 patients n'avaient pas de famille, ou non joignable.

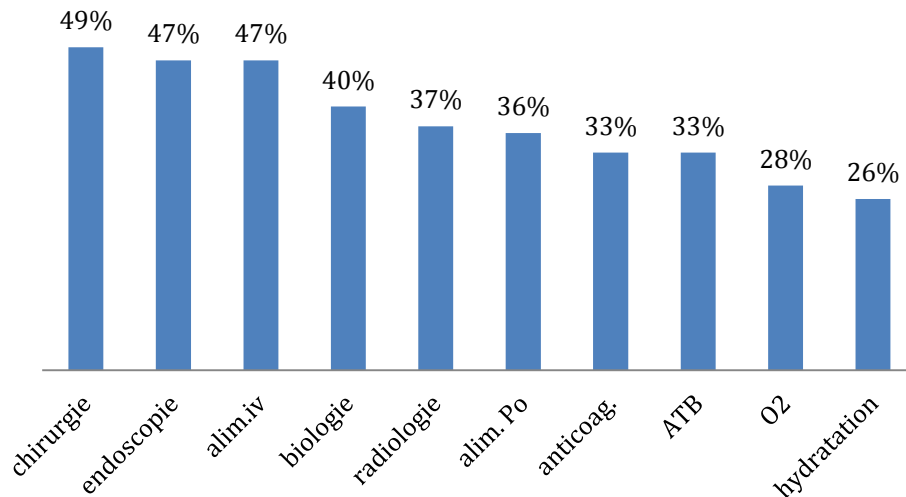
**Le médecin traitant** n'était prévenu de la LAT que dans 8% des cas, 1 essai infructueux de contact étant mentionné.

La présence de **l'infirmier(e)** n'était pas systématique, puisque seuls 55,1% a bénéficié de leur présence lors de l'annonce.

---

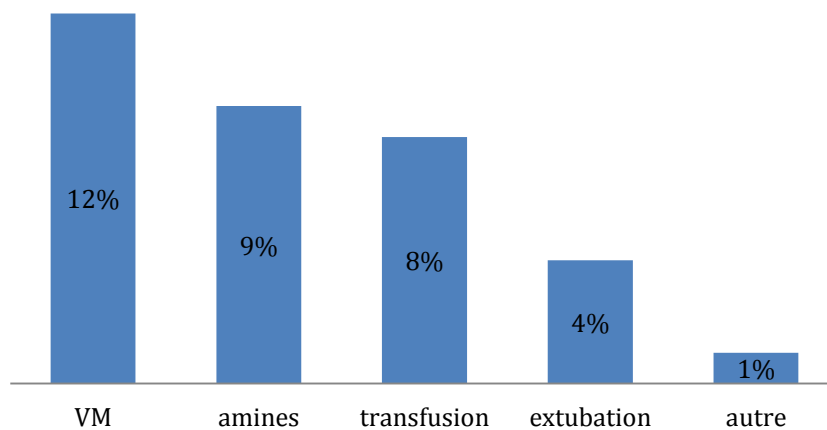
#### 4. Quels soins sont limités/arrêtés ?

Concernant les soins courants, la prise en charge chirurgicale était le soin le plus arrêté avec 158 limitations (49%). Suivaient les explorations endoscopiques, l'alimentation intraveineuse, les explorations biologiques, radiologiques, l'alimentation per os, l'anticoagulation, les antibiotiques, et enfin l'hydratation.



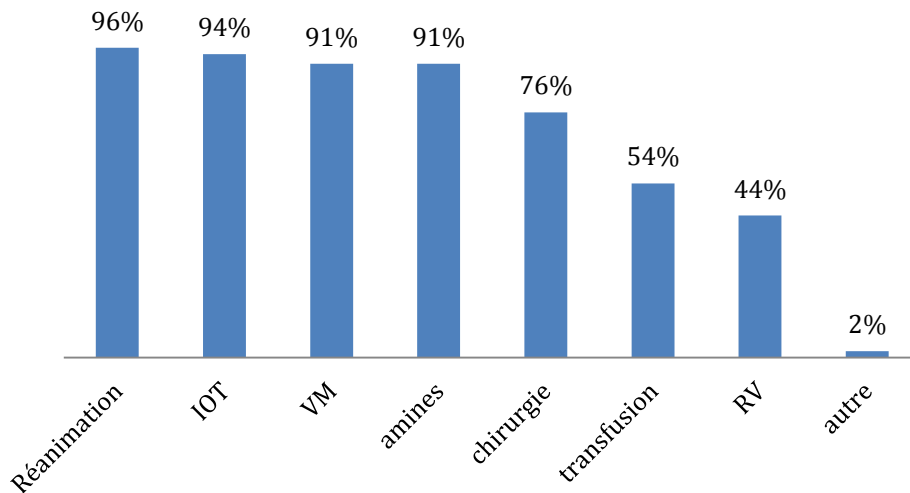
**Figure 7 : limitation des soins courants**

Concernant les soins de réanimations, la thérapeutique la plus arrêtée était la ventilation mécanique (comprenant la VNI), dans 38 cas (12%). Suivaient les drogues vaso-actives (28 cas soit 9%), la transfusion (6 cas, 8%). Les thérapeutiques « autres » concernaient l'optiflow et l'épuration extra-rénale (1 cas pour chaque).



**Figure 8 : arrêt des thérapeutiques**

Les limitations concernaient pour la très grande majorité la « réanimation » en général, dans 96,3% des cas, puis l'intubation oro-trachéale (94%).



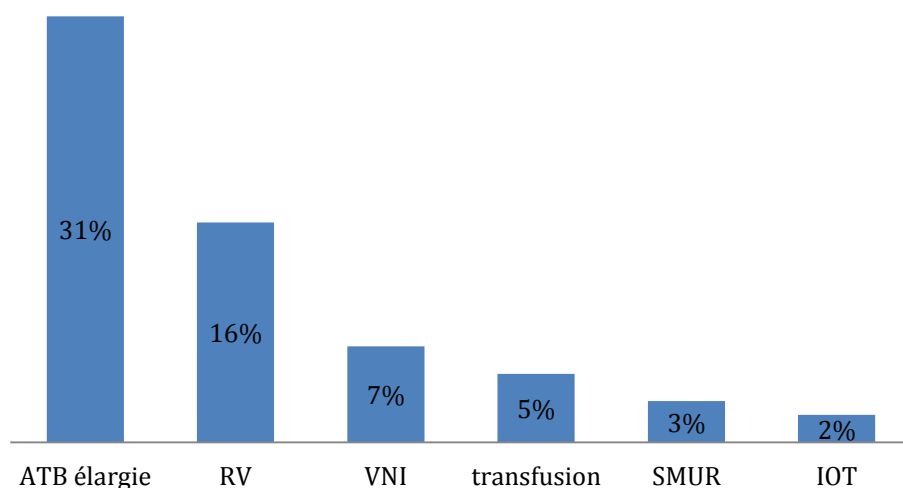
**Figure 9: limitations des thérapeutiques**

---

## 5. Thérapeutiques entreprises

Le SMUR est intervenu chez 11 patients (3%), avec IOT pour 2%. Il n'était pas possible dans cette étude de différencier les soins prodigués avant ou après LATA, à l'exception des réanimations d'attente qui étaient mentionnées dans le formulaire. Il était constaté qu'une antibiothérapie autre que de l'Amoxicilline ou l'Augmentin avait été introduite pour 100 des patients (31%). Un remplissage vasculaire avait été tenté pour l'ensemble des patients dont l'hémodynamique le justifiait, 53 patients, soit 16,4% d'entre eux. Une VNI était mise en place dans 7,4% des cas. 5% des patients ont été transfusés.

189 patients soit 59% ont reçu des soins palliatifs.



**Figure 10 : thérapeutiques invasives entreprises**

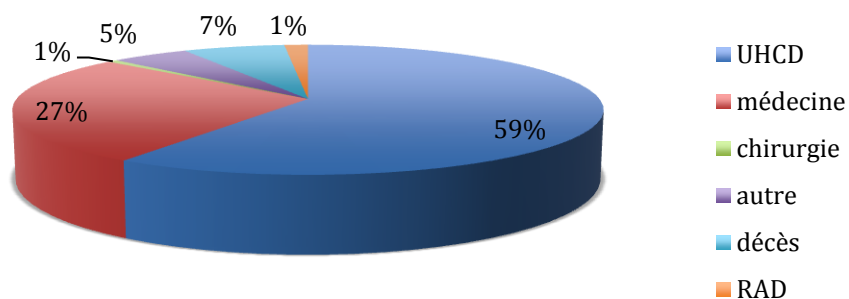
---

## 6. Devenir des patients

---

### *Lieux d'hospitalisation*

191 patients soit 59% étaient hospitalisés à l'UHCD. 88 (27%) étaient hospitalisés dans un service de médecine du CHU, 2 (0,6%) dans un service de chirurgie, 16 patients (5%) étaient transférés vers un service de médecine d'une autre structure (clinique, SSR principalement). 21 patients (6,5%) sont décédés dans le service des urgences. 5 patients sont rentrés chez eux immédiatement après le passage au SAU.

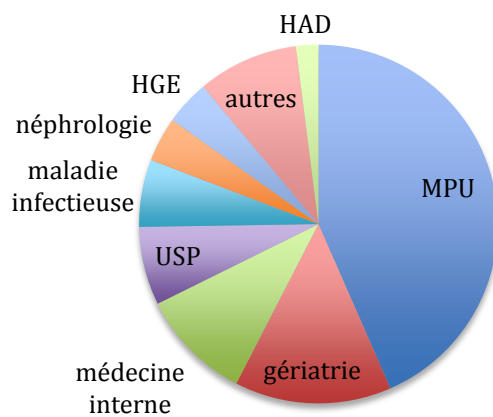


**Figure 11 : devenir des patients après LATA**

Les services d'hospitalisation dans lesquels étaient orientés les patients directement après les urgences ou après un séjour transitoire en UHCD étaient majoritairement la MPU : 43%, répartis entre le CHU (80%) et la clinique Jules Verne (20%), puis les services de gériatrie (MAG et MPG) (14%).

Les services de spécialité étaient assez peu concernés (32% répartis en 8 services, dont 30% en médecine interne).

Aucun patient n'a pu être admis directement depuis les urgences dans le service de soins palliatifs, mais 7 (6,7%) ont pu y être transférés après séjour en UHCD. 2 patients sont sortis des urgences vers leur domicile grâce à l'HAD.



**Figure 12 : répartition des lits d'hospitalisation directe et après UHCD**

197 patients (61%) sont décédés au CHU, ou à la clinique Jules Verne ; 20 patients (6,5%) sont décédés dans le service des urgences.

22 patients (7%) sont décédés dans l'EHPAD où ils résidaient.

Les patients rentrés à domicile et n'ayant pas été ré-hospitalisés avant la fin de la période de recueil n'ont pas été recontactés.

126 patients soit 39% sont donc rentrés à domicile, malgré la limitation du niveau de soin.

Au moins 1 patient sur 10 était toujours vivant en janvier 2018.

---

## *Délais*

Le délai médian entre heure d'admission et LATA était de 4h36min, écart-type 5,53h (min 0,1h, max 43, 5h).

Le délai médian entre LATA et décès était de 33h36min, écart-type 1506h (min 0h, max 8831h)

Le délai médian entre admission et décès était de 41, 2h, écart-type 1506h (min 1,7h, max 8842h).

---

## IV – DISCUSSION

---

### 1. LATA et urgences

Plus d'un tiers des décisions de LATA au CHU de Nantes durant cette année était pris aux urgences.

La décision de LATA doit se mûrir en fonction de l'évolution de la pathologie, de la volonté du patient, de la maturation psychologique de ce dernier quant à la qualité de vie ressentie. Le patient est inconnu ou méconnu des équipes soignantes et le dossier médical antérieur est parfois inexistant. La gravité du tableau clinique à l'arrivée aux urgences contraint pourtant à prendre une décision sans le laps de temps nécessaire à la maturation du processus de décision, au risque de prendre une mesure de LATA sur une impression clinique, irréversible. Ce qui semble être un paradoxe est pourtant le quotidien de l'urgentiste (presqu'une décision de LATA par jour).

La notion de gravité avec impression de mort imminente était le premier critère entrant dans la décision de LATA dans l'étude LATA SAMU en 2001(8). La décision de LATA prise en urgence est ainsi plus lourde de conséquence que dans toute autre circonstance, puisque s'ensuivra peut-être le décès du patient. Les urgences sont le seul lieu où le médecin se trouve acculé à une telle décision.

Est-elle cependant prévisible ? En amont, par le service en charge habituellement du patient pour une pathologie chronique spécifique ? Peut-être. Cependant, la décision de LATA a une dimension péjorative, avec pour risque, en cas de prise en charge ultérieure du patient, l'absence de réévaluation des thérapeutiques engageables, entraînant donc une perte de chance potentielle pour le patient. Bien que l'essence des soins palliatifs repose sur la constante réévaluation des besoins et l'adaptation thérapeutique, la nécessité d'être efficace aux urgences souvent surchargées conduit parfois à « ne pas perdre de temps avec le patient moribond », au profit de patients plus jeunes et moins comorbides, lorsque l'absence de LATA dans le dossier mènerait à une réévaluation complète des thérapeutiques engageables comme décrit précédemment.

Dans d'autres cas, la pathologie chronique, le caractère terminal et le caractère « non réanimatoire » du patient sont connus, et le passage du patient aux urgences tient de l'absence de consensus quant à l'engagement thérapeutique réalisable, de compréhension de l'entourage, ou de l'absence de moyen humain ou technique dans le lieu de vie du patient. Ces situations, si elles sont parfois ressenties comme une charge lourde pour les urgences en constantes tensions, ne posent pas les mêmes dilemmes éthiques.

Il est important de remarquer que les décisions de LATA aux urgences sont souvent prises dans l'éventualité d'une dégradation clinique. Il s'agit d'une situation dans laquelle la présentation initiale du patient ne nécessite pas la mise en œuvre de thérapeutique invasive, mais laisse supposer une évolution défavorable prévisible ; le patient est conscient et apte à exprimer sa volonté, ou bien la personne de confiance, les proches sont disponibles pour l'évaluation du niveau de soin désiré par le patient. L'absence d'urgence relative permet une réflexion plus apaisée, le recueil plus exhaustif des éléments de décision, et une meilleure connaissance du dossier médical, bien que toujours dans un contexte de pathologie aiguë. On émet l'hypothèse qu'au vu de la présentation actuelle, il est possible que la situation évolue défavorablement, vers une défaillance sévère du ou des organes impliqués dans la pathologie actuellement traitée, et l'on décide du niveau maximal de traitement de cette défaillance en connaissance des éléments nécessaires à la décision.

Cette anticipation est fréquente aux urgences, et d'autant plus flagrante au vu de la faible mortalité des patients de notre étude (61%).

Cette fréquence témoigne de la bonne intégration du processus de LATA par les urgentistes du service.

Cependant, quel que soit le motif de la LATA, et en dépit du nombre important de ces décisions en son sein, le service d'urgence n'est pas adapté à la mise en œuvre des soins palliatifs qu'elle suppose bien souvent : son architecture et son organisation sont dédiées à la prise en charge technique et rapide du patient, et non guère au calme, au confort et au repos nécessaires dans ces situations.

La configuration des urgences est en elle-même un obstacle à la réflexion éthique nécessaire. La confidentialité y est difficilement respectée, et les urgences sont rarement dotées de salle d'entretien avec les familles.

L'UHCD est l'orientation d'aval de la plupart des patients avec décisions de LATA, notamment du fait de la réduction constante du nombre de lits d'hospitalisation. Or la multiplicité et les changements fréquents des équipes augmentent le risque d'une fluctuation des choix thérapeutiques, dès que le séjour dépasse le délai réglementaire.(9)

La médecine d'urgence est une discipline transversale du fait de l'hétérogénéité des patients et des situations auxquels elle expose, cliniques, sociales, psychiatriques, et impose au praticien la gestion simultanée de demandes multidisciplinaires. La gestion du flux de patient, du temps, des familles rend difficile l'extraction nécessaire à la prise de recul dans les situations délicates telles que la réflexion autour de la LATA. Celle-ci s'articule autour du projet du patient et du recueil de sa volonté, et s'attache à définir le niveau de soin optimal.

---

*Précisions quant aux thérapeutiques limitées et arrêtées*

On remarque que la ventilation non invasive est limitée pour 91% des patients.

Ce chiffre, bien que cohérent avec ceux précédemment retrouvés (84% dans l'étude toulousaine de 2015 (10) ), paraît bien élevé, au regard des indications de cette thérapeutique. Elle peut en effet être envisagée chez les patients en LATA pour 2 motifs : guérir l'insuffisance respiratoire aiguë sans avoir recours à l'intubation (« VNI palliative à visée curative »), même en cas d'échec ; et l'amélioration du confort du patient strictement en fin de vie. Son intérêt en soins palliatifs reste à démontrer, car si elle permet parfois des résultats spectaculaires et rapides lorsqu'elle est bien tolérée et instaurée à temps, elle peut se révéler très inconfortable chez le patient fragile et fatigué, faire naître de faux espoirs chez les familles et être mal vécue par ces dernières, et risque de prolonger inutilement le processus de mort (11).

Dans notre étude, la mise en place de la VNI a concerné 22% des patients.

---

### *Le cas particulier de la transfusion*

On remarque que la transfusion est limitée pour 54% de nos patients. C'est un chiffre important si l'on considère que la transfusion peut tout aussi bien être une thérapeutique active que l'on peut arrêter dans les cas d'hémorragie active non contrôlée, et un soin de confort dans les situations palliatives oncologiques ou hématologiques (12). La décision de limiter la transfusion aux urgences en tant que thérapeutique active illustre la nécessité de réévaluation de la LATA au décours de la prise en charge, en fonction de l'évolution du patient. La thérapeutique arrêtée dans le contexte de défaillance d'organes non contrôlée n'implique pas l'arrêt du soin transfusionnel si besoin il y a dans les suites, dans le cas où le cap aigu serait passé. La transfusion en phase palliative avancée ou terminale, repose principalement sur le principe d'équité au regard d'un traitement à la valeur symbolique et économique non négligeable, mais aussi potentiellement nuisible et dont l'efficacité chez les patients chroniques n'est pas univoque. La considération éthique devrait en être –et est le plus souvent- réservée au spécialiste référent du patient, en accord avec celui-ci.

---

### *Antibiothérapie*

33% de nos patients ont bénéficié d'une antibiothérapie élargie, c'est-à-dire autre qu'Amoxicilline ou Augmentin. Il est donc probable que tous les patients en choc septique (20%) aient bénéficié d'une antibiothérapie large spectre.

On peut supposer au regard de la proportion importante de patient sortis vivants de l'hôpital après LATA, que, bien que le niveau de soins ait été limité en terme de thérapeutique invasive, un traitement médical seul optimal a été administré, permettant de "passer le cap" aigu de la défaillance observée.

Par ailleurs, l'hydratation (26%) et l'alimentation per os (36%) sont limitées dans les mêmes proportions que l'antibiothérapie ou l'anticoagulation (33%), preuve de la bonne intégration et de l'acceptation des nouvelles dispositions de la loi.

---

## 2. Patients et LATA

---

### 2.1. Âge et LATA : âgisme ou bienfaisance ?

---

#### *Âge et urgences*

La plupart des patients faisant l'objet de LATA sont les patients âgés, avec un âge moyen dans notre étude de 80,4 ans, ce qui est cohérent avec les précédentes données de la littérature (13,14). Le vieillissement de la population – la classe des plus de 75 ans dépasserait les 16% en 2060 selon l'INSEE- implique une patientèle plus comorbide et fragile, notamment aux urgences.

Les personnes âgées de plus de 80 ans ont le plus fort taux de recours au SAU après les nourrissons. Le taux d'hospitalisation après passage au SAU voisine les 50% pour cette population. (DREES 2005).

Si l'âge est en lui-même associé à une augmentation du risque de mortalité, il ne peut prédire seul la réserve fonctionnelle d'un individu, d'autant que cette classe d'âge comprend les écarts les plus criants dans ce domaine entre ses membres, du patient grabataire au marathonien. On voit apparaître en société la notion d'âge physiologique, différencié de l'âge chronologique, termes flous et non scientifiques.

L'objectif de la prise en charge gériatrique étant la préservation de l'autonomie et de la qualité de vie en ramenant le patient au plus près de son état antérieur, il est important d'évaluer ce dernier par des indices validés.

L'étude de De Decker met en évidence qu'un score de comorbidité de Charlson (CCI) > ou égal à 5 est indépendamment associé à une LATA (15), et est associé à une mortalité à court et long terme (5ans) plus élevée. (16)

Le score de Mac Cabe est indépendamment corrélé à la mortalité intra-hospitalière après réanimation,(17)

On déplore donc dans notre étude la quasi-absence de prise en compte des scores pronostiques, qui auraient dû s'avérer une aide à la décision, comme le peuvent le montrer les précédentes études citées.

Le score de Knaus quant à lui n'apparaît pas dans le formulaire.

Concernant les limitations de soins de cette catégorie d'âge, une étude indiquait que seulement 12,5% des patients présentant au moins un critère d'admission en réanimation était effectivement admis, seuls 25% étaient présentés au réanimateur, dont 1 sur 2 était refusé. (18). Les plus de 80 ans représenterait pourtant 15% de la population de réanimation en France (19) et cette population augmenterait de 5,6% par an depuis 2000 (20). Les études se multiplient d'ailleurs concernant la réanimation du sujet âgé, traduisant l'implication des réanimateurs dans cette prise en charge qui s'avère spécifique.

On retrouve parmi les facteurs associés à l'éligibilité des patients pour la réanimation notamment la bonne autonomie fonctionnelle, l'absence de cancer, et l'absence de prise de psychotropes, facteurs que l'on peut opposer à la dépendance partielle et aux comorbidités présentées majoritairement par nos patients : néoplasie et démence. (21)

La durée moyenne de séjour en réanimation est identique voire plus courte que chez les plus jeunes, et l'investissement thérapeutique moindre à gravité initiale identique ou plus importante. La mortalité à un an des patients âgés admis en réanimation varie entre 72 et 89%. Cependant, en analyse multivariée, l'âge élevé et l'agressivité moindre étaient indépendamment associés à la mortalité. L'intensité moindre des soins pourrait constituer une perte de chance.

L'étude multicentrique de Guidet et al en 2017 (20) randomisant des patients de plus de 75 ans, montrait un taux accru d'admission en réanimation lorsque la sollicitation du réanimateur était systématique (61% d'admission versus 34% dans le bras contrôle où l'appel était laissé à la libre appréciation de l'urgentiste). Cependant, après ajustement, le taux de mortalité à 6 mois et la qualité de vie à 6 mois étaient identiques dans les deux groupes.

Pour répondre à l'hétérogénéité des ressources des personnes âgées, on voit se développer le concept de fragilité, comme la « diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress, dont l'expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. ».

---

## 2.2. Devenir

Ne pas entreprendre de réanimation ne signifie pas limiter toute thérapeutique active ; la limitation de soins n'est pas nécessairement le soin palliatif. Il y a différents degrés de limitation ; certains patients sont ainsi récusés pour une intubation, une réanimation cardio-pulmonaire, un support adrénérgique, mais seront éligibles à une transfusion, voire plusieurs, et hors du cadre du « soin de confort » stricto sensu.

Par ailleurs, la décision de limitation de soins se fonde sur le pronostic supposé de la ou des comorbidités du patient. Or une étude néerlandaise jugeait justes 90% des pronostics de décès dans les 7 jours des médecins concernant des patients au stade terminal de leur pathologie (pour la plupart non cancéreuse), contre 16 % seulement pour un pronostic à 3 semaines, et 13% à 42 semaines. (22). La pertinence de décider d'une limitation de soins aux urgences tient du fait de la gravité initiale du malade aux urgences, rendant nécessaire une thérapeutique active. Dans ces cas précis, le pronostic vital est souvent engagé à très court terme, et notre étude le confirme, avec un délai médian de décès après LATA de 33h.

61% de nos patients sont décédés dans une structure hospitalière, 7% sont décédés dans leur EHPAD. 33% de nos patients sont donc rentrés à domicile, ou entrés en institution après leur séjour. La décision de LATA n'est donc pas nécessairement suivie d'un décès précoce.

Cette proportion importante de patient rentrant à domicile dans les suites d'une décision de LATA implique leur prise en charge en ville, et l'anticipation d'une récurrence de la symptomatologie ayant motivé la LATA. Nous reviendrons sur les possibilités envisageables en ville pour la réalisation des soins dans ce contexte plus après (cf société et LATA).

Cependant, il existe à présent dans les dossiers médicaux informatisés et dans les dossiers consultables en régulation SAMU les fiches URGENCE PALLIA : ces fiches sont rédigées par tout médecin s'occupant d'un patient en situation palliative. Elle est destinée à transmettre des informations à un autre médecin qui serait amené à intervenir auprès de ce patient lors d'une situation d'urgence, notamment pendant les nuits et les week-ends (régulateurs et effecteurs du SAMU ou PDS, médecin de garde,

SAU). Elle permet une aide à la prise de décision et contribue à garantir le respect de l'autonomie et de la volonté des patients. (23) fiche en annexe.

La rédaction d'une fiche peut être associée à une déclaration à la régulation du SAMU, conférant au dossier du malade un caractère remarquable, permettant son identification dès la sonnerie de l'appel téléphonique.

---

### 2.3. Expression

Il est préoccupant de constater dans cette étude que l'expression du patient est peu recherchée : moins de 30% des cas. Ce chiffre est comparable à ceux retrouvés dans la littérature : Le Conte et al en 2010 constatait une implication du patient apte à s'exprimer dans la décision dans 31% des cas(14). L'étude ICE CUB 1 publiée en 2016 constate que 8 patients sur 10 ne sont pas consultés quant à leur admission en réanimation, bien que tous étaient jugés capables de s'exprimer. (24) Les patients sont donc peu consultés, avec le double risque d'engager des thérapeutiques trop invasives et de condamner l'accès aux traitements de suppléance. Il existe un décalage entre l'importance déclarée par les praticiens du recueil de l'opinion des patients, et les faits réels en pratique quotidienne.

Cela trahit probablement une approche trop paternaliste encore de la relation médecin-patient. (24) Trop, parce que quelle que soit la décision finale, le patient doit rester au centre de cette dernière, au nom du principe d'autonomie. Ce propos est d'autant plus préoccupant que le patient n'est informé de la décision dans notre étude que dans 17% des cas, alors qu'elle serait jugée non pertinente pour seulement 53% d'entre eux. Qu'en est-il des 30% restant ? Il faut cependant pondérer ces chiffres par le fait –et nous y reviendrons- que peu de formulaires sont correctement remplis.

Dans cette étude, on remarque cependant que les jeunes urgentistes étaient plus susceptibles de questionner les patients que les plus âgés, en lien probablement avec les changements dans la relation médecin-patient témoigné par la loi, donnant plus de place à l'autonomie de ce dernier, et intégrés à l'enseignement lors du cursus médical.

Cette ellipse de la volonté du patient se retrouve plutôt dans les situations qui laissent peu de doutes ; on retrouve d'une part la situation dans laquelle l'urgentiste est convaincu que l'état général du patient -que cela soit dû au diagnostic initial ou aux comorbidités sous-jacentes -ne lui permettra pas de supporter une réanimation. Le

pronostic grevé évident conduit à faire l'ellipse de la volonté du patient, directe ou indirecte. Il est vrai que certaines situations semblent évidentes – néoplasie évolutive non contrôlée, pathologies chroniques terminales décompensées...- et les soins de confort s'imposent, la réanimation n'est pas envisageable quelle que soit la volonté du malade ou de ses proches. La consultation des familles n'a alors pour objectif que de conforter la décision, et s'inscrire dans une perspective médicolégale. D'autre part, il ne vient pas forcément à l'esprit que le patient pour lequel une admission en réanimation est possible au vu d'une qualité de vie préservée, des ressources physiques semblant à l'évaluation initiale suffisante pour envisager une suppléance, puisse refuser ce « traitement de faveur » qui lui est proposé.

Il faut cependant garder en mémoire que, si refus il y a d'ingérer dans la décision, pour laisser toute liberté à une famille qui peut-être a une idée précise des volontés du malade, questionner ouvertement expose parfois à la réponse « c'est vous le médecin ! ». Cela présuppose la volonté du profane de s'investir dans la décision, au risque qu'il se sente responsable de cette dernière (25). Prendre le temps, trouver les mots justes pour orienter sans diriger, là est la difficulté.

Les patients déments ou porteurs de pathologies neuropsychiatriques sont encore moins enclins à être interrogés, même si leur pathologie leur permet l'expression de la volonté. Ceci est probablement en lien avec le temps nécessaire à l'explication, plus important que pour les patients sans troubles cognitifs.

Dans l'étude ICE CUBE 1 toujours, il était noté que le patient était plus susceptible d'être interrogé si un proche l'était aussi. Les auteurs suspectent la volonté des praticiens de confirmer les souhaits du patient auprès des proches, et mettent en doute dans cette hypothèse le respect suffisant de l'autonomie de décision du patient.

La famille reste le principal émissaire concernant les volontés du patient (84% des expressions indirectes). Elle est par ailleurs informée de la décision de LATA dans 78% des cas. Il peut donc être noté qu'à l'exception des cas où le patient est inapte à exprimer sa volonté, il existe de nombreuses situations dans laquelle la famille est informée mais non le patient. Concernant l'information donnée à la famille, et la rédaction dans le dossier médical, une des raisons avancées pour expliquer le peu d'information est l'éventualité d'une plainte (57% des MAR, influant sur l'information donnée à la famille (65%) et la rédaction dans le dossier (75%)). (26).

La personne de confiance est très peu sollicitée dans notre étude, 1,5% des cas... Cela tient probablement au fait que les urgentistes informent les proches présents aux urgences, ou contactent par téléphone la première personne à solliciter, sans être certains qu'une personne de confiance a réellement été désignée. Il s'agit quoiqu'il en soit généralement de la personne la plus investie dans la prise en charge du patient. Les urgentistes informent les proches en général, et non spécifiquement la personne de confiance ; il y a très souvent assimilation entre la personne de confiance et la « personne à prévenir ».

Le fait que 34% des patients n'aient pas de personne de confiance désignée est plus interprétable, car cette information n'est remplie par l'urgentiste que lorsqu'elle est avérée.

L'expression par directives anticipées représente dans notre étude seulement 6 % des cas.

Un sondage réalisé en janvier 2018 par l'entreprise BVA à la demande du Centre National de Soins Palliatifs et de la fin de vie mettait en évidence que 11% des Français de plus de 50 ans avaient rédigé des directives anticipées. Ce chiffre est toujours, dans les médias comme dans les études, considéré comme faible, mais il a d'une part quadruplé sa valeur en 6 ans (2,5% en 2012), et d'autre part n'est pas discordant avec les patients a priori impliqués. Envisager sa fin de vie ne doit pas être un devoir, mais si au vu d'une histoire de vie, d'une situation complexe, ou d'une réflexion mûre et aboutie un individu ressent le besoin de contrôler en quelque sorte le processus de son mourir, les DA lui permettent d'exercer ce droit. Le caractère non obligatoire de ce droit permet justement de sauvegarder l'autonomie de chacun. Nos choix sur ce sujet ne sont-ils pas d'ailleurs conditionnés ? Ce « consentement à la LATA anticipé » est-il vraiment éclairé dans la mesure où le patient se projette dans des situations qui ne seront probablement pas celles qui adviendront ? Didier Sicard disait dans une interview de Libération en février 2017 sur le sujet : « Les DA ne me paraissent pas d'une utilité folle, leur usage

dépend de plus de situations assez rares, 1 à 2% des situations réelles. La portée en est plutôt symbolique. »

Il faut cependant mentionner 2 modèles de rédaction des directives anticipées proposées sur le site du gouvernement, selon que la personne est atteinte d'une maladie grave, ou qu'elle est en bonne santé.

Il est intéressant de constater, toujours dans le même sondage, que les Français jugeant le dispositif des DA intéressant appartiennent plutôt à la classe d'âge inférieure à 65 ans (81% d'entre eux), contre 66% chez les plus de 75 ans, mais que parmi les français ayant effectivement rédigé des DA, la majorité appartenait à la classe 75 ans et plus. Les DA sont regardées de loin avec approbation, mais leur rédaction est repoussée aux âges avancés. Les principaux motifs de rédaction étaient :

- libérer les proches de la responsabilité d'avoir à décider pour eux
- ne pas subir d'acharnement

L'absence de rédaction était justifiée par " la confiance en les proches de décider ce qu'il y a de mieux", et l'absence d' "envie de se projeter".

---

### 3. Soignants et LATA

La SFMU le soulignait, la réflexion éthique se place toujours au carrefour d'un « choix tragique ». Décider d'une LATA pour les soignants n'est jamais une solution de facilité. Cela demande une évaluation complète du patient dans sa globalité, l'information du patient s'il est apte à la recevoir, le recueil de sa volonté éclairée s'il est apte à la donner, la recherche d'une expression indirecte s'il ne l'est pas, et la consultation des professionnels en charge du patient, ou aptes à donner un avis en qualité de consultant, l'information du patient et de ses proches de la décision lorsqu'elle est prise compte tenu de l'ensemble des éléments recueillis, la mise en place des thérapeutiques non limitées ou/et des soins de confort, la recherche d'une chambre au calme pour la réalisation desdits soins, la disponibilité nécessaire au patient et à la famille dans des situations s'orientant parfois au décès du patient. On l'aura compris, il ne s'agit pas d'un abandon du patient sur une impression clinique défavorable.

La décision de limiter est fastidieuse, elle prend du temps. Cela a déjà été montré, engager une thérapeutique active est moins difficile que décider de la limitation : il n'y a pas de culpabilité, et l'impression de « sauver » est toujours plus acceptable à première vue que la passivité de la récusation, avant que le caractère "déraisonnable" ne s'impose. (27)

La collégialité réglementaire est donc aussi une aide pour le praticien. La confrontation avec un pair recadre les situations et permet dans la grande majorité des cas l'obtention d'un consensus. Il faut rappeler cependant cette notion importante soulignée par la SRLF : « le consensus doit être recherché lors des discussions entre les acteurs de la réflexion (...) mais ne doit pas être considéré comme une garantie éthique en soi ». Il s'agit de s'assurer de « l'absence d'opposition nette ou de doute sérieux émis par un ou plusieurs participants. »

On déplore dans notre étude qu'un patient sur deux ou presque (45%) ne bénéficie pas de cette discussion collégiale.

Doit-on cependant blâmer les urgentistes de prendre seul cette décision, ou compatir à leur isolement certaines heures de la nuit ou de week-end et jours fériés ?

Ont été introduits récemment les concepts de « collégialité optimale », aux heures ouvrables où chaque intervenant (médecin traitant, médecin spécialiste) doit être contacté pour une évaluation optimale de la situation, et de « collégialité restreinte » en nuit profonde, le week-end, où est acceptée la collégialité simple de deux médecins sans lien hiérarchique.

Il serait intéressant de rechercher une association entre heure de décision de LATA et collégialité de la décision.

Concernant les spécialités sollicitées, lorsque le médecin consultant n'est pas urgentiste (50% des cas dans notre étude), le réanimateur figure en première ligne (45% des spécialistes). Il est licite de se demander quel rôle tient ce dernier dans les décisions de LATA aux urgences. D'aucun propose que son avis soit sollicité pour toute limitation thérapeutique, lui conférant le rôle de spécialiste du tri. Il est celui qui assumera le patient dans les suites d'une admission. Si l'on veut aller loin dans les considérations éthiques, la sollicitation du médecin prenant charge du patient après admission pose question : le manque de place est un motif invoqué dans le refus du spécialiste d'admettre un patient dans son service. Ne serait-il pas souhaitable dans un monde idéal, que la décision soit prise de manière consensuelle avec un médecin consultant qui

n'appartienne pas au service dont relèverait le patient, en amont de l'accord du spécialiste sollicité pour l'admission ?

Les spécialistes sollicités les plus fréquemment après l'urgentiste et le réanimateur sont le neurochirurgien (12%), le gastro-entérologue (10%) et l'oncologue (9%). L'implication des neurochirurgiens dans la LATA tombe sous le sens : pour tout événement hémorragique intracrânien, les possibilités thérapeutiques chirurgicales conditionneront le pronostic du patient, quel que soit son état antérieur, quand l'état antérieur conditionne peut-être moins les possibilités chirurgicales qu'ailleurs.

Les pneumologues et cardiologues sont peut sollicités en revanche comparativement à la prédominance de défaillance respiratoire.

Il faut rappeler la présence d'un interne aux urgences, mentionné dans la décision dans 57% des cas, qu'il y ait intervention d'un autre médecin thésé ou non. Ainsi, en faisant fi de la relation hiérarchique entretenue entre interne et médecin en charge, la décision n'était prise par un médecin unique que dans 20% des cas, mais il faut concéder que c'est déjà beaucoup.

Concernant la participation de l'interne, il était aussi à l'origine de l'observation du patient dans de nombreux autres cas que nous n'avons pas recensés, sa participation dans la décision n'étant pas possible à affirmer rétrospectivement.

L'implication du personnel paramédical est également étonnamment faible : 16%, comparativement à l'étude multicentrique de 2010, où l'implication des infirmiers atteignait 27%.(14). Il s'agissait cependant d'une étude ne prenant en compte que les décisions de LATA chez les patients décédés, donc non applicable à notre étude. Cependant, dans les services de réanimation, le taux de participation était évalué à 54%. Nous sommes donc très en deçà. Les infirmiers sont ainsi souvent relégués au rôle d'exécutants. (27). Une étude qualitative évaluant le ressenti des paramédicaux et leur désir d'implication serait intéressante ; il paraît peu probable que leur faible participation à la décision soit due à un refus de leur part...

Il faut cependant rappeler que la sollicitation de l'infirmier dans la décision est souhaitable dans la loi, mais non obligatoire ; il n'apparaît pas, légalement parlant, primordial pour les urgentistes de les mentionner dans le formulaire.

Le CCNE en 2013 insistait sur « la nécessité d'une procédure collégiale, entendue comme une délibération collective qui devrait être interdisciplinaire et faire la place à des professionnels non médicaux ».

---

### 3.1. Place du médecin traitant

Le résultat de cette étude est sans appel quant à la place du médecin traitant dans la collégialité de la décision: il n'est d'une part jamais sollicité lors de son élaboration, et d'autre part il n'est que rarement informé de la décision (7% des cas). Plusieurs éléments de réponse : si la collégialité est déjà difficile à obtenir avec un médecin joignable directement sur son bip au sein de l'hôpital, il paraît évident qu'elle l'est d'autant plus avec un confrère extérieur, pour les raisons précédemment citées, mais aussi pour d'autres plus pragmatiques.

Premièrement, le médecin traitant est difficile à joindre, c'est un fait. Loin de reprocher l'absence de disponibilité des médecins généralistes en heures ouvrables, on l'expliquera aisément par la densité de consultations journalières, les visites à domicile, sans parler des consultations d'urgences qui parfois s'ajoutent, voire les constats de décès. Deuxièmement cela prend du temps, celui de l'attente téléphonique du secrétariat, celui de la consultation du dossier éventuelle par le médecin généraliste, celui de la réflexion commune enfin.

Pour finir, le manque cruel de médecins de ville et le changement de mode d'exercice font craindre que, possiblement dans l'avenir, les médecins connaissent de moins en moins leurs patients,

Ces résultats sont d'ailleurs cohérents avec ceux retrouvés dans la littérature : interrogation du médecin traitant dans seulement 4,8% des cas dans l'étude de Le Conte en 2010 (14), 2/3 des médecins généralistes déclarant n'avoir jamais été consultés dans le cadre de ces décisions dans une étude rétrospective concernant des LATA décidées en réanimation (28)...

Pourtant, le code de déontologie médicale dans son article 63 prévoit que « le médecin qui prend en charge un malade à l'occasion d'une hospitalisation doit en aviser le praticien désigné par le malade ou son entourage. Il doit le tenir informé des décisions

essentielles auxquelles ce praticien sera associé dans toute la mesure du possible ».

Le CNOM reconnaît leur légitimité dans la décision : « cette information est également nécessaire lorsque le médecin traitant est sollicité pour donner un avis, systématiquement ou, pour des décisions difficiles, à la demande d'un spécialiste ou du patient. L'association du médecin traitant à ces décisions est souhaitable mais elle tiendra compte des conditions pratiques, de l'urgence, du type de décisions à prendre. »

Et de plus, les médecins traitants seraient demandeurs d'être plus impliqués dans les prises en charge ; ils témoignent d'une insatisfaction globale des décisions prises en milieu hospitalier(29),

La consultation du médecin traitant est donc difficile dans le contexte de l'urgence, mais l'anticipation des situations d'urgences dans le cadre des maladies chroniques, l'aide à la rédaction des directives anticipées, la désignation de la personne de confiance sont autant d'axes de prise en charge rendant plus aisées et adaptées les LATA, et que les médecins généralistes reconnaissent comme utiles et tentent d'appliquer.

Reste à rendre plus aisée la communication entre la ville et l'hôpital...

Les perspectives d'amélioration s'organisent autour du dossier médical partagé -se heurtant encore pour le moment à des problèmes de préservation de la sécurité de l'information -, des mails sécurisés, mais également des fiches de transmission du type Urgences Pallia, adaptées aux consultations de ville.

---

### 3.2. Traçabilité

Outre la collégialité, pour s'aider dans la décision, l'urgentiste doit se servir de la traçabilité réglementaire comme d'un cadre rassurant. La capacité à justifier la décision, à l'argumenter, à la moduler est un indicateur de la justesse de celle-ci. L'observation permet de retracer l'anamnèse récente, les antécédents, la pathologie en cours et d'en conclure l'intérêt de la limitation de soins, non comme une impasse, mais comme l'orientation la plus souhaitable. L'intérêt d'un formulaire commun à toutes les situations de LATA a été démontré dans beaucoup d'études et de thèses. Il doit permettre de rapidement faire état de la situation, et de préciser les thérapeutiques et

soins limités ou arrêtés, ainsi que les soins nécessaires et entrepris au décours. La fiche de LATA du CHU de Nantes est en annexe.

La proportion d'erreur dans le remplissage du formulaire est importante (22%) ; elles concernent majoritairement l'absence de renseignement des médecins consultants, de l'expression et de l'information du patient, de certains antécédents notables pourtant influant sur la décision, mais aussi des erreurs de remplissage telle que l'inversion des arrêts de soin courant. Lorsque les thérapeutiques à limiter doivent être cochées les unes après les autres, la rubrique « arrêt » est détaillée en « oui » et « non », entraînant une confusion chez les urgentistes pressés par le temps qui ne prennent pas celui de se relire. Il est mentalement plus facile de répondre à une question posée par la positive que par la négative. D'ailleurs, la différence entre le oui et le si ne se retrouve parmi les langues latines qu'en français...

Dans la plupart des observations médicales, on retrouve une argumentation rapide justifiant la décision, suivie de la mention « LATA faite ». Le formulaire permet de détailler cette LATA, et assure la pesée dans la balance bénéfice-risque de chaque thérapeutique limitée ou arrêtée.

Cependant, le formulaire, s'il est un cadre permettant de lever toute ambiguïté sur la décision qui s'en retrouve précise, entraîne aussi les médecins à faire omission de certains aspects spécifiques du patient, puisqu'il s'agit de faire rentrer la situation dans les cases prévues. Le formulaire n'est pas une base de réflexion, il est l'aboutissement de la réflexion, et ne permet qu'une collection des informations recueillies concernant la LATA.

Ainsi, le formulaire du CHU de Nantes :

- rappelle le cadre législatif en proposant de renseigner les médecins consultants et les paramédicaux, le mode d'expression du patient, les personnes informées de la décision, et permettant une traçabilité rapide
- mais il est souvent rempli à la hâte et plus dans le simple but de « faire la LATA », pour « cadrer le dossier », que dans celui d'établir une vraie réflexion éthique.
- Il est peu clair concernant l'arrêt des soins courants, car contraignant à une double négation (« arrêt : oui, non »)
- La dernière partie concernant les soins palliatifs est souvent « bâclée » et peu renseignée.

---

### 3.3. Motifs de décision

Les décisions de LATA sont la plupart du temps motivées par plusieurs raisons : la dégradation de l'autonomie future est retrouvée dans 95% des cas, plus que l'altération de la qualité de vie, probablement plus difficilement évaluable.

Il paraît donc primordial pour les médecins en charge du patient que le soin ne soit pas à l'origine d'une augmentation de la dépendance. Une affection aiguë ou une altération aiguë d'une affection chronique a rendu le patient dépendant au moins transitoirement, mais le soin visant à l'aider à recouvrer une autonomie ne doit en aucun cas être à l'origine d'une altération de celle-ci, par non-malfaisance.

Cette importance donnée à l'autonomie n'est pas insignifiante : elle était renforcée dans la loi, elle est également un des piliers majeurs du combat citoyen, et pas uniquement dans le seul domaine de la santé.

Quant à la qualité de vie, par définition subjective et multidimensionnelle, évaluation par le patient de son niveau de fonctionnement et de sa satisfaction comparativement à ce qu'il percevrait idéal, elle ne peut être appréciée sans une interrogation directe de l'intéressé. La simple observation de ses capacités fonctionnelles serait faire fi des processus cognitifs influençant la perception de l'individu de sa qualité de vie, et risquerait l'erreur de projections personnelles. (30). On le disait précédemment, s'abstenir de laisser la parole au patient est faire preuve d'autoritarisme et de négation de l'autre.

Une étude américaine réalisée en 2011 comparait la capacité fonctionnelle, le bien-être émotionnel et la qualité de vie des patients porteurs de cancer, BPCO ou insuffisance cardiaque chronique à pronostic évalué équivalent. (31) En analyse multivariée, l'étude montrait l'absence de corrélation entre le diagnostic et la qualité de vie, incluant des dimensions sociales, émotionnelles, spirituelles et physiques. Par contre, le bien-être émotionnel et spirituel était moindre chez les hommes et chez les non-caucasiens, preuve que les déterminants de la qualité de vie ne s'arrêtent pas aux simples échelles de niveau fonctionnel.

Ainsi, la vie relationnelle de l'individu, sa capacité à communiquer et interagir avec l'autre, et à exercer le rôle social qu'il souhaite dans son réseau, sont des facteurs

identifiés influant sur le bien-être global, au même titre que la santé physique. Si les dimensions spirituelles et émotionnelles des individus sont difficilement évaluables, l'altération de la vie relationnelle reste un paramètre plutôt objectif et appréciable, que les urgentistes considèrent comme fondamental puisque ce motif de décision de LATA suit de près la perte d'autonomie (88% des cas).

---

#### 4. Société et LATA : comment la société gère-t-elle ses patients « fragiles » ?

---

##### 4.1. Moyens actuels de prise en charge

C'est un des éléments les plus remarquables de cette étude : plus d'un tiers des patients ayant fait l'objet de LATA regagnent leur lieu de vie, ou intègrent des maisons de retraite. Ce pourcentage important pose question dans la mesure où le suivi de ces personnes fragiles doit s'organiser en ville, afin d'éviter un nouveau passage évitable par le SAU.

59% des patients de notre étude bénéficiaient de soins palliatifs aux urgences, chiffre comparable à celui de l'étude multicentrique de Le Conte et al en 2010 (61%).(14). Si l'on peut imaginer que certains patients guéris de la pathologie aiguë ou acutisée n'ont eu besoin que transitoirement de ces soins, il en va différemment de ceux qui, en fin de vie ou en proie à des souffrances psychiques ou physiques, les nécessiteront quotidiennement dans les suites du passage au SAU.

---

##### *Au sein de l'hôpital*

En France, 20% seulement des patients concernés auraient accès aux soins palliatifs, avec une disparité sur le territoire : 0,4 à 8,2 lits pour 100000 habitants.

A Nantes, le CHU dispose de 15 lits identifiés Soins Palliatifs, et d'une Unité de Soins Palliatifs comportant 10 lits, et bénéficie de l'intervention d'une équipe de soins palliatifs intervenant dans tous les secteurs de l'hôpital.

La plupart des patients de cette étude transitent ou décèdent dans le service d'UHCD. Dès qu'une fin de vie est envisagée pour l'un des patients des urgences, l'impératif est de

lui trouver une chambre seule au calme pour l'administration satisfaisante des soins palliatifs, et permettre un décès dans l'apaisement. La plupart des services hospitaliers manque cruellement de lits d'hospitalisation, et il est fréquent que le patient ne soit pas connu spécifiquement d'un service de médecine. Rappelons une nouvelle fois qu'il s'agit majoritairement de patients âgés polypathologiques, et que les services d'oncologie, dermatologie et gastro-entérologie gèrent généralement leurs patients chroniques par des entrées directes dès que cela est possible.

Dans ces circonstances, l'orientation vers l'UHCD est l'option la plus efficace pour entreprendre rapidement des soins de confort en zone adaptée, ou, hors cas de décès imminent, la seule envisageable dans l'attente d'une hospitalisation en service de médecine.

L'UHCD étant dans la grande majorité des cas gérée par les urgentistes et les infirmiers des urgences, ils seront ceux qui administreront les soins palliatifs. Or, les médecins urgentistes se jugent insuffisamment formés à la gestion de ces situations, comme le montre une thèse grenobloise de 2012, dont l'enquête révélait une insatisfaction concernant leur formation pour 76% d'entre eux. 61% jugeaient également insuffisante la formation des paramédicaux. (32). Une enquête nationale téléphonique en 2013 évaluait à 93% le nombre d'urgentistes qui se déclaraient n'être aucunement formés dans ce domaine (33).

---

#### *Au domicile et dans les EHPAD*

Si près de 60% des décès en France ont lieu dans des structures hospitalières (chiffres de l'OFNV en 2011), beaucoup souhaiteraient finir leurs jours à domicile, dans leur environnement de vie.

Pour la dispense de soins palliatifs à domicile, plusieurs options sont envisageables, selon la complexité, la fréquence et la durée des soins à prodiguer ; soignants libéraux, réseaux de soins palliatifs, hospitalisation à domicile se développent petit à petit, et si les réticences initiales des soignants au suivi de la fin de vie en ville concernaient plus

souvent la prise en charge de patients jusqu'alors inconnu, l'anticipation progressive de l'augmentation de la dépendance par l'augmentation progressive des soins permet une meilleure relation soignant-soigné.

L'OFNV décrivant un besoin en soins palliatif hétérogène, il propose une approche en « trajectoires de fin de vie » :

- la trajectoire n°1 correspond à la phase terminale d'une évolution progressive
- la trajectoire n°2 est caractérisée par un déclin graduel, ponctué par des épisodes de détérioration aigus et de récupération, avec une mort parfois soudaine et inattendue
- la trajectoire n°3 décrit un déclin graduel et prolongé (personnes âgées fragiles et/ou démentes).

Entre 2001 et 2010, le nombre de lit en USP a été multiplié par 3, le nombre de LISP par 20, et celui d'EMSP par 1,5.

On remarque que le décès extrahospitalier concerne 7% des patients de notre étude. Ces données concernent uniquement les patients en EHPAD ; - il nous a paru indélicat de recontacter les patients à domicile, ou leurs proches dans les cas de décès, et chronophage pour les secrétaires de leurs médecins traitants. De plus, ce n'était pas vraiment l'objet de cette étude, qui s'intéressait au cadre hospitalier uniquement.

Cette proportion assez faible est à mettre en relation avec la volonté politique d'améliorer les prises en charge en EHPAD pour permettre la mise en place de soins palliatifs dans ces institutions.

L'HAS publiait en 2015 en lien avec l'ANESM une fiche « points clés » intitulée : « Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en EHPAD ? ». (34) Elle s'appuie sur quatre leviers :

- amélioration des soins en EHPAD (amélioration de la gestion des urgences en EHPAD, vaccination antigrippale, réduction des hospitalisations liées aux pneumopathies, et augmentation des soins palliatifs en EHPAD.)
- Agir sur les causes fréquentes d'hospitalisations non programmées en EHPAD (prévention des chutes et de la iatrogénie)
- Optimiser les ressources internes de l'EHPAD (augmentation des capacités en soins de l'EHPAD, et renforcement des ressources soignantes en EHPAD)

- Renforcer les ressources externes de l'EHPAD (développement ou renforcement de l'expertise gériatrique, l'expertise en soins palliatifs, la télémédecine et l'HAD).

En particulier, ces recommandations se proposent de renforcer les soins palliatifs et les soins de support, en créant un dialogue autour des directives anticipées et de la personne de confiance, formant des référents afin de diffuser la culture et les techniques palliatives au sein des structures.

Rappelons l'existence des DLU depuis 2008, revue en 2012 et 2015 contenant les informations administratives, médicales et de soins essentielles pour que les soignants puissent prendre en charge, en urgence, un patient âgé résidant dans un EHPAD. Il contient notamment les coordonnées de la personne de confiance désignée par le résident, une copie de ses directives anticipées, ainsi qu'une indication « en soins palliatifs » signifiant que selon l'avis du médecin traitant les soins de confort sont à privilégier.

---

#### 4.2. Perspectives d'amélioration

La loi Claeys-Leonetti a insisté sur la formation des médecins aux soins palliatifs. Elle propose, pour les spécialités exposées, l'incrémentation de séminaires avec formations pratiques en USP aux enseignements théoriques déjà délivrés dans les trois cycles, et spécifie que tous les professionnels de santé doivent être en mesure de dispenser des soins palliatifs, que ce soit à domicile, en institution ou à l'hôpital. Il sera intéressant d'évaluer dans un délai cohérent avec la durée des études médicales, si cette injonction porte ses fruits.

Le respect de la collégialité et de la volonté du patient commence par la remise en question des pratiques, et notamment le refus des projections personnelles sur le malade.

La révision du formulaire permettrait peut-être de le rendre plus incitatif. La mention concernant l'arrêt des soins pourrait être reformulée, afin d'éliminer la double négation à l'origine d'erreurs de remplissage.

Les soins palliatifs administrés et leurs indications pourraient figurer de façon plus évidente dans le formulaire, le logiciel Millenium rendant difficile la consultation des traitements institués a posteriori, notamment pour le suivi du patient hospitalisé.

De manière plus générale, l'objectif de donner les moyens aux réseaux de ville d'accompagner les patients, et éduquer ces derniers et leur famille, les aider ainsi que le médecin traitant à mieux anticiper les complications éventuelles de leurs pathologies chroniques, doit être poursuivi.

---

#### 4.3. Pourquoi les LATA ?

La LATA est une application directe des principes de bioéthique : la non malfaisance s'affirme dans le refus de l'obstination déraisonnable, la bienfaisance dans l'administration de soins palliatifs, l'autonomie dans le respect de la volonté du patient, et l'équité dans l'évaluation de soins proportionnés à la situation ; la LATA est par définition une démarche éthique.

Les situations présentées dans cette étude ne posent cependant pas toutes des dilemmes éthiques ; lorsqu'une personne arrive au « grand âge », et se trouve en situation critique, la plupart des gens, y compris cette dernière, estime que « sa vie est derrière elle » ; c'est l'acceptation de la progression du vieillissement vers la mort inéluctable.

Mais les espoirs et les conceptions changent, les avances techniques et scientifiques promettent chaque jour de nouveaux progrès en terme d'espérance et de qualité de vie. Une étude de cohorte d'environ 200 patients en 2005, de 80 ans en moyenne montrait en que 52% d'entre eux répondaient qu'ils souhaiteraient être réanimés s'ils présentaient un arrêt cardiaque subit. Soit donc 1 patient sur 2 qui considérait il y a 15 ans, qu'à 80 ans, il avait encore des choses à vivre.

Loin de la condamner, il faut reconnaître que la quête du moi « insénescent » fait risquer la déviance vers une médecine consommatrice et individualiste, en dépit du principe d'équité, et condamnant celui-ci au nom de l'autonomie et du libre accès au soin.

Outre l'acharnement déraisonnable éventuellement suscité, mais, de fait, accepté par la société, le risque serait aussi d'accroître les inégalités en matière de santé : on ne pourrait pas assurer ces soins onéreux, chronophages, à tous, lorsque les tendances

démographiques s'orientent vers un vieillissement notoire de la population. Dans l'idée soutenue par Anne-Laure Boch, neurochirurgien et essayiste, (36), la médecine « participerait à l'augmentation de la charge sociale que représentent les handicapés », par le traitement de « toutes les petites misères de la vie », par le progrès médical global et non ceux de la réanimation spécialisée, notamment chez les personnes dont l'âge avancé est devenu la norme.

Elle interroge la motivation d'une légalisation de l'euthanasie comme revanche de la société sur une médecine qui alimente la charge de la dépendance en créant du handicap autant qu'en en guérissant, charge que la société ne veut/ne peut plus assumer.

Cette dernière appelle les médecins à l'accepter puisqu'elle leur fait reconnaître que leur art ne sert pas qu'à faire le bien, que les thérapeutiques engagées sont parfois malfaisantes pour ces personnes qui n'y trouvent plus leur compte, et qui deviennent un poids. « Cela ne fera guère baisser le nombre et la charge des handicapés, mais cela apaisera les gens en leur donnant l'impression qu'en dernier ressort, ils peuvent se dégager de l'oppression totalitaire qu'est la médicalisation de la vie. »(35)

La LATA s'inscrit alors dans une volonté humaine de prévenir la surmédicalisation, d'offrir un soin constant mais non une obligation de traitement, et surtout la garantie qu'une réflexion éthique a été menée, en parallèle de toute réflexion scientifique pure.

Elle est à la fois le rempart à l'acharnement, et l'arme contre l'abandon thérapeutique.

---

## V – LIMITES DE L'ÉTUDE

La principale limite de notre étude est son caractère rétrospectif, impliquant de nombreuses données manquantes, telles que les thérapeutiques instituées avant ou après LATA, les soins palliatifs effectivement prodigués...

Le fait de recueillir les patients par la requête des formulaires conduisait aussi à faire abstraction de tous les cas où les LATA sont décidées à demi-mot, de manière plus ou moins consciente (car le remplissage du formulaire est une pratique courante du CHU de Nantes, depuis une dizaine d'années), parfois lorsqu'un consensus franc est difficile à trouver avec les familles.

Le conflit entre soignants, ou avec les familles, les proches ne sont pas traités dans cette étude.

La fiabilité des données entrées dans le formulaire est une autre vraie limite de l'étude. La comparaison avec le dossier médical du patient fait état de nombreuses erreurs de remplissage, rendant parfois difficile le recueil des données. Deux principales raisons à ces erreurs : la lecture trop rapide du formulaire avec les inversions dont nous avons précédemment parlées, et le rôle donné audit formulaire, plus administratif et protocolaire que le dossier médical dans lequel l'argumentaire plus libre et spontané est souvent mieux décrit, mais moins complet.

Cette étude est monocentrique, et ne se veut pas extrapolable aux autres urgences. Elle se tient dans les urgences d'un CHU disposant d'un plateau technique développé, d'une réanimation, d'unités de soins intensifs, d'une EMSP et de toutes les spécialités médicales de garde disponibles au moins par téléphone.

Il aurait été particulièrement intéressant d'étudier le devenir des patients et leur qualité de vie après LATA. Les savoir si nombreux vivants est intéressant, car cela appuie la nécessité de développer les structures et les moyens en aval ; les savoir témoignant d'une qualité de vie satisfaisante (sans être nécessairement identique à celle précédant l'hospitalisation) serait plus utile.

---

## CONCLUSION

Cette étude a permis de confirmer que les patients pour lesquels était décidée une LATA étaient âgés et dépendants, certes souvent déments ou atteints de cancer, mais pour la plupart vivant encore à leur domicile. Plus d'un tiers d'entre eux sont sortis vivants de l'hôpital à la suite de cette décision, ce qui laisse supposer que, si la LATA excluait de fait certaines thérapeutiques invasives, un traitement médical satisfaisant était cependant institué.

On reprochera le respect insuffisant du cadre légal au regard du dossier médical, notamment en ce qui concerne la collégialité. Trop de médecins assumaient seuls la décision, et la pluridisciplinarité n'était pas de mise, en particulier concernant l'implication des paramédicaux qui était trop peu renseignée.

La nécessité de protocolisation des démarches de LATA n'est plus à démontrer, mais le formulaire souvent lu et rempli trop vite n'était pas suffisamment incitatif quant au respect du cadre réglementaire. Des modifications en terme de mise en forme seraient à prévoir.

Le principe d'autonomie au cœur des débats actuels est également trop peu mis en avant par les médecins urgentistes, le patient et ses proches restant peu sollicités dans le recueil des volontés de celui-ci.

Une meilleure formation des médecins à la loi et aux soins palliatifs sous toutes leurs formes, des moyens plus importants alloués aux réseaux de ville permettant l'anticipation de décompensations aiguës de pathologies chroniques par les médecins traitants, les patients et leurs proches, une restructuration des urgences pour permettre à la fois une gestion des patients fragiles, et une information correcte des familles, sont autant de perspectives d'amélioration, déjà initiées pour certaines d'entre elles, qu'il conviendra d'évaluer.

La LATA, pourtant garante de la volonté bienfaisante du médecin puisque décision difficile et aboutissement d'une réflexion éthique et tragique, ne doit pas évoluer vers un « nivellement par la performance », et appuyer les craintes d'une société déjà méfiante envers un corps médical trop souvent jugé inaccessible et autoritaire. Dans ces situations complexes qui ne trouvent pas de solution idéale, ce que la société demande plus que jamais aux médecins, c'est simplement, en toute circonstance, de faire preuve d'humanité.



---

## BIBLIOGRAPHIE

1. Société Française de Médecine d'Urgence. Ethique et Urgence. Réflexions et recommandations de la Société Française de Médecine d'Urgence. *J Eur Urgence*. 16:106- 20.
2. Estphan G. Collégialité et législation face à la pratique dans les décisions de limitation et d'arrêt des thérapeutiques actives en réanimation onco-hématologique Rôle de la réunion de concertation collégiale . Paris Descartes; 2008
3. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press; 2001. 470 p.
4. Miller BL. Autonomy & the Refusal of Lifesaving Treatment. *Hastings Cent Rep*. 1981
5. Netgen. Les divers sens de la notion d'autonomie en médecine et leur pertinence en clinique . *Revue Médicale Suisse*.
6. Delassus E. Analyse critique du principisme en éthique biomédicale . 2017
7. Le Coz P. Les principes éthiques et les émotions dans la décision médicale. *Médecine Thérapeutique Pédiatrie*. 1 nov 2009;12(6):383- 90.
8. Ferrand E, Marty J, French LATASAMU Group. Prehospital withholding and withdrawal of life-sustaining treatments. The French LATASAMU survey. *Intensive Care Med*. oct 2006;32(10):1498- 505.
9. Couilliot M-F, Vassy C, Leboul D. Le temps du mourir et le temps de l'hôpital : prise en charge des patients en fin de vie aux Urgences, The time of dying and the time of hospital: end of life patients in emergency departments. *Santé Publique*. 17 oct 2011;23(4):269- 78.
10. Bonotto M. Analyse des patients en limitation ou arrêt des thérapeutiques au service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse. 2015
11. Conseil M, Carr J. La ventilation non invasive chez des malades avec limitations thérapeutiques. In 2013. p. 214- 9.
12. Jaulmes D, Ceccaldi J, Colombat P. La transfusion dans les hémopathies en fin de vie : aspects éthiques et organisationnels. *Hématologie*. 1 mai 2010;16(3):228- 34.
13. Conte PL, Baron D, Trewick D, Touzé MD, Longo C, Vial I, et al. Withholding and withdrawing life-support therapy in an Emergency Department: prospective survey.

Intensive Care Med. 1 déc 2004;30(12):2216- 21.

14. Conte PL, Riochet D, Batard E, Volteau C, Giraudeau B, Arnaudet I, et al. Death in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. *Intensive Care Med.* 1 mai 2010;36(5):765- 72.
15. de Decker L, Beauchet O, Gouraud-Tanguy A, Berrut G, Annweiler C, Le Conte P. Treatment-limiting decisions, comorbidities, and mortality in the emergency departments: a cross-sectional elderly population-based study. *J Nutr Health Aging.* oct 2012;16(10):914- 8.
16. Frenkel WJ, Jongerius EJ, Mandjes-van Uitert MJ, van Munster BC, de Rooij SE. Validation of the Charlson Comorbidity Index in acutely hospitalized elderly adults : a prospective cohort study. *J Am Geriatr Soc.* févr 2014;62(2):342- 6.
17. Azoulay E, Adrie C, De Lassence A, Pochard F, Moreau D, Thiery G, et al. Determinants of postintensive care unit mortality: A prospective multicenter study. *Crit Care Med.* févr 2003;31(2):428.
18. Docherty AB, Anderson NH, Walsh TS, Lone NI. Equity of Access to Critical Care Among Elderly Patients in Scotland: A National Cohort Study\*. *Crit Care Med.* janv 2016;44(1):3- 13.
19. Fassier T, Duclos A, Abbas-Chorfa F, Couray-Targe S, West TE, Argaud L, et al. Elderly patients hospitalized in the ICU in France: a population-based study using secondary data from the national hospital discharge database. *J Eval Clin Pract.* juin 2016;22(3):378- 86.
20. Guidet B, Leblanc G, Simon T, Woimant M, Quenot J-P, Ganansia O, et al. Effect of Systematic Intensive Care Unit Triage on Long-term Mortality Among Critically Ill Elderly Patients in France: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 17 2017;318(15):1450- 9.
21. Boumendil A, Angus DC, Guitonneau A-L, Menn A-M, Ginsburg C, Takun K, et al. Variability of Intensive Care Admission Decisions for the Very Elderly. *PLOS ONE.* 11 avr 2012;7(4):e34387.
22. Brandt HE, Ooms ME, Ribbe MW, Wal G van der, Deliens L. Predicted Survival vs. Actual Survival in Terminally Ill Noncancer Patients in Dutch Nursing Homes. *J Pain Symptom Manage.* 1 déc 2006;32(6):560- 6.
23. Fiche Urgence Pallia (= SAMU Pallia)

24. Le Guen J, Boumendil A, Guidet B, Corvol A, Saint-Jean O, Somme D. Are elderly patients' opinions sought before admission to an intensive care unit? Results of the ICE-CUB study. *Age Ageing*. 1 mars 2016;45(2):303- 9.
25. Gisquet E. Vers une réelle ingérence des profanes ? Le mythe de la décision médicale partagée à travers le cas des décisions d'arrêt de vie en réanimation néonatale. *Rech Fam*. 2006;(3):61- 73.
26. Dumont R, Asehnoune K, Pouplin L, Volteau C, Simonneau F, Lejus C. Limitation ou arrêt de thérapeutiques actives en situations d'urgence. Le point de vue des anesthésistes réanimateurs. *Ann Fr Anesth Réanimation*. 1 juin 2010;29(6):425- 30.
27. Tourneret M, Mino J-C. Les décisions de limitation de thérapeutiques actives aux urgences, une étude qualitative exploratoire, Summary. *Santé Publique*. 2008;20(6):517- 26.
28. Meur ML, Lainé L, Roucaud N, Muller N, Paulet R, Thyrault M, et al. Implication insuffisante des médecins généralistes lors des décisions de limitation et/ou d'arrêt des traitements au sein d'un service de réanimation. 29 nov 2014
29. L'hermitte J-B. Place du médecin généraliste dans les limitations des thérapeutiques actives au CHU d'Angers. Angers; 2013
30. Cella DF. Le concept de qualité de vie : les soins palliatifs et la qualité de vie. *Rech Soins Infirm*. 2007;(88):25- 31.
31. Steihauser KE, Arnold RM, Olsen MK, Lindquist J, Hays J, Wood LL, et al. Comparing three life-limiting diseases: does diagnosis matter or is sick, sick? *J Pain Symptom Manage*. sept 2011;42(3):331- 41.
32. Pili P. Facteurs influençant la prise de décision médicale dans les limitations et arrêts thérapeutiques en contexte d'urgence . Grenoble; 2012
33. Bichat J-B, Rothmann C, Bollaert P-E, Ducrocq X. Fin de vie et soins palliatifs en médecine d'urgence : à propos d'une enquête nationale de pratique. *Ann Fr Médecine Urgence*. 1 sept 2013;3(5):275- 9.
34. HAS. Fiche Point clé : Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des EHPAD . 2015
35. Boch A-L. Quand la médecine engendre des handicapés. *Le Débat*. 5 avr 2013;(174):146- 58.

Vu, le Président du jury,  
Professeur Eric Batard

Vu, le Directeur de thèse,  
Professeur Philippe Le Conte

Vu, le Doyen de la Faculté,  
Professeur Pascale Joliet

Titre : **Décisions de limitation du niveau de soins aux urgences : analyse rétrospective de 323 cas dans le service du CHU de Nantes**

---

**RÉSUMÉ**

**Objectif :** Analyse des critères de décision de LATA aux urgences d'un CHU et devenir des patients concernés.

**Matériel et Méthode :** Etude rétrospective monocentrique au CHU de Nantes, de l'ensemble des formulaires de LATA remplis aux urgences du 30 juin 2016 au 1<sup>er</sup> juillet 2017.

**Résultats :** Près d'un tiers des LATA du CHU ont été décidées au sein du service des urgences. Les patients étaient âgés (en moyenne 80,4 ans), majoritairement des femmes, en provenance de leur domicile, partiellement dépendantes, et porteuses d'un cancer, d'une démence et/ou d'une insuffisance cardiaque. Les défaillances d'organe les plus fréquemment présentées étaient respiratoire, neurologique et hémodynamique. Le principal motif de décision de LATA invoqué était la dégradation prévisible de l'autonomie future. L'expression de la volonté du patient n'était recherchée que dans 28% des cas. La collégialité de la décision n'était pas respectée dans 37% des cas. Les médecins consultants les plus sollicités étaient urgentiste (46%) ou réanimateur (20%). Les patients étaient hospitalisés à l'UHCD dans 59% des cas. 59% ont reçu des soins palliatifs. 61% des patients sont décédés lors de leur séjour hospitalier, dont 6,5% sont décédés dans le service des urgences. Les délais entre admission et LATA, LATA et décès, et admission et décès étaient respectivement de 4,6h ( $\pm$  5,53h), 33,6h ( $\pm$  1506h) et 41,2 ( $\pm$  1506h).

**Conclusion :** La LATA n'est pas synonyme de décès précoce. Des améliorations sont à attendre dans le respect du cadre réglementaire, notamment en terme de collégialité et de recherche de la volonté du patient, de la traçabilité, et de la formation des médecins à la loi, en éthique et aux soins palliatifs.

---

**MOTS-CLÉS**

Limitations ou arrêt des thérapeutiques actives. Urgences. Ethique.