

## Table des matières

|  |    |
|--|----|
| Introduction.....  | 2  |
| Etat des lieux des Limitations et Arrêts des Thérapeutiques Actives aux urgences .....   | 3  |
| Définition .....   | 3  |
| Cadre légal .....  | 4  |
| Recommandations actualisées de la Société de Réanimation de Langue Française .....   | 4  |
| Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d’Urgence .....  | 5  |
| Modifications apportées par la Loi Leonetti-Claeys du 2 février 2016 .....   | 6  |
| LATA aux urgences : fréquence et formation.....  | 7  |
| Devenir des patients.....  | 8  |
| Caractère évitable des consultations .....   | 8  |
| Patients et méthodes .....   | 9  |
| Résultats .....  | 9  |
| Population .....   | 9  |
| Limitations et Arrêt des Thérapeutiques Actives .....  | 14 |
| Devenir des patients.....  | 15 |
| Conformité .....   | 17 |
| Discussion .....   | 17 |
| Limites de l’étude .....   | 17 |
| Analyse des résultats.....   | 18 |
| Conclusion .....   | 20 |
| Bibliographie.....   | 22 |
| Annexes .....  | 25 |
| Annexe 1 : questionnaire proposé aux urgentistes.....  | 25 |
| Annexe 2 : modèle de désignation de la personne de confiance (Ministère de la Santé) .....   | 26 |
| Annexe 3 : modèles de rédaction des directives anticipées (Ministère de la Santé).....   | 27 |
| Annexe 4.1 : justifications du caractère évitable des consultations en texte libre, consultations<br>considérées comme évitables .....   | 30 |
| Annexe 4.2 : justifications du caractère évitable des consultations en texte libre, consultations<br>considérées comme inévitables ..... | 31 |

## Introduction

Actuellement, la France fait face à une augmentation et à un vieillissement de sa population. La population métropolitaine aurait augmenté de 3,2% entre 2010 et 2017 et la population de plus de 75 ans de 1,3% (1).

Consécutivement, on note une augmentation du nombre de consultations aux urgences, notamment gériatriques. En Midi-Pyrénées, elles ont progressé de 3,1% entre 2015 et 2016. Les personnes âgées de plus de 75 ans représentent 16,3% de ces consultations, soit 3,4% de plus qu'en 2015 (2).

La prise en charge de ces patients est souvent chronophage, en raison de leur polypathologie ainsi que de la nécessité fréquente d'une prise en charge sociale conduisant à un nombre d'hospitalisations plus important qu'en population générale. De fait, en Midi-Pyrénées, les plus de 75 ans passent en moyenne 5h01 aux urgences et sont hospitalisés dans plus de la moitié des cas, contre moins d'un quart d'hospitalisations en population générale après 3h34 aux urgences (2).

La prise en charge des personnes âgées confronte les urgentistes à la notion d'obstination déraisonnable.

L'obstination déraisonnable est définie comme la poursuite ou l'initiation de traitements actifs alors même qu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie (3).

Concernant l'obstination déraisonnable, il est nécessaire de distinguer fin de vie et situation palliative. Un patient peut être considéré en situation palliative d'une pathologie chronique réfractaire aux différentes lignes de traitements, mais conserver une espérance et une qualité de vie correctes, qui justifient de prendre en charge de façon relativement invasive une pathologie aiguë intercurrente. S'y opposent les patients pour qui la fin de vie est proche, et pour lesquels le traitement d'une pathologie intercurrente ne permettra d'améliorer ni leur qualité de vie ni leur pronostic vital.

Un rapport publié en 2011 montrait que 58% des décès survenaient à l'hôpital, 11% en maison de retraite et 27% à domicile (4).

0,8% des patients admis aux urgences y décèdent (5). Parmi ces décès, 78,8% seraient précédés d'une limitation ou d'un arrêt des traitements (6).

Les décisions de limitation et d'arrêt des soins sont réglementées par l'article R4127 du Code de la Santé Publique. Un point majeur de cette réglementation repose sur une procédure collégiale, réunissant l'équipe de soins, le médecin en charge du patient, et au moins un médecin consultant n'ayant aucun lien hiérarchique avec le médecin en charge du patient (8).

Il paraît difficile, notamment la nuit, de trouver un consultant permettant de respecter cette procédure. Dans une étude réalisée en 2005, 19,9% des décisions de LATA étaient prises par un urgentiste seul (6). Dans des études menées presque 10 ans plus tard, ce pourcentage reste compris entre 18,9 (9) et 27,4% (10).

Une étude rétrospective publiée en 2016, ciblée sur les patients en fin de vie, montre que dans 58% des cas, les examens et les traitements réalisés ne nécessitaient pas un passage aux urgences. 34% des patients sont retournés à domicile suite à leur admission. Les motifs de recours les plus fréquents étaient une faiblesse généralisée, une situation d'isolement social et une prise en charge de fin de vie (11).

Ces données posent la question du rôle des urgences dans les soins palliatifs.

Une étude publiée en 2015, s'intéressait à la pertinence des consultations aux urgences des patients atteints de cancer en phase palliative. Elle conclut que près d'un quart de ces admissions seraient évitables (12). Cette proportion atteint plus de la moitié des admissions dans une étude publiée en 2012 concernant les patients en soins palliatifs, de manière plus globale (13).

Il semble important, lorsque l'on aborde cette question, de différencier deux types de situations : les personnes en fin de vie du fait d'une ou plusieurs maladies chroniques ayant abouti à une perte d'autonomie et à une altération de l'état général progressives, et celle des personnes présentant une pathologie aiguë, de mauvais pronostic de par sa nature ou son avancement. Dans le premier cas de figure, il s'agit d'une prise en charge chronique, dans laquelle le rôle des services d'urgences devrait être limité. A l'opposé, les patients atteints d'une pathologie aiguë grave relèvent sans aucun doute d'une prise en charge par les urgentistes, voire par les réanimateurs.

Il existe peu d'études prospectives récentes à propos du respect des réglementations encadrant les décisions LATA dans les services d'urgence, et aucune ne s'intéresse spécifiquement à la pertinence du recours aux urgences des patients qui seront concernés par une limitation de soins.

Dans ce travail, nous analyserons la conformité des décisions de LATA prises au CHU de Toulouse. Nous définirons également les caractéristiques des patients concernés par ces limitations de soins, et nous intéresserons à la pertinence de leur consultation au sein des urgences.

L'objectif principal de cette étude est de déterminer le niveau de conformité aux recommandations et réglementations en vigueur des décisions de limitation et d'arrêt des thérapeutiques actives prises au CHU de Toulouse.

## Etat des lieux des Limitations et Arrêts des Thérapeutiques Actives aux urgences

### Définition

La limitation des traitements regroupe la non-optimisation d'un ou de plusieurs traitements, dont des techniques de suppléance d'organe assurant un maintien artificiel en vie, et la prévision d'une non-optimisation ou d'une non-instaurations d'un ou de plusieurs traitement(s) en cas de nouvelle défaillance d'organe, même dans le cas où le maintien artificiel en vie pourrait en dépendre (7).

Elle est intimement liée à l'arrêt des traitements, qui est défini par l'interruption d'un ou plusieurs traitement(s), dont des techniques de suppléance d'organe assurant un maintien en vie (7).

## Cadre légal

### Recommandations actualisées de la Société de Réanimation de Langue Française

En 2010 sont parues de nouvelles recommandations, faisant suite à celles de 2002 et tenant compte des évolutions législatives, réglementaires, et des données de la littérature (7).

Il y est notifié qu'elles excluent de leur champ d'application les situations de réanimation dans les services d'urgences. Néanmoins, une partie de leur contenu reste pertinent.

Les auteurs y rappellent le devoir de refus de l'obstination déraisonnable, tel qu'il est exposé dans l'article L1110-5 du code de santé publique, qu'ils définissent comme faisant « référence à la démarche d'instauration ou de poursuite d'une stratégie à visée curative inutile et non justifiée au regard du pronostic en termes de survie ou de qualité de vie ».

Est ensuite exposée la définition des soins palliatifs, telle que l'on peut la retrouver dans les documents de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs : « Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche. ».

Les définitions de limitation et d'arrêt des traitements, telles que rappelées précédemment, clôturent cette partie. Il est également rappelé que ces décisions ne sauraient être assimilées à un abandon de soins, alors même qu'elles réorientent la prise en charge vers une démarche palliative.

Sont ensuite distinguées trois situations de limitation ou d'arrêt de traitements, qu'il est important de différencier des demandes d'euthanasie ou de suicide assisté :

- Le patient en situation d'échec thérapeutique malgré une stratégie bien conduite et une prise en charge optimale, pour lequel la décision d'une limitation ou d'un arrêt de traitement(s) a pour but de ne pas prolonger l'agonie par la poursuite de traitements de suppléance d'organe ;
- Le patient pour qui l'évolution est très défavorable en termes de survie et/ou de qualité de vie et pour lequel la poursuite ou l'intensification de traitements de suppléance d'organe serait déraisonnable, disproportionnée au regard de l'objectif thérapeutique et de la situation réelle ;
- Le patient témoignant directement ou indirectement de son refus d'introduction ou d'intensification des traitements de suppléance des défaillances d'organes, ce qui conduit à une stratégie de limitation ou d'arrêt de traitements.

Selon la SRLF, les principes de bonne démarche décisionnelle reposent sur les quatre principes éthiques fondamentaux que sont les principes de bienfaisance, de non-malfaisance, d'autonomie et

de justice distributive. Le médecin sénior responsable de la prise en charge du patient est garant de ce processus décisionnel, de son bon déroulement, ainsi que de son application.

Dans le cas où le patient est apte à consentir, son avis doit être recueilli et pris en compte dans la décision finale. Si la demande de limitation ou d'arrêt des traitements provient du patient lui-même, il est nécessaire de s'assurer que cette demande est faite en connaissance des conséquences potentielles impliquées. Elle doit être réitérée après « un délai raisonnable ».

Si le patient est inapte à consentir, le médecin référent se doit d'organiser une procédure collégiale, telle que définie dans l'article R4127-37-2 du Code de santé publique (14). Il s'agit d'une concertation entre les membres de l'équipe soignante, dont le médecin référent, et un médecin consultant. Aucun lien hiérarchique ne doit exister entre le médecin référent et le consultant. La décision issue de cette concertation doit prendre en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, notamment par la rédaction de directives anticipées, puis l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée, et, enfin, celui de sa famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches. Cette obligation est établie dans l'article L1111-12 du Code de santé publique (15). Qu'il s'agisse de la personne de confiance, de la famille ou des proches, il est important de rappeler que leur rôle n'est en aucun cas décisionnel.

La décision doit être argumentée et tracée dans le dossier médical du patient. Il y est repris le nom et la fonction des différents intervenants, l'argumentaire décisionnel, les avis du médecin consultant, de la personne de confiance et de la famille, les modalités d'application de la décision ainsi que le processus d'information des proches.

### Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence

Le texte abordant spécifiquement la question des limitations et arrêts de traitements en médecine d'urgence a été publié il y a maintenant 15 ans (16).

Les auteurs y abordent la notion de « chaîne éthique », en analogie à la « chaîne de survie », rappelant le rôle de l'ensemble des acteurs, et non seulement celui des services d'urgences, dans cette démarche.

Quatre situations cliniques dans lesquelles la décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives est engagée sont distinguées :

- 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 suppléance est possible, la qualité de vie obtenue apparaîtra déraisonnable ;
- 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 ;

- 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 ;
- 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.

Sont ensuite définies les différentes attitudes qui peuvent se trouver entre la poursuite des thérapeutiques actives et l'abstention thérapeutique. On y retrouve les notions de réanimation compassionnelle (mise en œuvre ou poursuite d'un traitement à but humanitaire, dans le but de préparer la famille et les proches au travail de deuil ou pour leur permettre de voir le patient en vie), d'attente (poursuite de thérapeutiques actives de niveau maximal dans l'attente de l'obtention de plus amples informations concernant le patient, ses données médicales et ses volontés) et de validation (poursuite des efforts réalisés par une équipe de sauveteurs avant de prendre la décision d'arrêt thérapeutique, afin d'encourager la pratique de la chaîne de survie).

Concernant l'orientation secondaire des patients, il est préconisé qu'ils soient reçus dans le service hospitalier dans lequel ils sont suivis, dans la structure de soins qui les a adressés aux urgences, ou, à défaut, dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Les recommandations sont conclues par le constat de la nécessité de formation continue, médicale et paramédicale, concernant la limitation et l'arrêt des thérapeutiques actives.

### Modifications apportées par la Loi Leonetti-Claeys du 2 février 2016

Le 22 avril 2005 était votée à l'unanimité la loi dite Leonetti, relative aux droits des malades et à la fin de vie. Elle instaure le refus de l'obstination déraisonnable, introduit la notion de procédure collégiale, et crée les directives anticipées et la personne de confiance. Elle est également axée sur l'amélioration des soins de confort et la mise en place des soins palliatifs, notamment à domicile.

Plus de 10 ans après, est votée la loi dite Leonetti-Claeys (17), créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Nous en reprendrons ici les principaux apports.

L'article premier impose un enseignement des soins palliatifs au cours de la formation initiale et continue des médecins, des pharmaciens, des infirmiers, des aides-soignants, des aides à domicile et des psychologues cliniciens. (18)

Le refus de l'obstination déraisonnable est réaffirmé dans ce texte de loi, la possibilité faisant place au devoir de suspendre ou de ne pas entreprendre des traitements qui apparaissent inutiles ou disproportionnés. Il est précisé que l'hydratation et la nutrition artificielle sont désormais considérés comme des traitements à part entière.

De la même manière, la notion de double effet est plus largement intégrée au texte de loi : « Le médecin met en place l'ensemble des traitements analgésiques et sédatifs pour répondre à la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale, même s'ils peuvent avoir comme effet d'abrégé la vie. » (19)

Les situations qui peuvent se rencontrer dans le cadre d'une limitation ou d'un arrêt de traitements sont simplifiées, passant de 4 en 2005 à 2 en 2016 : le patient en capacité de s'exprimer et le patient incapable de s'exprimer. Dans la première situation, la décision du patient doit être respectée, le médecin ayant vérifié la bonne compréhension des conséquences qu'elle implique. Cette décision doit être réitérée après un délai raisonnable. Le patient peut choisir de faire appel à un autre membre du corps médical. Dans la seconde situation, la décision de limitation et d'arrêt de traitement est une décision médicale, qui doit respecter une procédure collégiale. La recherche des directives anticipées et, à défaut, la consultation de la personne de confiance, de la famille ou des proches sont des préalables indispensables à cette prise de décision.

Les directives anticipées n'ont désormais plus de durée de validité. Des formulaires-type aidant à leur rédaction sont mis à disposition par l'HAS, distinguant les situations prévisibles et imprévisibles. Elles s'imposent aux médecins sauf en cas d'urgence vitale, le temps qu'une évaluation complète de la situation puisse être réalisée, et si elles apparaissent manifestement inappropriées à la situation. Une procédure collégiale devra alors être mise en place. Elles priment sur l'avis de la personne de confiance, de la famille, et des proches du patient.

La désignation de la personne de confiance doit se faire par écrit, et être co-signée par cette dernière. Elle est révisable et révocable à tout moment. (20)

Un point important est marqué par la création d'un droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès. Elle peut être mise en place lorsque le patient, atteint d'une affection grave et incurable, et dont le pronostic vital est engagé à court terme, présente une souffrance réfractaire aux traitements, ou lorsque la décision du patient, atteint d'une affection grave et incurable, d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable (21). Elle peut également être appliquée chez des patients incapables de s'exprimer, dans le cas où un traitement de maintien en vie est arrêté. Ce dispositif est encadré par une procédure collégiale et son inscription dans le dossier du patient est systématique.

### LATA aux urgences : fréquence et formation

Un rapport publié en 2011 montrait que 58% des décès survenaient à l'hôpital, 11% en maison de retraite et 27% à domicile (4).

0,8% des patients admis aux urgences y décèdent (5). Parmi ces décès, 79 à 84% seraient précédés d'une limitation ou d'un arrêt des traitements (5)(6).

Une étude publiée en 2013 rapporte que 74% des urgentistes considèrent que les soins palliatifs font partie de leur mission. Pour 80% d'entre eux, ils se déclarent peu ou pas mal à l'aise face à la gestion des soins palliatifs. (22)

74% des médecins urgentistes déclarent avoir été confrontés à au moins une décision de limitations de soins au cours du mois précédent. (9)

Ces chiffres contrastent avec plusieurs études concernant le niveau de connaissance et de formation du personnel des urgences à ce sujet. Environ 70% d'entre eux, qu'ils soient personnels médicaux ou

paramédical, estiment leur formation inadaptée à la gestion des situations de fin de vie et de soins palliatifs, méconnaissent les recommandations officielles à ce sujet, et jugent être insuffisamment formés. (22) (23) (9) (24)

## Devenir des patients

Peu de travaux s'intéressent à l'orientation et au devenir des patients concernés par une limitation ou un arrêt des thérapeutiques actives aux urgences.

L'une d'entre elle rapporte que 58% des patients sont dirigés vers l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée, 29% vers un service d'hospitalisation, 11% décèdent aux urgences et 2% rentrent directement à domicile. A J30, 14,8% des patients sont retournés sur leur lieu de vie, avec une amélioration clinique, et 26,3% sont vivants. (10) Les études menées par Le Conte (25) et Béreau (26), confirment que l'orientation principale des patients est l'UHCD dans environ 70% des cas.

Ces chiffres diffèrent de l'étude de Verniolle et al. qui rapporte 16% de patients vivants à un mois de la limitation de traitements. Néanmoins, ce travail est réalisé sur les patients admis au déchocage, dont l'état est habituellement plus grave que celui des patients admis aux urgences. (27)

En ce qui concerne les décès secondaires à des décisions de LATA, 53,4% surviennent en service d'hospitalisation, 46,6% aux urgences dont 35,3% à l'UHCD. (9)

## Caractère évitable des consultations

Aucune étude ne s'intéressant spécifiquement au caractère évitable des consultations aux urgences des patients pour lesquels une décision de limitation et/ou d'arrêt des thérapeutiques actives n'a été retrouvée.

Une étude rétrospective publiée en 2016, ciblée sur les patients en fin de vie, montre que dans 58% des cas, les examens et les traitements réalisés ne nécessitaient pas un passage aux urgences. 34% des patients sont retournés à domicile suite à leur admission, 41% sont restés en hospitalisation pour une surveillance simple. Seuls 42% des patients avaient contacté l'organisme d'hospitalisation à domicile avant de se présenter aux urgences. Dans 86% des cas, les consultations aux urgences survenaient lors des périodes de moindre disponibilité des acteurs de soins primaires. (11)

En 2015, un travail s'intéressait à la pertinence des consultations aux urgences des patients atteints de cancer en phase palliative. Elle conclut que 23% de ces admissions seraient évitables (12). Cette proportion 51,5% des admissions dans une étude publiée en 2012 concernant les patients en soins palliatifs, de manière plus globale (13).



## Patients et méthodes

Le recueil de données s'est déroulé du 17 mars 2017 au 13 février 2018.

Les médecins urgentistes du CHU de Toulouse étaient invités à remplir un questionnaire anonyme à chaque fois qu'ils décidaient de mettre en place une limitation ou un arrêt des thérapeutiques actives chez un patient majeur au sein des urgences. Ce travail de thèse leur avait été présenté à la fois par voie électronique et lors d'une réunion de service.

Il s'agissait d'une étude prospective, monocentrique, descriptive et observationnelle. Elle n'influçait pas la prise en charge des patients et s'inscrivait donc hors cadre de la loi Jardé.

Le questionnaire était à leur disposition sur les sites de Rangueil et Purpan, dans différents secteurs des urgences. Le déchocage était exclu de cette étude, car, au CHU de Toulouse, il est géré par les réanimateurs.

Il se présentait sous forme papier, comprenant des questions à choix multiples avec, ou non, une partie de rédaction libre.

La première partie permettait de recueillir les caractéristiques du patient : âge, sexe, inclusion dans un réseau de soins palliatifs, hospitalisation à domicile. Il était ensuite précisé le motif de consultation et la personne à l'origine de cette consultation. Le questionnaire s'orientait secondairement sur la décision de limitation de soins en elle-même : caractéristiques et volontés du patient connues au moment de la prise de décision, contact préalable avec une personne ressource, collégialité, traçabilité. Une dernière partie concernait le devenir du patient (orientation, mise en place de soins de confort) et les différents délais de la prise en charge aux urgences (temps de passage, délai avant la décision de LATA, délai entre la décision de LATA et le décès). Enfin, il était demandé aux médecins de juger de la pertinence de la consultation aux urgences en justifiant leur réponse.

Des relances ont été régulièrement effectuées au cours de la période de recueil, par voie électronique.

Les données recueillies ont été exploitées à l'aide de Microsoft Excel. Les tests de significativité ont été réalisés via BiostaTGV.

## Résultats

### Population

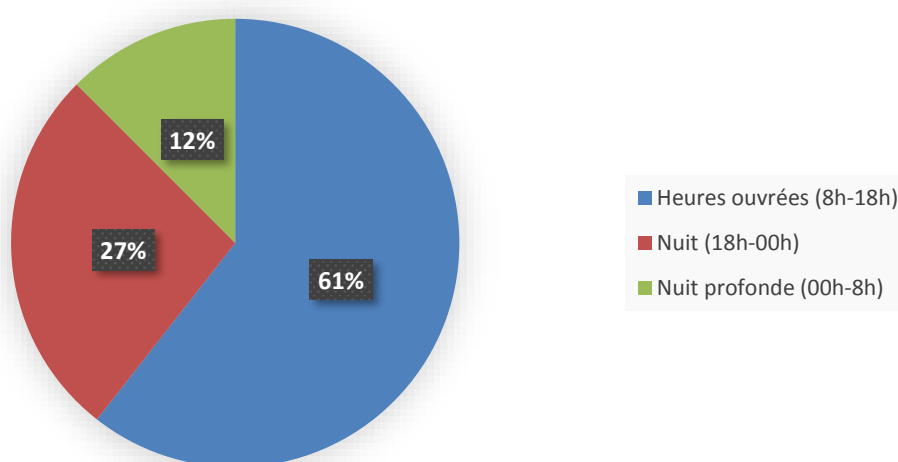
106 patients ont été inclus, représentant 27% des décisions de LATA prises au CHU de Toulouse au cours de la période d'inclusion.

Parmi eux, on comptait 56% de femmes et 43% d'hommes. Le sexe n'était pas renseigné chez un patient.

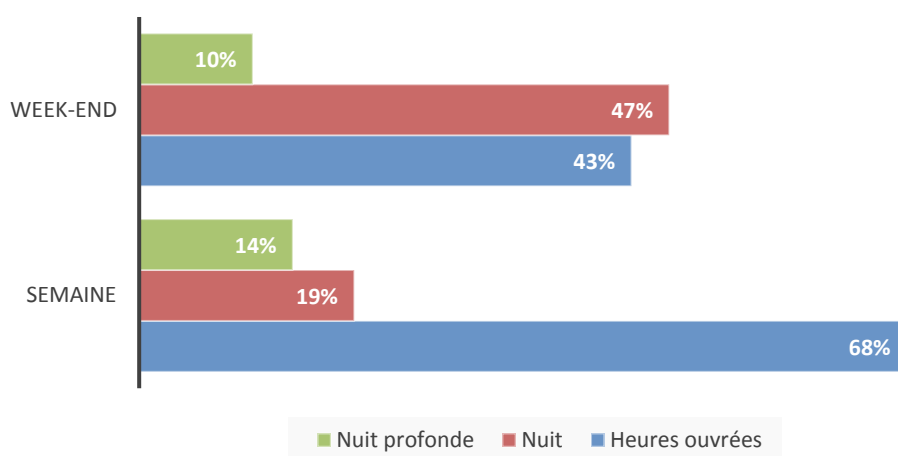
L'âge moyen était de 85 ans, avec un écart-type de 10,3. Le plus jeune patient inclus avait 53 ans, le plus âgé 102 ans. Les femmes étaient plus âgées que les hommes, avec une moyenne de 87 ans contre 82 ans chez les hommes.

71% des inclusions ont été réalisées en semaine, c'est-à-dire entre le lundi 8h et le vendredi 18h, contre 29% le week-end.

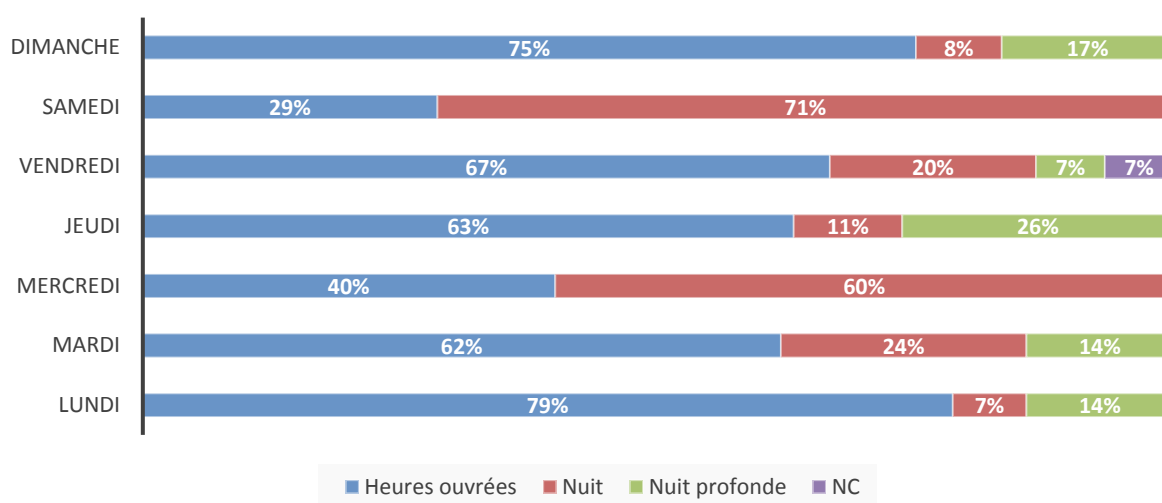
**Figure 1 : horaire de consultation des patients**



**Figure 2 : horaire de consultation selon semaine/week-end**

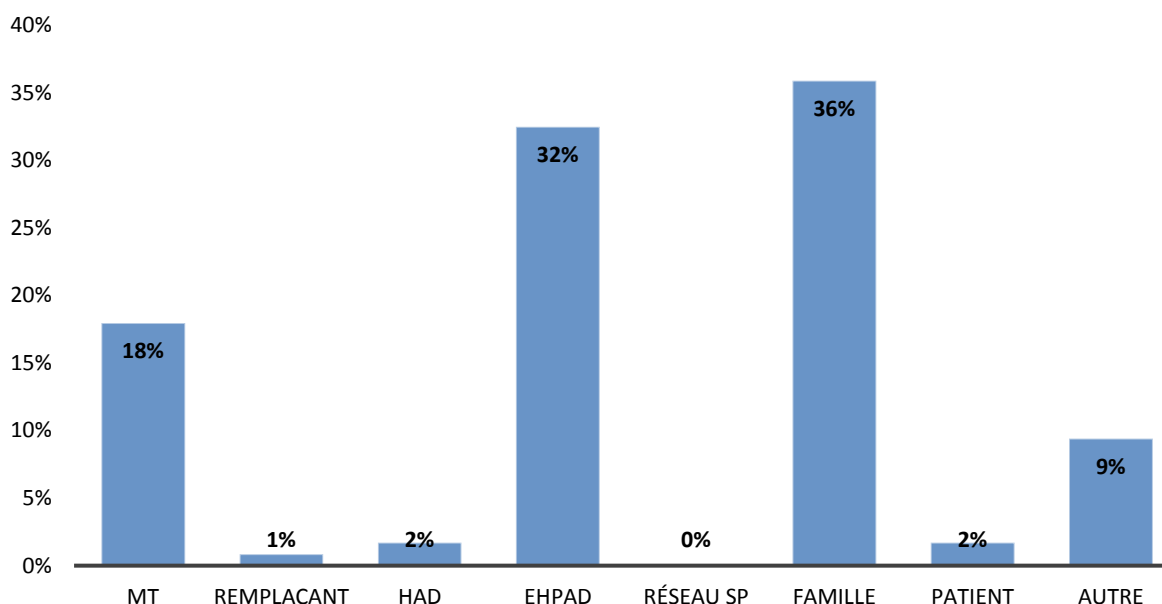


**Figure 3 : horaire d'arrivée selon le jour de consultation**



L'horaire d'arrivée des patients différait significativement selon que l'on soit en semaine ou le week-end ( $p < 0,05$ ) ainsi que selon le jour de consultation ( $p < 0,01$ ).

**Figure 4 : vecteur d'admission du patient**



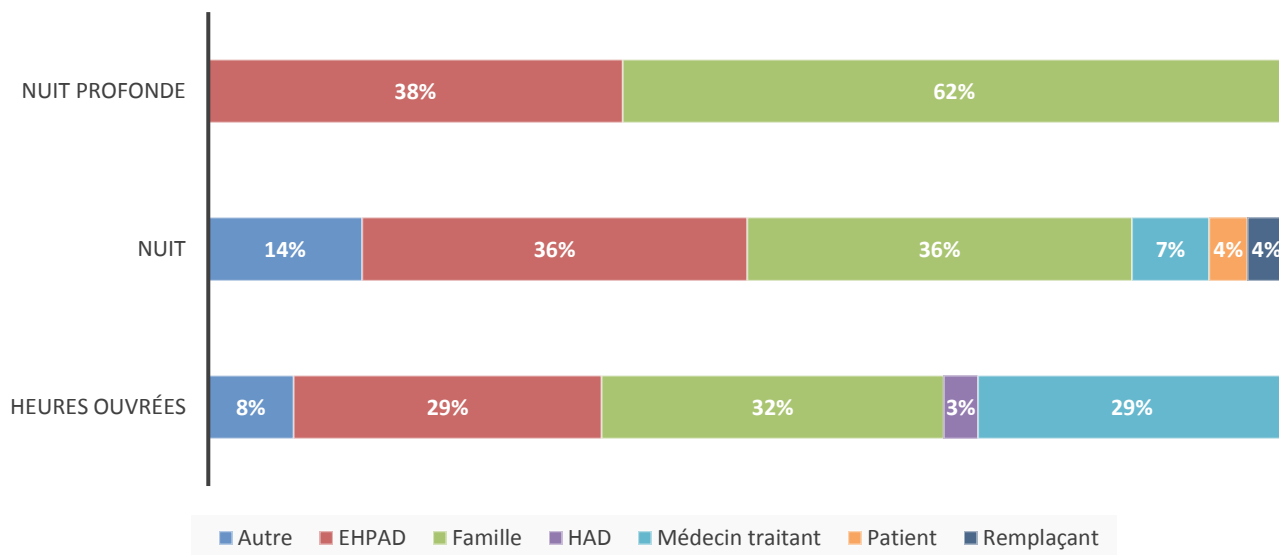
3% des patients étaient adressés par un service de soins de suite et de réadaptation, 3% par un autre service hospitalier, 2% par une infirmière à domicile, 1% par un médecin spécialiste d'organe.

Seuls 4 patients étaient inclus dans un réseau de soins palliatifs, 9 étaient pris en charge en hospitalisation à domicile. Le réseau de soins palliatifs n'a jamais été à l'origine de la consultation aux

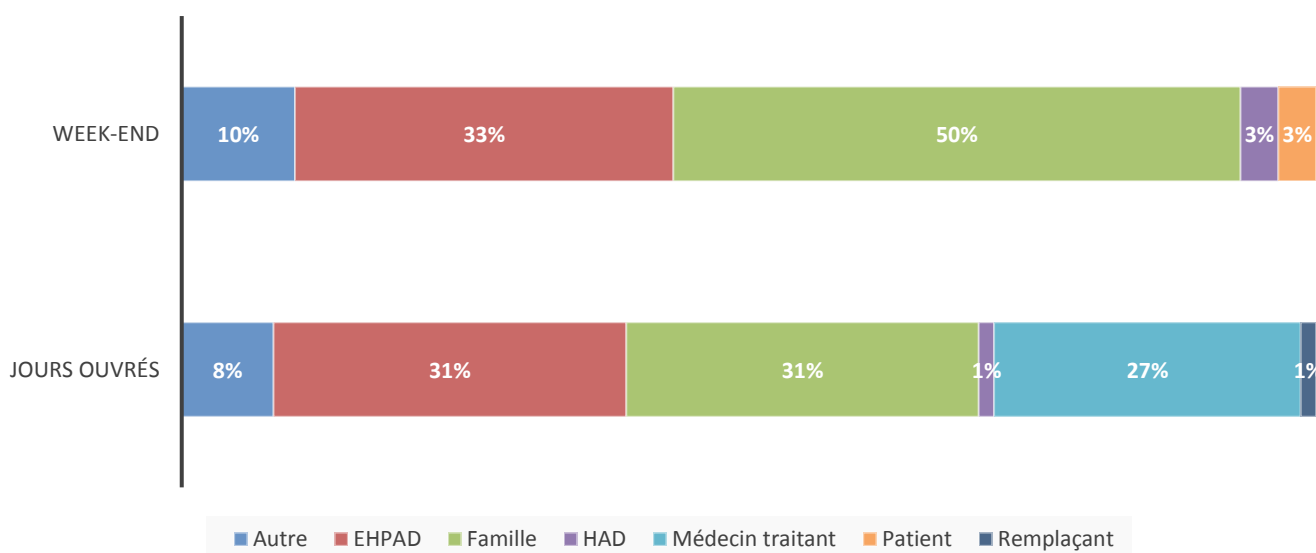
urgences. L'organisme d'hospitalisation à domicile l'a été pour 2 patients, admis pour dyspnée ou détresse respiratoire.

Les patients étaient orientés vers les urgences par au moins 2 personnes différentes pour 9% d'entre eux.

**Figure 5 : vecteur d'admission selon l'heure**

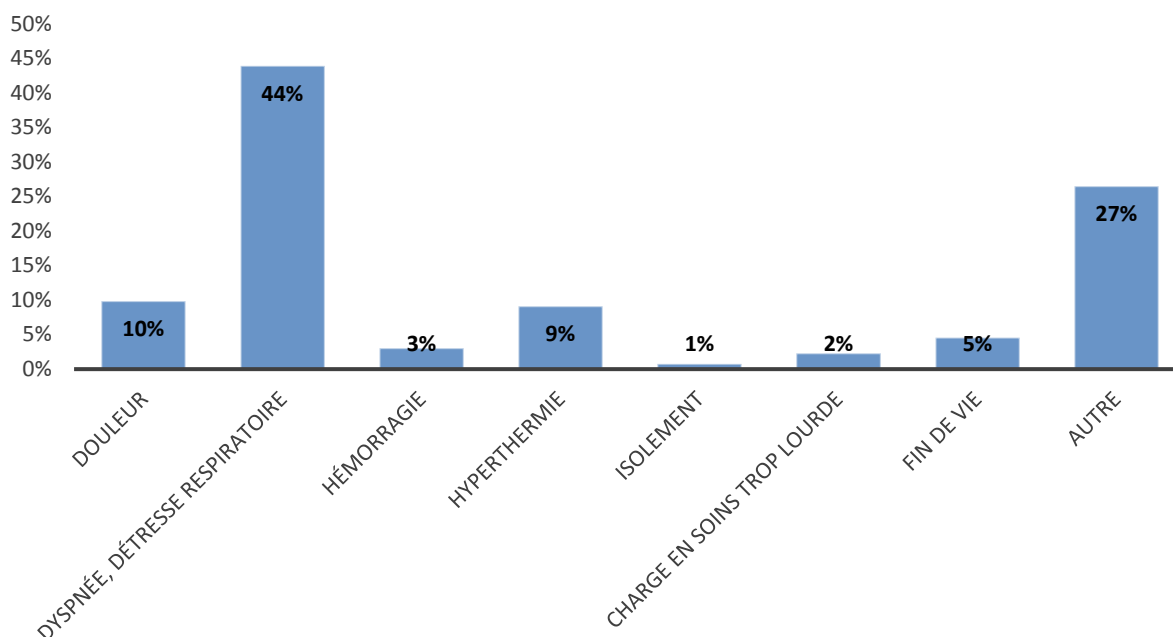


**Figure 6 : vecteur d'admission selon semaine/week-end**



La provenance des patients différait de manière statistiquement significative en fonction de l'heure de la consultation ( $p < 0,05$ ) et du caractère ouvré ou non du jour de la consultation ( $p < 0,005$ ).

**Figure 7 : motifs de consultation**



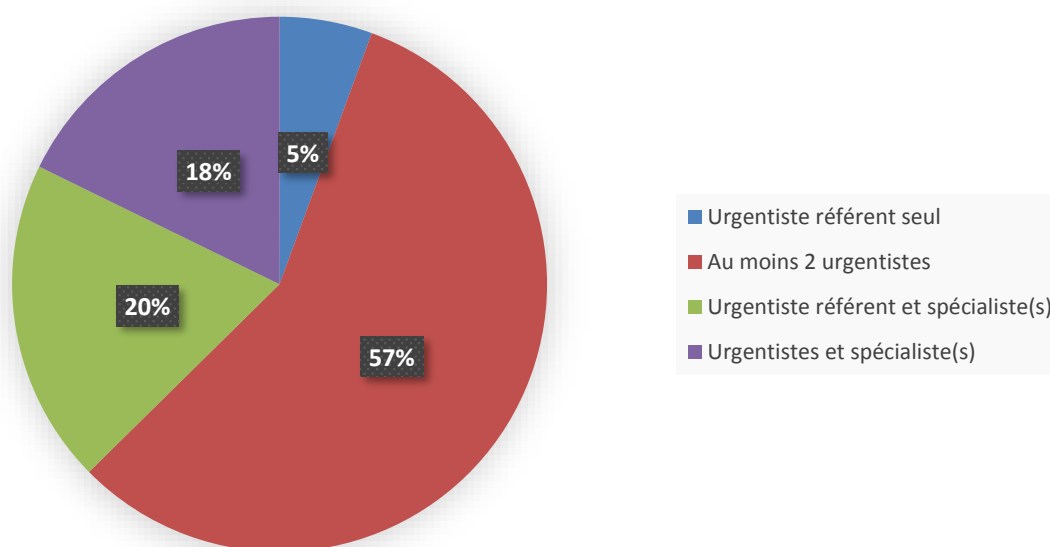
Les patients consultant pour un motif « autre » présentaient majoritairement une symptomatologie neurologique : troubles de la vigilance voire coma dans 42% des cas, déficit neurologique dans 11% des cas.

Les autres motifs étaient moins fréquents, représentant chacun 1 à 2% de l'ensemble des consultations : troubles digestifs, rétention aiguë d'urine, anomalies du rythme cardiaque, problème matériel, anomalie biologique, sepsis ou choc septique, hypothermie, crise comitiale, altération de l'état général, chutes à répétition.

21% des patients se présentaient aux urgences avec des motifs de consultations multiples.

Les motifs de consultation ne variaient pas de manière significative en fonction de l'heure de consultation ou du caractère ouvré du jour de consultation.

### Figure 8 : acteurs de la collégialité



Les spécialistes les plus sollicités étaient les réanimateurs, dans 16% des décisions de LATA.

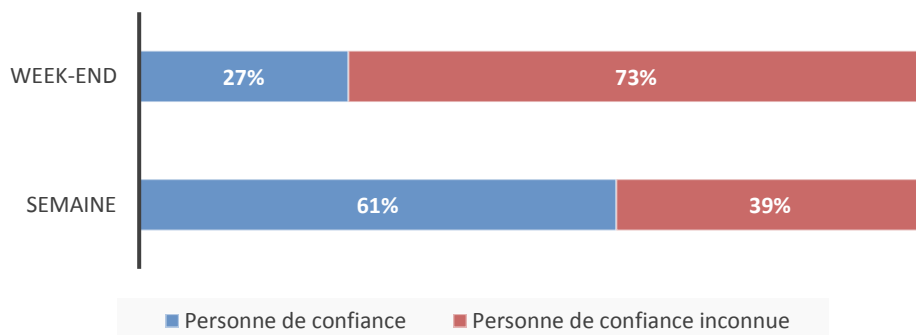
#### Tableau 1 : conditions préalables à la décision de LATA

|  |      |
|--|------|
| Connaissance des antécédents   | 100% |
| Connaissance des traitements   | 98%  |
| Connaissance de l'autonomie  | 97%  |
| Traçabilité  | 94%  |
| Contact d'une personne ressource (médecin traitant, famille, spécialiste...) | 90%  |
| Consultation de l'équipe paramédicale  | 83%  |
| Connaissance de l'identité de la personne de confiance                       | 51%  |
| Connaissance de l'existence de directives anticipées                         | 22%  |
| Connaissance de l'existence d'une LATA antérieure                            | 22%  |

Chez 68% des patients, la décision de limitation de soins a entraîné la mise en place de soins de confort.

La connaissance de l'existence de directives anticipées ou d'une LATA antérieure ne variait pas de façon significative en fonction de l'heure de consultation ou du jour de consultation.

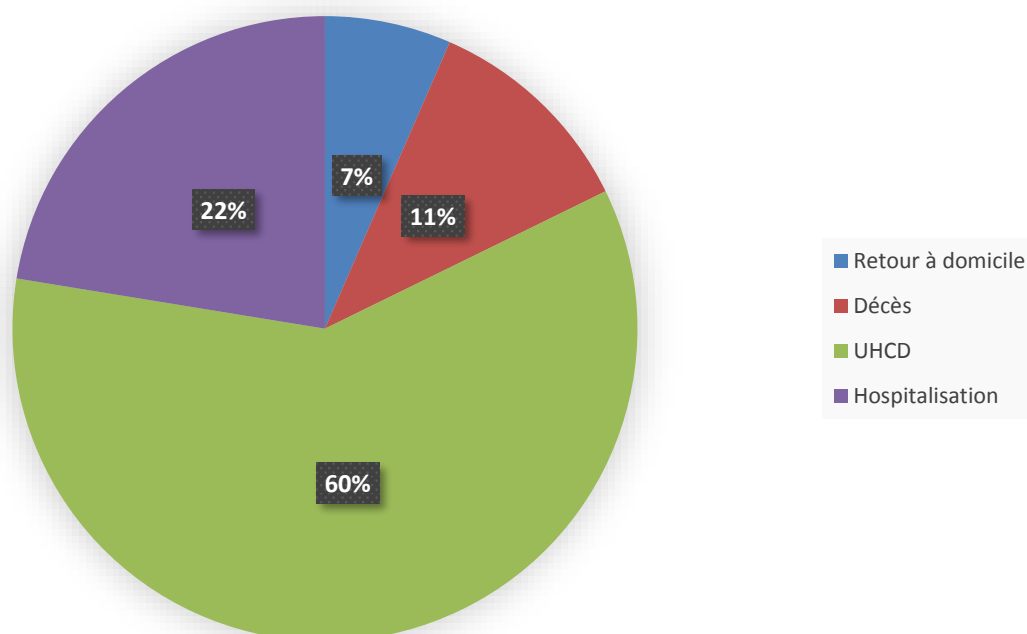
## Connaissance de la personne de confiance en fonction semaine/week-end



La connaissance de la personne de confiance ne variait pas de façon significative en fonction de l'heure de consultation. En revanche, la différence était statistiquement significative s'agissant du caractère ouvert ou non du jour de consultation ( $p < 0,005$ ).

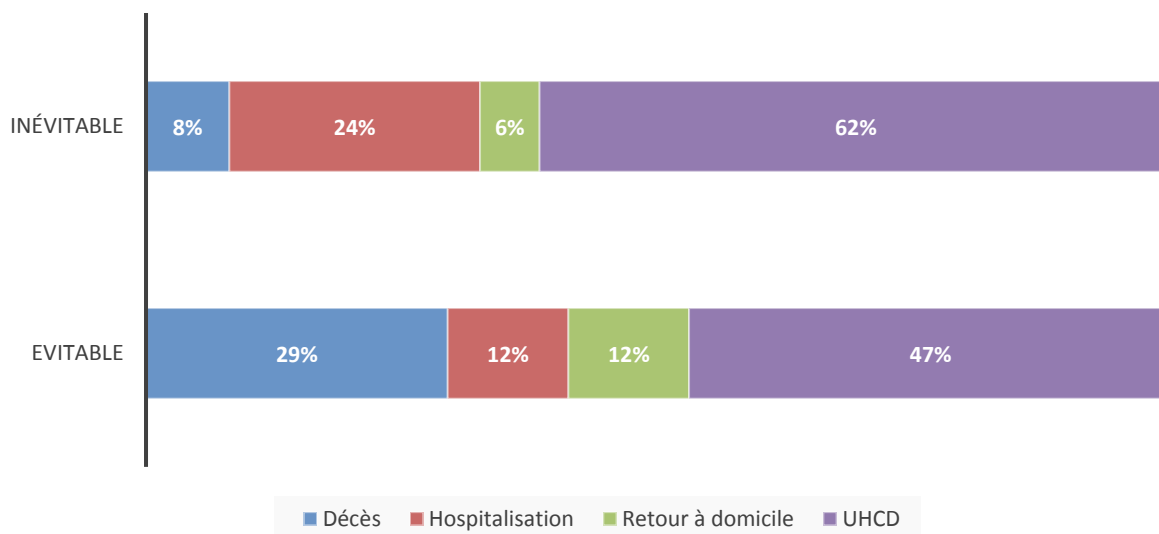
## Devenir des patients

Figure 9 : devenir des patients



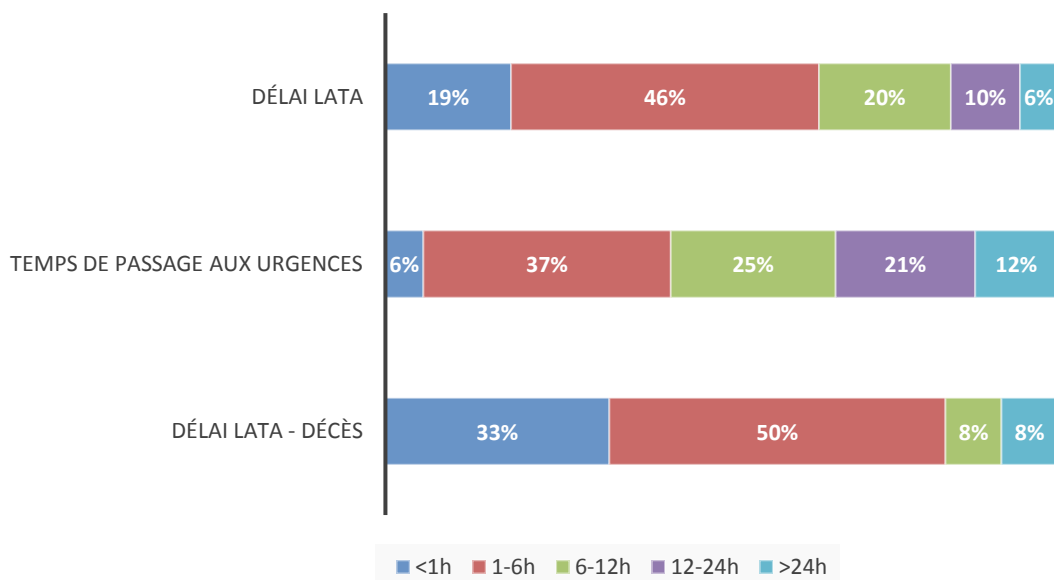
Le devenir des patients ne différait pas de façon statistiquement significative en fonction de l'heure ou du jour de prise en charge, de la provenance du patient.

**Figure 10 : devenir en fonction de l'évitabilité**



La différence devenait significative ( $p < 0,05$ ) selon que la consultation soit jugée, ou non, comme évitable par le médecin urgentiste.

**Figure 11 : temporalité**



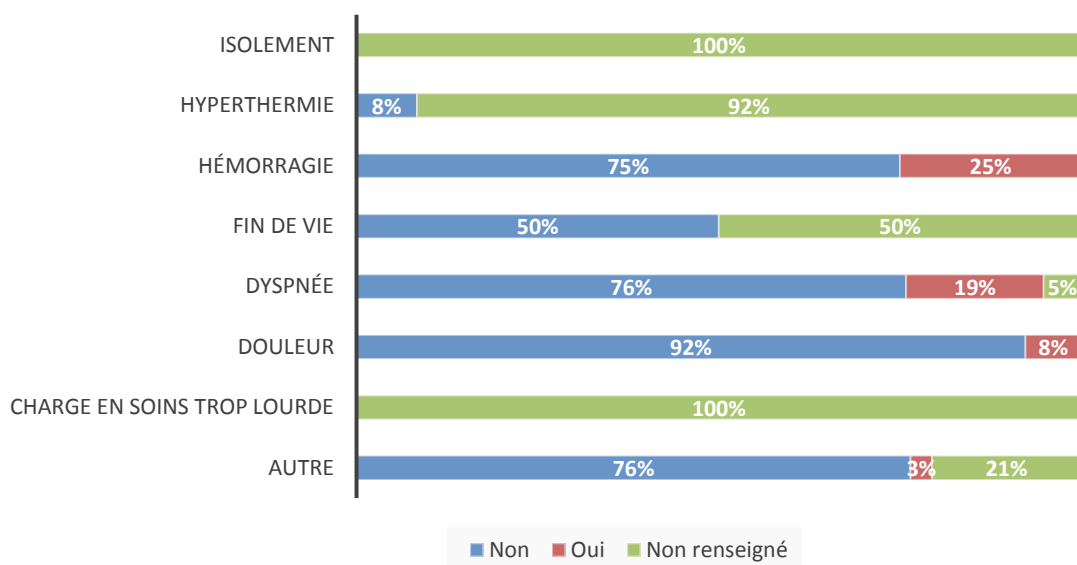
Pour un patient, le temps de passage aux urgences n'était pas renseigné et n'a pas pu être déduit de l'étude de son dossier. Il a donc été exclu de cette figure.



Les médecins urgentistes ont jugé que la consultation aux urgences aurait pu être évitée dans 16% des cas.

Ce taux ne différait pas de façon statistiquement significative en fonction du jour ou de l'heure de consultation, ni de l'origine du patient.

**Figure 12 : évitabilité selon le motif de consultation**



En revanche, la différence était significative selon le motif de consultation ( $p < 0,005$ ).

## Conformité

Seules 11% des décisions de limitations de soins de cette étude sont conformes aux recommandations et réglementations en vigueur, en considérant que la conformité d'une décision de limitation de soins repose sur la connaissance des antécédents, des traitements, de l'autonomie du patient, de l'identité de sa personne de confiance, de l'existence de directives anticipées, la prise de contact avec une personne ressource, la consultation de l'équipe paramédicale, la collégialité et la traçabilité.

## Discussion

### Limites de l'étude

La validité externe de cette étude est limitée en raison de son caractère monocentrique.

Elle présente, en outre, un biais de sélection probable. En effet, les inclusions dépendaient des médecins urgentistes en poste aux urgences chaque jour. Il est donc possible que certains urgentistes

aient rempli plus de questionnaires que d'autres, et que leurs habitudes lors des décisions de limitations de soins soient plus représentées dans l'étude. Le taux d'inclusion a également pu être influencé par la charge de travail variable dans les services.

Le comportement des participants, et de fait leurs réponses, ont pu être biaisés par les propositions du questionnaire. Par exemple, la question concernant la traçabilité de la limitation de soins pouvait inciter les urgentistes à rapporter leur décision dans le dossier du patient.

Les autres limites de l'étude proviennent principalement de l'élaboration du questionnaire. Les motifs de consultation ont initialement été mal ciblés, occultant notamment les symptomatologies d'origine neurologique. Concernant l'item sur la collégialité, la situation de prise de décision entre un médecin sénior et son interne n'était pas évoquée. Il est donc possible que certains médecins aient répondu « avec un autre urgentiste » alors que, dans les faits, l'absence de hiérarchie entre les deux médecins n'était pas respectée. Les données quant à l'information et au recueil de l'avis du patient et de sa famille n'ont pas été récoltées. De la même façon, il était demandé aux médecins d'indiquer s'ils avaient connaissance de la personne de confiance du patient au moment de leur prise de décision, mais pas s'ils avaient sollicité son avis ni si elle avait été informée de la décision finale. Il aurait également pu être intéressant de détailler le statut de la « personne ressource » : dans ce questionnaire, il pouvait s'agir, entre autres, du médecin traitant du patient, d'un spécialiste référent ou de la famille du patient.

## Analyse des résultats

Les patients inclus étaient adressés aux urgences, pour la majorité d'entre eux, par leur famille ou par l'EHPAD. Cela pose la question du rôle du médecin traitant dans ces consultations : a-t-il été sollicité au préalable ? Son intervention pourrait permettre de résoudre certaines problématiques et d'éviter l'admission aux urgences. Dans le cas contraire, sa connaissance du patient est primordiale pour une prise en charge optimale aux urgences. Il est donc important de rappeler le rôle central que tient le médecin généraliste dans le suivi des patients.

Dans un travail de thèse réalisé en 2016, interrogeant 35 médecins généralistes quant à leur implication dans les décisions de limitations de soins prises aux urgences concernant leurs patients, aucun n'avait été sollicité pour prendre part au processus décisionnel. Moins de la moitié avaient été informés de la décision, dont 53% par la famille du patient. Pourtant, 91% d'entre eux déclaraient qu'ils estimaient avoir un rôle important dans ces décisions et 57% qu'ils avaient le temps d'y participer. 66% souhaiteraient être systématiquement informés lorsqu'une limitation de soins est mise en place pour l'un de leurs patients (28). Ce contact entre médecin traitant et urgentiste pourrait permettre, entre autres, une meilleure connaissance de l'identité de la personne de confiance du patient, de l'existence et du lieu de conservation d'éventuelles directives anticipées. Néanmoins, ces discussions peuvent être limitées par leur caractère chronophage dans un environnement où le flux de patients est important, et par le fait que les décisions de limitations de soins soient régulièrement prises hors heures ouvrables.

Au vu de ces chiffres, il est probable que la « personne ressource » contactée par les urgentistes soit la plupart du temps un membre de la famille.

La prépondérance des symptomatologies respiratoires dans les motifs de consultation peut s'expliquer par leur caractère spectaculaire, souvent brutal, et de fait difficile à anticiper et à prendre en charge à domicile.

Concernant la conformité des décisions de limitations de soins dans notre étude, elle est principalement mise en défaut par la connaissance de l'identité de la personne de confiance et par la recherche de directives anticipées. Le taux de 22% retrouvé dans notre étude est néanmoins largement supérieur à celui de 1% retrouvé dans une étude menée en 2014 au CH de Niort (9). Comme cela a été évoqué précédemment, une piste potentielle serait de favoriser la prise de contact avec le médecin traitant. Depuis l'adoption de la loi Claeys-Leonetti, des modèles permettant de faciliter la rédaction de directives anticipées sont mis à la disposition des patients. Il paraît être du rôle du médecin traitant d'informer les patients de l'existence de ce dispositif et de ses modalités d'utilisation. Une campagne d'information de la population a été mise en place en février 2017 par le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, en association avec le ministère de la Santé. La répétition de ces initiatives semble primordiale. La centralisation informatique des directives anticipées, ainsi que celle de l'identité de la personne de confiance, pourrait simplifier leur consultation par le personnel médical et cela quelle que soit l'heure.

Le taux de prise de décision en concertation avec le personnel paramédical est perfectible. Son amélioration pourrait passer par une meilleure formation des équipes des urgences concernant les limitations de soins, la loi Claeys-Leonetti dans son ensemble, et les soins palliatifs. Une étude réalisée en Midi-Pyrénées en 2007 dans 15 structures d'urgence rapporte que 72% des professionnelles de santé estiment leur formation à la fin de vie et aux soins palliatifs inadaptée. Seuls 31% avaient connaissance de l'existence de la loi Leonetti, et 16% des recommandations de la SFMU à ce sujet (23). Dans un travail de thèse mené en 2014, 59% des médecins urgentistes interrogés ne se considéraient pas assez formés pour prendre une décision de limitation de soins, alors même que 74% d'entre eux y ont été confronté au cours du mois précédent. On note en revanche une amélioration de la connaissance de la loi Leonetti, que 70,4% disent connaître « dans les grandes lignes » (9).

Le même travail rapportait un taux d'information et d'implication du patient dans la décision de 7% alors que 18% d'entre eux étaient capables d'exprimer leur avis. Ce taux est supérieur dans l'étude de Béreau J., laquelle sollicitait l'avis du patient dans 20% des cas (26). Ces résultats sont à mettre en balance avec un travail de thèse réalisé en 2011 qui rapporte que dans 89% des cas les urgentistes recherchent l'avis du patient si son état le permet (24).

A l'opposé, nous obtenons de bons résultats concernant la collégialité et la traçabilité des décisions de limitations de soins. Il est probable que cela soit favorisé par l'existence, au CHU de Toulouse, d'une « fiche LATA » informatisée, intégrée au dossier du patient aux urgences. Il paraît intéressant de relever que, parmi les spécialistes consultés, n'apparaît jamais l'équipe mobile de soins palliatifs. Ces équipes pourraient, par leur expertise, améliorer l'accompagnement des patients, de leur famille, et faciliter la prise de décision des urgentistes en accompagnant leur réflexion (29).

Comme dans les études menées par Le Conte en 2005 (25) et Béreau en 2011 (26), l'orientation principale des patients reste l'UHCD dans 60% des cas, contre 70% pour Le Conte et 68% pour Béreau. Ces chiffres témoignent du manque de lit d'aval et de la difficulté à faire accepter dans des services conventionnels des patients pour qui une LATA a été mise en place. Les patients pour qui des décisions

de LATA sont prises nécessitent majoritairement une prise en charge hospitalière, dans 82% des cas dans notre étude, que ce soit par défaut d'organisation à domicile ou par nécessité des moyens humains et techniques de l'hôpital.

68% des patients de notre étude ont nécessité la mise en place de soins de confort. La question se pose de savoir si l'UHCD dispose d'un personnel à la fois suffisant en nombre et suffisamment formé aux soins palliatifs pour prendre en charge ces patients de façon optimale.

Dans notre étude, 58% des patients passaient plus de 6 heures aux urgences, 12% y restaient plus de 24 heures. Ces chiffres sont supérieurs à ceux rapportés par la région Midi-Pyrénées pour les plus de 75 ans (2). Ils sont à rapprocher de deux études, publiées respectivement en 2011 et 2013, qui s'intéressaient au lien entre mortalité et temps de passage aux urgences. La première retrouvait une augmentation significative de la mortalité, passant de 2,5% chez les patients restés moins de 2 heures aux urgences à 4,5% pour les patients qui y ont séjourné 12 heures ou plus ( $p < 0,001$ ) (30). La seconde faisait état d'une augmentation de la mortalité de 9%, toutes pathologies confondues, en cas de surcharge des urgences (31). Ces travaux ne peuvent qu'accroître l'importance à porter au manque de lits d'aval, parfois tellement habituel qu'il en devient banal.

Pour 83% d'entre eux, les patients qui décèdent aux urgences le font dans les 6 heures suivant la décision de limitation de soins. Néanmoins, il est primordial de ne pas confondre limitations de soins et décès imminent. Une thèse s'intéressant au devenir des patients pour qui une décision de LATA a été prise aux urgences retrouve un taux de survie de 26,3% à J30 dont 14,8% de sorties d'hospitalisation avec amélioration clinique (10). Ce travail encourage notamment la réévaluation régulière des décisions de limitations de soins.

Seules 16% des consultations étaient jugées évitables par les répondants au questionnaire. Il semble nécessaire de pondérer ce résultat par les justifications données par les médecins en texte libre. Certains considèrent que les consultations étaient inévitables car aucune limitation de soins ou directives anticipées n'avait été mise en place au préalable, notamment chez des patients grabataires en institution. A mon sens, il s'agit au contraire d'admissions évitables puisqu'elles auraient pu être anticipées, à la différence des pathologies aiguës de mauvais pronostic chez des patients antérieurement autonomes.

Il pourrait être pertinent de compléter ce travail par une étude ciblée sur les raisons qui font penser aux urgentistes que certaines consultations sont évitables. Afin que les réponses soient plus facilement exploitables, il pourrait être intéressant de les guider, par exemple au moyen de questions à choix multiples.

## Conclusion

Aux urgences du CHU de Toulouse, et probablement au niveau national, un travail important reste à faire afin d'atteindre une conformité acceptable des décisions de limitation et d'arrêt des thérapeutiques actives aux réglementations et recommandations en vigueur. Cela passe notamment

par une meilleure formation des personnels médicaux et paramédicaux, l'information des patients et la mise en place de protocoles. Néanmoins, l'intégration d'une fiche LATA type au dossier patient informatisé aux urgences a permis des améliorations.

## Bibliographie

1. Population totale par sexe et âge au 1<sup>er</sup> janvier 2017, France métropolitaine–Bilan démographique 2016 | Insee [Internet]. [cité 2 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892088?sommaire=1912926>
2. Panorama 2015 de la région Midi-Pyrénées [Internet]. ORUMIP. 2016 [cité 25 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.orumip.fr/2016/06/panorama-2015-de-la-region-midi-pyrenees/>
3. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 2 avr 2017]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=C5A2AF98E38E6B30BA3E09AEAE13BF67.tpdila22v\\_3?idSectionTA=LEGISCTA000006170991&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170401](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=C5A2AF98E38E6B30BA3E09AEAE13BF67.tpdila22v_3?idSectionTA=LEGISCTA000006170991&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170401)
4. française LD. Observatoire national de la fin de vie : rapport 2011 - Fin de vie : un premier état des lieux [Internet]. [cité 26 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/124000093/index.shtml>
5. Le Conte P, Amelineau M, Trewick D, Batard É. Décès survenus dans un service d'accueil et d'urgence: analyse retrospective sur une periode de 3 mois. *Presse Médicale*. 2005;34(8):566–568.
6. 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.
7. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des recommandations de la Société de réanimation de langue française. [Httpswww-Em--Prem-Comdocadisups-Tlsefrdatarevues16240693v19i8S162406931000157X](https://www-em--Prem-Comdocadisups-Tlsefrdatarevues16240693v19i8S162406931000157X) [Internet]. 13 déc 2010 [cité 25 avr 2017]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/276310/resultatrecherche/1>
8. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 2 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006185255&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090722>
9. Lassalle-Macke A. Limitation et arrêt de thérapeutique(s) active(s) aux urgences: une étude rétrospective menée pendant 6 mois au centre hospitalier de Niort [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers;
10. Bonotto M. Analyse des patients en limitation ou arrêt des thérapeutiques au service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil;
11. Cornillon P, Loiseau S, Aublet-Cuvelier B, Guastella V. Reasons for transferral to emergency departments of terminally ill patients - a French descriptive and retrospective study. *BMC Palliat Care* [Internet]. 21 oct 2016 [cité 26 avr 2017];15. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5073929/>

12. Delgado-Guay MO, Kim YJ, Shin SH, Chisholm G, Williams J, Allo J, et al. Avoidable and Unavoidable Visits to the Emergency Department Among Patients With Advanced Cancer Receiving Outpatient Palliative Care. *J Pain Symptom Manage*. mars 2015;49(3):497-504.
13. Wallace EM, Cooney MC, Walsh J, Conroy M, Twomey F. Why do Palliative Care Patients Present to the Emergency Department? Avoidable or Unavoidable? *Am J Hosp Palliat Med*. 1 mai 2013;30(3):253-6.
14. Code de la santé publique - Article R4127-37-2. Code de la santé publique.
15. Code de la santé publique - Article L1111-12. Code de la santé publique.
16. Haegy J-M, Andronikof M, Thiel M-J, Simon J, Bichet-Beunaiche M, Bouvier A-M, et al. Ethique et urgences. [Httpswww-Em--Prem-Comdocadisups-Tlsefrdatarevues0993985700160002106](https://www-em--Prem-Comdocadisups-Tlsefrdatarevues0993985700160002106) [Internet]. 7 mars 2008 [cité 25 avr 2017]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/109822/resultatrecherche/1>
17. loi-claey-leonetti-2-fev-2016.pdf [Internet]. [cité 19 févr 2018]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/system/files/loi-claey-leonetti-2-fev-2016.pdf>
18. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie - Article 1. 2016-87 févr 2, 2016.
19. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie - Article 4. 2016-87 févr 2, 2016.
20. Code de la santé publique - Article L1111-6. Code de la santé publique.
21. Code de la santé publique - Article L1110-5-2. Code de la santé publique.
22. 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.
23. Tabarly J, Bounes V, Nicol T, Déjean M, Ducassé J-L. Les pratiques dans les urgences en cas de fin de vie et de soins palliatifs : résultats d'une étude prospective en Midi-Pyrénées en 2007. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues09939857002100S108004883](http://www-em-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues09939857002100S108004883) [Internet]. 3 juin 2008 [cité 25 avr 2017]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/165058/resultatrecherche/14>
24. 2012GRE15036\_pili\_pierre\_1\_D\_.pdf [Internet]. [cité 29 juill 2017]. Disponible sur: [https://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/695669/filename/2012GRE15036\\_pili\\_pierre\\_1\\_D\\_.pdf](https://dumas.ccsd.cnrs.fr/file/index/docid/695669/filename/2012GRE15036_pili_pierre_1_D_.pdf)
25. Le Conte P, Guilbaudeau S, Batard E, Trewick D, Yatim D, Longo C, et al. Mise en place d'une procédure de limitation ou d'arrêt des soins actifs dans un service d'urgence. *J Eur Urgences*. 1 déc 2005;18(4):188-92.
26. Béreau J, Reix A, Faure I, Gabinski C. Mise en place et premières évaluations d'un protocole d'aide à la décision éthique dans un service d'urgence. *J Eur Urgences Réanimation*. mars 2013;25(1):4-10.

27. Verniolle M, Brunel E, Olivier M, Serres I, Mari A, Gonzalez H, et al. Évaluation des démarches de limitation et d'arrêt de traitement en salle d'accueil des urgences vitales. [Httpswww-Em--Prem-Comdocadisups-Tlsefrdatarevues07507658v30i9S0750765811001997](https://www-em--Premium-Comdocadisups-Tlsefrdatarevues07507658v30i9S0750765811001997) [Internet]. 4 sept 2011 [cité 25 avr 2017]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/573489/resultatrecherche/2>
28. Daoud K. Implication du médecin généraliste dans la décision de limitation ou arrêt des thérapeutiques aux urgences [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard;
29. Viallard M-L. Apports possibles d'une équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs dans les situations de limitation et d'arrêt de traitement actif. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. févr 2009;8(1):3-6.
30. Singer AJ, Thode Jr HC, Viccellio P, Pines JM. The Association Between Length of Emergency Department Boarding and Mortality: BOARDING AND MORTALITY. *Acad Emerg Med*. déc 2011;18(12):1324-9.
31. Sun BC, Hsia RY, Weiss RE, Zingmond D, Liang L-J, Han W, et al. Effect of Emergency Department Crowding on Outcomes of Admitted Patients. *Ann Emerg Med*. juin 2013;61(6):605-611.e6.



# Annexes

## Annexe 1 : questionnaire proposé aux urgentistes

### Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives : analyse des pratiques

Étiquette patient :

Médecin traitant :

Téléphone :

Adresse :

Motif d'admission :

|                                |                          |                             |                          |
|--------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| Douleur                        | <input type="checkbox"/> | Isolement                   | <input type="checkbox"/> |
| Dyspnée, détresse respiratoire | <input type="checkbox"/> | Charge en soins trop lourde | <input type="checkbox"/> |
| Hémorragie                     | <input type="checkbox"/> | Fin de vie                  | <input type="checkbox"/> |
| Hyperthermie                   | <input type="checkbox"/> | Autre (préciser)            | <input type="checkbox"/> |

Qui est à l'origine de la consultation au SAU ?

|                    |                          |                            |                          |
|--------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Médecin traitant   | <input type="checkbox"/> | Réseau de soins palliatifs | <input type="checkbox"/> |
| Médecin remplaçant | <input type="checkbox"/> | Famille, proches           | <input type="checkbox"/> |
| HAD                | <input type="checkbox"/> | Patient lui-même           | <input type="checkbox"/> |
| EHPAD              | <input type="checkbox"/> |                            |                          |

Lors de la décision de limitation de soins, connaissiez-vous :

|  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - les antécédents du patient ?                       | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - ses traitements en cours ?                         | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - son degré d'autonomie ?                            | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - l'identité de sa personne de confiance ?           | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - l'existence de directives anticipées ?             | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - l'existence d'une limitation de soins antérieure ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Avez-vous eu la possibilité, avant de prendre votre décision, de contacter une personne ressource du patient ? (médecin traitant, spécialiste, famille...)

Oui ☐ Non ☐

Le patient était-il :

|   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - inclus dans un réseau de soins palliatifs ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| - en hospitalisation à domicile ?             | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

La décision de limitation de soins a été prise par :

|                                   |                          |                                    |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| Vous seul                         | <input type="checkbox"/> | Vous, avec l'avis d'un spécialiste | <input type="checkbox"/> |
| Vous, avec un collègue urgentiste | <input type="checkbox"/> | Lequel ?                           |                          |

L'équipe paramédicale a-t-elle été consultée ?

Oui ☐ Non ☐

La décision de limitation de soins a-t-elle été tracée sur un document spécifique ?

Oui ☐ Non ☐

Délai entre l'arrivée aux urgences et la décision de limitation de soins :

< 1h ☐ 1h-6h ☐ 6h-12h ☐ 12h-24h ☐ > 24h ☐

La limitation de soins a-t-elle entraîné la mise en place de soins de confort ?

Oui ☐ Non ☐

Temps de passage aux urgences :

< 1h ☐ 1h-6h ☐ 6h-12h ☐ 12h-24h ☐ > 24h ☐

Devenir du patient :

|                   |                          |                 |                          |
|-------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Retour à domicile | <input type="checkbox"/> | UHCD            | <input type="checkbox"/> |
| Décès             | <input type="checkbox"/> | Hospitalisation | <input type="checkbox"/> |

Si décès au SAU, délai entre la limitation de soins et le décès :

< 1h ☐ 1h-6h ☐ 6h-12h ☐ 12h-24h ☐ > 24h ☐

Pensez-vous que cette consultation aux urgences aurait pu être évitée ?

Oui ☐ Non ☐

Pour quelle raison ?

Annexe 2 : modèle de désignation de la personne de confiance (Ministère de la Santé)

## Nom et coordonnées de ma personne de confiance<sup>4</sup>

Si vous ne l'avez pas déjà fait, et si vous le souhaitez, cette fiche vous permet de désigner votre « **personne de confiance** ». La loi prévoit que cette personne témoignera de vos volontés et parlera en votre nom si vous ne pouvez plus vous exprimer : elle sera consultée en premier si vous n'avez pas rédigé vos directives anticipées ou si vos directives se trouvaient difficilement accessibles au moment où votre médecin aurait besoin de les consulter.

Je soussigné(e) nom, prénoms, date et lieu de naissance

.....  
.....

désigne la personne de confiance suivante :

Nom et prénoms : .....

Domicilié(e) à : .....

Téléphone privé : ..... Téléphone professionnel : .....

Téléphone privé : ..... Email : .....

► Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer :

☐ Oui ☐ Non

► Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées :

☐ Oui ☐ Non

Fait le ..... à .....

Votre signature

Signature de la personne de confiance

<sup>4</sup> au sens de l'article L.1111-6 du code de la santé publique

## Mes directives anticipées

### Modèle A

→ *Je suis atteint d'une maladie grave*

→ *Je pense être proche de la fin de ma vie*

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je risque de me trouver (par exemple, situation de coma en phase terminale d'une maladie).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....  
.....

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

► J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient entrepris, notamment :

- Une réanimation cardiaque et respiratoire (tube pour respirer) : .....
- Le branchement de mon corps sur un appareil à dialyse rénale : .....
- Une intervention chirurgicale : .....
- Autre : .....

► Si ces actes ou traitements ont déjà été entrepris, j'indique ici si j'accepte ou si je refuse qu'ils soient arrêtés notamment :

- Assistance respiratoire (tube pour respirer) : .....
- Dialyse rénale : .....
- Alimentation et hydratation artificielles : .....
- Autre : .....

- Enfin, si mon médecin m'a parlé de manière plus précise d'autres actes ou traitements qui pourraient être entrepris ou maintenus compte tenu de la maladie dont je suis atteint, j'indique ici ceux dont j'accepte ou ceux dont je refuse la mise en œuvre ou la poursuite :

.....  
.....

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent artificiellement en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....  
.....

Fait le ..... à .....

Signature

## Mes directives anticipées

### Modèle B

→ *Je pense être en bonne santé*

→ *Je ne suis pas atteint d'une maladie grave*

Je rédige les présentes directives anticipées pour le cas où je ne serais plus en mesure de m'exprimer au moment de la fin de ma vie.

Mes volontés sont les suivantes :

1° à propos des situations dans lesquelles je veux ou je ne veux pas que l'on continue à me maintenir artificiellement en vie (par exemple traumatisme crânien, accident vasculaire cérébral, etc.. entraînant un « état de coma prolongé » jugé irréversible).

J'indique ici notamment si j'accepte ou si je refuse que l'on me maintienne artificiellement en vie dans le cas où j'aurais définitivement perdu conscience et où je ne pourrais plus communiquer avec mes proches :

.....  
.....

2° à propos des actes et des traitements médicaux dont je pourrais faire l'objet.

La loi prévoit qu'au titre du refus de l'obstination déraisonnable, ils peuvent ne pas être entrepris ou être arrêtés s'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie.

J'indique donc ici si j'accepte ou si je refuse de tels actes (par exemple : réanimation cardio respiratoire, assistance respiratoire, alimentation et hydratation artificielles, etc.) :

.....  
.....

3° à propos de la sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur.

En cas d'arrêt des traitements qui me maintiennent en vie, j'indique ici si je veux ou non bénéficier d'une sédation profonde et continue associée à un traitement de la douleur, c'est-à-dire d'un traitement qui m'endort et a pour objectif la perte de conscience jusqu'à mon décès :

.....  
.....

Fait le ..... à .....

Signature

#### Annexe 4.1 : justifications du caractère évitable des consultations en texte libre, consultations considérées comme évitables

##### Texte libre des consultations considérées comme évitables

- Oui, s'il y avait eu une réflexion préalable sur une décision de non intervention en cas d'aggravation clinique devant AEG massive récente et perte d'autonomie.
- L'EHPAD a demandé l'envoi du médecin de garde sur place pour mise en place de soins de confort.
- Leucémie en soins palliatifs. HAD mise en place. Difficultés de fin de vie à domicile pour les proches.
- Une prise en charge au domicile aurait été plus adaptée chez ce patient fragile pour lequel une décision de soins de confort était posée lors de sa dernière hospitalisation au post-urgences gériatrique en février, mais difficile à gérer en plein week-end, d'où l'hospitalisation aux urgences.
- Si directives anticipées claires et réseau Reliance déjà en place.
- Aurait dû être admis dans l'hôpital et le service de suivi habituel.
- Le patient aurait pu décéder en maison de retraite.
- Accès direct spécialiste pneumo pour radio-embolisation.
- Proposition prise en charge fin de vie par SAMU et EHPAD : refus médecin traitant initialement.
- Tableau gravissime (choc sévère) d'emblée identifié au cours de la prise en charge par les pompiers (jonction SMUR). N'aurait pas dû être transféré vers les urgences mais géré pour fin de vie en EHPAD.
- Patiente vivant en EHPAD. Refus de la gestion sur place par son fils.
- Appel du MT directement, aurait pu être fait à l'EHPAD.
- Patient grabataire présentant une démence évoluée avec troubles du comportement.
- Patient dépassé cliniquement. Refus des thérapeutiques, refus d'hospitalisation. +/- LATA préalable.
- Patiente avec 0,2 de glycémie, marbrures, signes de choc.



## Annexe 4.2 : justifications du caractère évitable des consultations en texte libre, consultations considérées comme inévitables

### Texte libre des consultations considérées comme inévitables

- Diagnostic et pronostic non prévisibles au domicile. Directives anticipées non faites.
- Aggravation rapide des symptômes
- Gravité de la situation clinique non prévisible. Aucune directive anticipée.
- Patient en choc. Pas de directives anticipées.
- Pas de réflexion globale au domicile chez ce patient. Donc urgences utiles pour faire le point et constater l'impasse thérapeutique. Dans l'idéal, aurait pu être vu par un gériatre en hospitalisation de jour pour poser les choses et engager une LAT mais l'organisation au domicile semble défailante.
- Diagnostic imprévisible.
- Pas de décision de limitation de soins au domicile ni en SSR. Diagnostic de sepsis sévère fait aux urgences devant un faisceau d'arguments.
- Détresse manifeste, pas de LATA posée en EHPAD qui, seule, aurait pu permettre d'éviter les urgences mais aussi la prescription de morphine (non anticipée).
- Tableau de défaillance multiviscérale non prévisible à la prise en charge et pas de contexte palliatif en place.
- Aggravation brutale aux urgences non prévisible à l'appel (rupture probable d'anévrisme abdominal).
- Était en situation palliative au décours de son hospitalisation au PUG, mauvaise décision du 15 avec envoi aux urgences alors qu'aurait pu être maintenu au domicile avec soins de confort.
- La situation palliative était connue, des directives anticipées auraient dû être formalisées avec le médecin traitant et la famille pour éviter le passage aux urgences qui a eu pour seul but de formaliser la LATA.
- Choc mixte.
- Gravité du patient.
- Nécessité d'une intervention médicale en urgence pour préciser le diagnostic d'occlusion et intervention pour traiter le problème à visée de soins de confort.
- Motif de la mise en LATA non prévisible à la prise en charge. Majoration à l'EHPAD et pas de directives anticipées permettant d'éviter l'hospitalisation aux urgences.
- Symptomatologie aiguë.
- Détresse vitale. Pas de directives anticipées.
- Au domicile. Pas de directives.
- Diagnostic à élaborer.
- Événement aigu.
- Événement aigu.
- Événement aigu.
- Complication de la pathologie initiale.
- Encadrement inadapté en maison de retraite.
- Diagnostic/TDM.
- OAP flash.
- Rapidité de la dégradation clinique.
- Recherche étiologique du coma.
- Diagnostic (TDMc).
- Coma, engagement.
- Non prévisible.

- Tableau d'ischémie aiguë depuis 4-5j. Refus d'hospitalisation par le patient.
- Réalisation TDM.
- Isolement de la famille, lourdeur des soins.
- Décompensation aiguë sur une pathologie chronique.