

ANNEE 2017

N°

**EVALUATION DE LA PRATIQUE DE LA FIXATION DE NIVEAUX DE SOIN, SUITE A LA
MISE A DISPOSITION DE RECOMMANDATIONS INTERNES AU CENTRE HOSPITALIER
DE MACON.**

Etude rétrospective sur 100 patients consultant aux urgences en décembre 2015.

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon

Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 12 septembre 2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par **Aurore BENADJER**

Né le 06 janvier 1986

A Chenôve (Côte d'Or)

ANNEE 2017

N°

**EVALUATION DE LA PRATIQUE DE LA FIXATION DE NIVEAUX DE SOIN, SUITE A LA
MISE A DISPOSITION DE RECOMMANDATIONS INTERNES AU CENTRE HOSPITALIER
DE MACON.**

Etude rétrospective sur 100 patients consultant aux urgences en décembre 2015.

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon

Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 12 septembre 2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par **Aurore BENADJER**

Né le 06 janvier 1986

A Chenôve (Côte d'Or)

Année Universitaire 2017-2018
au 1^{er} Septembre 2017

Doyen :
Assesseurs :

M. Frédéric HUET
M. Marc MAYNADIE
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
Mme	Mary	CALLANAN	Oncogénétique
(En attente de validation d'affectation)			
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
(Mise en disponibilité du 12 juin 2017 au 11 juin 2018)			
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie

M.	Denis	KRAUSÉ	Radiologie et imagerie médicale
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIE	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
(En attente de validation d'affectation)			
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénérologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	BRENOT (Surnombre jusqu'au 31/08/2018)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Philippe	CAMUS (Surnombre jusqu'au 31/08/2019)	Pneumologie
Mme	Monique	DUMAS-MARION (Surnombre jusqu'au 31/08/2018)	Pharmacologie fondamentale
M.	Maurice	GIROUD (Surnombre jusqu'au 21/08/2018)	Neurologie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Cardiologie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	MARTIN	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2017 au 31/08/2020)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Madame le Professeur Irène FRANCOIS-PURSSELL

Membres : Monsieur le Professeur Pierre JOUANNY

Monsieur le Maître de Conférences associé Arnaud GOUGET

Monsieur le Docteur Jacques ASDRUBAL (Directeur de thèse)

REMERCIEMENTS

**A La Présidente du jury,
Madame le Professeur Irène FRANCOIS PURSSELL,**

Pour l'honneur qu'elle me fait en jugeant ce travail avec toute son expérience et qui saura apporter une précieuse pierre à l'édifice de ce difficile travail de réflexion.

**Au membre du jury,
Monsieur le Professeur Pierre JOUANNY,**

Pour l'honneur qu'il me fait de bien vouloir contribuer au jugement du travail qui a été fait et d'y apporter une perspective gériatrique des plus pertinente et utile pour la suite de ce travail.

**Au membre du jury,
Monsieur le Docteur Arnaud GOUGET,**

Pour l'honneur qu'il me fait de juger ce travail et d'apporter le regard d'un médecin généraliste dévoué qui apportera un point de vue libéral sur la problématique soulevée dans cette étude.

**Au directeur de thèse,
Monsieur le Docteur Jacques ASDRUBAL,**

Merci pour la confiance et la patience dont il fait preuve en mes débuts.
Merci pour son ouverture d'esprit et la passion qu'il met chaque jour à l'ouvrage de la gestion de son service pour qu'il y règne efficacité et respect du patient. C'est un honneur de faire partie de son équipe pour exercer cette médecine qui m'est si chère.

A Frédéric CHAPALAIN,

Pour son infaillible efficacité, pour sa bienveillance et la générosité de son aide sans quoi ce travail n'aurait pas pu aboutir.

A Maxime ARNAUD,

Pour les passionnantes discussions qui ont pu avoir lieu autour de ce sujet.

A tous les collègues urgentistes,

Pour le partage de leur ressenti à ce sujet ainsi que leur participation à ce travail.

Aux Cadres de santé des urgences Karine DIENNET et Sabrina LORON,

Qui m'ont apporté leur soutien, au moment où j'en avais besoin, en me facilitant certaines tâches administratives.

Au Chef de service de Pédiatrie, Le Docteur Catherine MILOU,

Pour sa gentillesse et sa compréhension quant à ma situation de thésarde et à tous les arrangements qu'elle m'a accordée pour mener à bien ce travail.

A toute l'équipe de pédiatrie,

Pour ses encouragements et ses marques de confiance à mon égard.

A mes parents,

Merci à eux pour leur accompagnement depuis toujours et ce quelles que soient les difficultés de certains moments.

Voilà l'aboutissement d'un long périple universitaire dont la réussite leur revient en une certaine mesure.

Une pensée à mon frère à qui je souhaite le meilleur.

A Caroline, pour toute son amitié.

Mais surtout à Toi...qui m'accompagnes...

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

TABLE DES MATIERES

Table des tableaux	12
Table des figures	13
Table des graphiques.....	13
ABREVIATIONS	14
INTRODUCTION.....	16
PROBLEMATIQUE.....	18
1. La Société et la Mort : une évolution ou une révolution ?.....	18
1.1. Le recul du religieux.....	18
1.2. Le poids de la science	18
2. Le Médecin et la Mort	19
2.1. Le médecin face à la mort	19
2.2. Déviances potentielles et doutes	19
3. La question de la fin de vie en médecine	20
3.1. Définitions	20
3.2. Un cadre légal.....	21
3.3. Cadre déontologique : extraits du code de Déontologie	22
4. L'éthique médicale	22
4.1. Ses principes.....	22
4.2. Un garde-fou.....	23
5. En pratique :	24
5.1. Les soins palliatifs	24
5.2. La limitation ou l'arrêt des thérapeutiques actives en réanimation [7].....	25
5.3. Les directives anticipées [19] [20]	26
6. Une nouvelle limitation de soin : les niveaux de soin thérapeutiques	26
6.1. Définitions	26
6.2. Un exemple : Le Canada	27
6.3. Directives anticipées et niveaux de soin, quelle différence ?	28
7. La médecine d'urgence et la fin de vie :	28
7.1. Une place singulière dans le système de soin	28
7.2. Médecine d'urgence et limitation de soin/soins palliatifs	29
7.3. Quelle place pour la pratique de la fixation de niveau de soin en médecine d'urgence ?	30
MATERIEL ET METHODES	32
1. Objectifs.....	32

2.	Cadre de l'étude	32
3.	Données recueillies	32
3.1	Epidémiologie des patients pour lesquels un niveau de soin a été ou aurait pu être fixé	32
3.2	Enquête de pratique auprès des praticiens exerçant au SAU	34
4.	Recueil des données	34
4.1.	Données épidémiologiques	34
4.2.	Enquête de pratique auprès des praticiens exerçant au SAU	35
5.	Analyse des données	36
RESULTATS		37
1.	Etude épidémiologique	37
1.1.	Description générale	37
1.2.	Caractéristiques détaillées des différents sous-groupes de patients	41
1.3.	Types de niveaux de soins prescrits	42
1.4.	Comparaison des patients décédés avec ou sans prescription de niveau de soin.....	45
1.5.	Analyse ciblée de la prescription informatique de l'échelle de niveau de soin	47
2.	Enquête de pratique auprès des praticiens exerçant au SAU	49
2.1.	Tableau de synthèse des réponses du questionnaire	49
2.2.	Analyse des réponses données par les urgentistes pour expliciter les actes médicaux qu'ils associent à chacun des niveaux de soin.....	53
DISCUSSION		54
1.	Méthodologie	54
1.1.	Points forts	54
1.2.	Points faibles	54
2.	Résultats de l'étude.....	55
2.1.	Principaux résultats de l'analyse épidémiologique des patients pour lesquels un niveau de soin a été ou aurait pu être fixé	55
2.2.	Principaux résultats de l'enquête de pratique auprès des urgentistes sur la fixation de niveau de soin.....	65
2.3.	Analyse linguistique.....	68
3.	Perspectives d'améliorations	69
CONCLUSION		72
BIBLIOGRAPHIE		74
ANNEXES		77

Table des tableaux

Tableau 1	Caractéristiques démographiques de la population des consultants en ambulatoire au SAU et des patients hospitalisés suite à leur passage au SAU du 1 ^{er} décembre 2015 au 21 décembre 2015.	p.37
Tableau 2	Caractéristiques démographiques des patients hospitalisés inclus et non inclus, admis au SAU du 1 ^{er} décembre 2015 au 21 décembre 2015.	p.38
Tableau 3	Caractéristiques épidémiologiques des 3 groupes de patients inclus dans l'étude.	p.38
Tableau 4	Caractéristiques détaillées des 3 groupes de patients inclus dans l'étude.	p.41
Tableau 5	Volume des niveaux de soins prescrits durant la période étudiée en fonction de l'origine de la prescription.	p.42
Tableau 6	Epidémiologie des patients selon le niveau de soin prescrit quelle que soit l'origine de la prescription (*Chi2 réalisé en groupant les EHPAD et Hôpital local vs Domicile).	p.43
Tableau 7	Epidémiologie des patients décédés limités et NON limités (*Chi2 réalisé en groupant les EHPAD et Hôpital local vs Domicile).	p.45
Tableau 8	Répartition des prescriptions selon le niveau de soin quelle que soit l'origine de prescription sur l'ensemble des patients hospitalisés sur la période donnée.	p.47
Tableau 9	Synthèse des réponses au questionnaire pour l'enquête de pratique des médecins exerçant au SAU.	p.49

Table des figures

Figure 1	Sélection des patients étudiés	p.33
----------	--------------------------------	------

Table des graphiques

Graphique 1	Boite à moustache représentant les durées de passage au SAU des 3 groupes de patients inclus dans l'étude.	p.39
Graphique 2	Boite à moustache représentant les délais de survenue du décès suivant le passage au SAU selon les 3 groupes de patients.	p.40
Graphique 3	Lieux de vie des patients en fonction de l'origine de la prescription de niveau de soin.	p.40
Graphique 4	Prescriptions de niveau de soin par les urgentistes et par les médecins des différents services receveurs.	p.43
Graphique 5	Boite à moustaches représentant la distribution de l'âge des patients en fonction du niveau de soin prescrit.	p.44
Graphique 6	Lieux de vie des patients en fonction du niveau de soin prescrit.	p.44
Graphique 7	Taux de mortalité à 6 mois de l'hospitalisation après passage au SAU en fonction du niveau de soin prescrit quelle que soit l'origine de la prescription.	p.45
Graphique 8	Lieux de vie des patients décédés limités et NON limités.	p.46
Graphique 9	Délais de survenue du décès en fonction de la prescription ou non d'un niveau de soin.	p.46
Graphique 10	Proportion des prescriptions de niveau de soin avec l'échelle informatisée, réalisée dans un délai maximum de sept jours suivant le passage au SAU des patients hospitalisés entre le 1 ^{er} décembre et le 21 décembre 2015.	p.48

ABREVIATIONS

AGGIR : Autonomie-Gérontologie-Groupe-Iso-Ressource

ADL : Activity of Daily Living

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

ATCDT : Antécédent

BPCO : Bronchopneumopathie chronique Obstructive

CARDIO. VASC. : Cardio-Vasculaire

CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique

CE : Corps étranger

CHM : Centre Hospitalier de Mâcon

CHIR. VISC. : Chirurgie Viscérale

CRU : Compte Rendu des Urgences

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HTA : Hypertension Artérielle

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

InVS : Institut national de Veille Sanitaire

IOT : Intubation Oro-Trachéale

LATA : Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques Actives

MTEV : Maladie Thrombo-Embolique Veineuse

MIN : Minute

NdS : Niveau de soin

NS : Non Significatif

ONFV : Observatoire National de Fin de Vie

PC : Perte de Connaissance

PF : paralysie faciale

REA : réanimer ou réanimation

SAE : Statistique Annuelle des Etablissements de Santé

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

USIC : Unité de Soins Intensifs Cardiologiques

VNI : Ventilation Non Invasive

Vs : Versus

VVC : Voie Veineuse Centrale

INTRODUCTION

Vouloir pratiquer la médecine aujourd'hui implique de la penser dans une dimension éthique indissociable du support théorique scientifique qui la dicte.

Le développement des progrès technologiques et techniques en ce XXIème siècle a mis la médecine à l'épreuve de situations complexes où le projet de soin ne se résume plus à la seule application pratique d'une science qui avance à grands pas. L'apparition d'une population de plus en plus vieillissante et/ou polyopathologique entraîne une nécessité de penser l'acte médical dans une réflexion plus globale. Le seul but curatif du soin n'est plus l'ultime finalité de la médecine.

La dimension singulière (culturelle, religieuse, philosophique) de chaque patient influence désormais la décision thérapeutique finale et ce d'autant plus qu'il est question de fin de vie.

La pratique médicale dans ce domaine est à l'aube de son histoire. La Loi Léonetti, le développement de soins palliatifs et les recommandations sur la limitation ou l'arrêt des thérapeutiques actives en réanimation sont des exemples de cette marche de la médecine où l'éthique médicale est au centre de la réflexion du praticien.

Le rapport de l'Homme à la mort a considérablement changé. En faire un tabou ou tenter de la défier à travers les progrès technologiques actuels sont deux phénomènes courants. Le médecin, au cœur de cette évolution sociétale, doit adapter sa pratique pour traiter de la question de la fin de vie en tenant compte des difficultés rencontrées par chacun d'entre nous pour aborder ce sujet.

Chaque année, environ 58% des patients décèdent à l'hôpital [1] avec 7 à 17% de ces décès survenant aux urgences [2]. Les services d'urgences sont devenus le théâtre de situations cliniques complexes où se pose de plus en plus la place de l'éthique dans les actes de soins dispensés. La problématique de la réflexion sur le projet de soin du patient dépasse aujourd'hui les services de réanimations, de soins palliatifs ou encore les réunions de concertations pluridisciplinaires qui avaient jusqu'à maintenant le monopole de la décision de la limitation de soin. Le rapport bénéfice/risque de l'utilisation d'un plateau technique, même extrêmement performant, doit se poser pour ne pas risquer de faire d'un soin thérapeutique une « obstination déraisonnable ». La généralisation de cette pratique tente désormais de voir le jour dans tous les domaines de la médecine, y compris dans les services d'urgence.

Le service d'accueil des urgences (SAU) a une place très singulière dans le système de soins actuel tant dans la variété des pathologies traitées que dans les modalités de fonctionnement même du service. Nombreux sont les protocoles ou les procédures qui permettent aux urgentistes de résoudre les cas cliniques auxquels ils sont confrontés et ce dans un

indispensable gain de temps. Le raisonnement diagnostique et/ou la stratégie thérapeutique de la majorité des patients font l'objet de stratégies consensuelles d'intervention. La réflexion médicale qui garantit le respect de la singularité de chaque patient est propre à chaque praticien et ne peut se soumettre à une série de recommandations scientifiques.

Le temps est un élément fondamental en médecine, devenant parfois lui-même la solution à des impasses cliniques. Réanimation compassionnelle ou réanimation d'attente sont des pratiques connues permettant « de donner du temps au temps » [3] mais aux risques de promouvoir des soins considérés à posteriori comme déraisonnable. L'idée de redéfinir la démarche de soin en posant une réflexion en amont, voir en parallèle de l'acte thérapeutique, permettrait de dispenser des soins adaptés à chaque patient.

Les urgentistes ont toujours été confrontés à cet exercice éthique de la limitation de soin, mais cette pratique n'a jamais été clairement définie dans ses principes et ses modalités d'applications. La discussion de limitation de soin à travers la proposition d'un niveau de soin pour chaque patient hospitalisé est donc un défi.

Le Canada est un exemple en matière de développement de cette pratique [4]. En France, c'est un concept nouvellement discuté et dont l'application pratique est à ses débuts.

La volonté de promouvoir l'idée de dispenser les soins les plus raisonnables et de comprendre ce qui se pratique dans ce domaine aujourd'hui est au centre de cette étude.

Cette évaluation de la pratique de la fixation de niveau de soin suite à la mise à disposition de recommandations internes au sein du Centre Hospitalier de Mâcon est un travail préliminaire permettant de faire un premier pas dans la voie d'une médecine qui se doit d'être aussi performante techniquement qu'humainement respectueuse.

PROBLEMATIQUE

1. La Société et la Mort : une évolution ou une révolution ?

La mort a de tout temps été au cœur de la société. L'art, la danse la représentaient fréquemment. Les catastrophes humaines militaires ou sanitaires faisaient de nombreuses victimes. Les deuils ou les rites de passage étaient beaucoup plus visibles. On estime que c'est au milieu du XXème siècle que la mort et ses représentations ont déserté la vie quotidienne.

1.1. Le recul du religieux

1905 fait date, c'est l'année de la séparation définitive entre l'Eglise et l'Etat. S'en suit un recul progressif mais certain d'une religion chrétienne jusque-là omniprésente dans l'existence des Hommes. Ce sont ainsi effacés les rites, les sacrements ou les deuils qui étayaient le traumatisme de la mort. En 2007, un tiers des français se disent sans religion et vingt-six pour cent des catholiques pensent qu'il n'y a rien après la mort (CSA 2007) [1].

1.2. Le poids de la science

Depuis la fin du XVIIIème siècle, les progrès médicaux s'accélérent. C'est au milieu du XXème siècle que leurs impacts sur le traitement des maladies est majeur et que l'idée de défier la mort ose planer dans la culture commune. Jusqu'à 27% des français trouveraient même formidable d'être immortel (SOFRES 2010) [1]. Les nouvelles performances techniques et théoriques entraînent une véritable « transition épidémiologique » [1]. Le paysage clinique voit apparaître des situations médicales jusque-là inédites, c'est par exemple les cas de « mort encéphalique », de l'observation cellulaire, du rajeunissement cellulaire, du clonage reproductif ou encore de la culture de cellules souches. Le médecin se retrouve face à de nouvelles interrogations, obligés de redéfinir la mort. En ce sens, je cite « Paradoxalement et à mesure qu'elle progresse, la science a de la mort une connaissance de plus en plus incertaine. » [1].

La course à un éternel jeunisme ainsi que le désinvestissement de la personne âgée au sein de la famille à l'origine des placements, sont des mises à distance des problématiques du vieillissement et de la mort dans la société actuelle. Il est important de comprendre que la dignité de la personne âgée repose sur le respect du lieu de vie souhaité si le domicile n'est plus entendable. Les structures d'accueil essaient d'être une alternative au domicile où le patient aurait souhaité mourir. Or le manque de personnel dans ces structures et notamment l'absence d'IDE la nuit, sont à l'origine des transferts injustifiés entraînant des décès à l'hôpital. 30% des hospitalisations pourraient être évitées s'il y avait une IDE sur place [1].

2. Le Médecin et la Mort

2.1. Le médecin face à la mort

Le médecin est un personnage puissant qui occupe une place singulière dans la vie ou la mort d'un sujet. Il en conserve immuablement l'exclusivité de la rédaction du certificat de décès [1].

Les progrès médicaux ont influencé son art et les nouveaux éléments philosophique, religieux et sociétaux ont bouleversé les données communes de l'être humain. La relation médecin/malade est influencée par les modifications dont elle est témoin.

La fin de vie est cette réflexion qui vient bousculer les pratiques influencées par les progrès techniques au service du « soins intensifs » pouvant devenir parfois néfaste dans son invasivité. La notion de « prendre soin » devient une alternative au savoir-faire médical [5]. La problématique soulevée par la prise en charge des patients terminaux force le médecin à envisager l'« art du mourir ». C'est un exercice périlleux car il « se situe à contre-courant des logiques de scientificité, de technicité et de recherches qui caractérisent l'ensemble des progrès médicaux contemporains. » [6]. L'idéologie du médecin consistant à exercer son art à des fins curatives, va, en discutant cette nouvelle approche, faire l'expérience de ce qui est vécu pour lui d'abord comme un échec. Il doit replacer la démarche éthique au cœur de sa démarche de soin. La considération des éléments médicaux de support purement organique n'est plus l'unique finalité de médecin. Les croyances personnelles du patient sont devenues des valeurs toutes aussi importantes à prendre en compte. [6]

2.2. Déviations potentielles et doutes

Le risque de la LATA est la possibilité du « faire mourir » plutôt que le « laisser mourir ».

Limiter les soins ou les arrêter à travers la LATA ou la prescription de niveau de soin fait naître une inquiétude sur le caractère médico-légal de ces pratiques et du risque de potentielle intentionnalité de de mort chez le médecin. La différenciation entre le traitement et le soin permet au médecin d'adapter son art sans tomber dans la pratique active de l'euthanasie ou de l'abandon de soins. La survie de presque 50% des patients à l'issue de leur séjour pourrait permettre de rendre compte de cette absence de dérive. [7]

Deux spécialités médicales occupent une place particulière dans la spécificité de la réflexion éthiques sur les limites raisonnables des interventions thérapeutiques. Il s'agit de la chirurgie où le gardien de l'obstination déraisonnable est l'anesthésiste qui, lorsque l'indication d'une chirurgie se pose, doit évaluer la balance bénéfico-risque de cette intervention. C'est aussi la psychiatrie, où le concept d'autonomie du patient ou d'autodétermination résonne d'une

manière très complexe. En effet, la maladie psychiatrique parasite les décisions de ce dernier. Se discute alors la place de la liberté du sujet dans les passages à l'actes suicidaires notamment [4].

L'aspect économique est un critère d'influence à aborder avec beaucoup de précision et de retenue, car il serait irrecevable de pratiquer une médecine basée sur une rentabilité des pratiques qui aurait pour conséquence des stratégies économiques, à l'origine de la marginalisation et du rejet des plus fragiles [5].

3. La question de la fin de vie en médecine

3.1. Définitions

L'expression « *fin de vie* » était utilisée au début du XXème siècle pour décrire traditionnellement deux situations :

- Celles des premiers épisodes pathologiques aigus potentiellement létaux chez des patients physiquement épuisés par les conditions très physiques de leur travail (45 ans d'âge moyen) ;
- Celle des situations finales aigues où les religieux avaient une place prépondérante dans l'abord de la mort.

En 1960-1970, la naissance de ce terme est la résultante de l'émergence des soins palliatifs et les premiers vécus d'« acharnement thérapeutique ». La Circulaire LAROQUE de 1986 décrit les premiers principes de l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminales [5] [8].

L'Observatoire National de Fin de Vie (ONVF) [1] a émis un rapport en 2011. Il apporte une nuance fondamentale à la définition du sujet en choisissant avant tout de distinguer « *la fin de la vie* » et non « *la fin de vie* », qui elle correspond à la toute fin de vie de personnes âgées souffrant de maladies graves déjà évoluées. C'est un processus progressif. Il existe en fait trois situations identifiables au sein de cette période :

- Le déclin dit *rapide*, correspondant aux pathologies néoplasiques ;
- Le déclin dit *graduel*, en rapport avec les défaillances d'organe ;
- Le déclin dit *lent*, le plus fréquent, qui fait appel à l'évolution naturelle du vieillissement et les pathologies démentielles qui peuvent l'accompagner.

Dans une autre étude [5], à la question « *quand est-on en fin de vie ?* », il s'agissait de patient où l'espérance de vie ne devait pas dépasser 3 mois selon l'évolution clinique. Mais l'évolution de la patientèle notamment gériatrique et les profils cliniques variés imposent une révision de cette définition. L'exemple de la réanimation, qui relève des défis cliniques inespérés ou désespérés, est à l'origine de délai de survie désormais très variables. L'imminence de la mort a disparu et laisse place dans cette réflexion éthique de fin de vie à la notion d'état chronique où l'autodétermination du patient face à son état pathologique est centrale. [5]

Malgré le développement des soins à domicile, le nombre de décès à l'hôpital reste stable sur les deux dernières décennies. La fin de vie est une période où augmente les transferts du lieu de vie du patient vers l'hôpital. Le développement d'un hébergement intermédiaire entre le domicile et le secteur hospitalier permettrait de limiter cet inconfort [1].

3.2. Un cadre légal

Le cadre légal est intervenu pour définir les limites de l'action médicale dans le « mourir humain ».

Un débat public, rapporté par le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE), a également eu lieu et a eu pour missions de clarifier les grands principes et de réfléchir sur les questionnements multiples et complexes. Entre autres, la notion de « directives anticipées » remplace « testament de vie », l'« obstination déraisonnable » pour l'« acharnement » thérapeutique et l'« abstention thérapeutique » pour parler d'« euthanasie passive » [9].

La législation sur la fin de vie repose sur trois textes principaux :

- La loi du 9 juin 1999 qui garantit le droit d'accès aux soins palliatifs ;
- La Loi du 4 mars 2002 qui traite des droits des patients dans la prise de décision et dans le refus d'acharnement thérapeutique ;
- La Loi sur la Fin de vie en France [10] [11].

La Loi du 22 Avril 2005 a été révisée en février 2016 puis précisée en août de la même année. Elle reconnaît et définit :

- Le refus de toute obstination thérapeutique déraisonnable et la garantie de non abandon ;
- La reconnaissance du traitement antidouleur à double effet pour la personne en fin de vie, la sédation profonde et continue ;

- La possibilité d'exprimer sa volonté et être informé ;
- La concertation obligatoire en cas d'arrêt de traitement. [6] [10]

3.3. Cadre déontologique : extraits du code de Déontologie

Le code de déontologie est un guide pour le médecin dans sa pratique quotidienne. Il regroupe l'ensemble des principes professionnels à respecter, dans l'intérêt du patient et du médecin lui-même. Concernant la fin de vie, il a été réalisé une modification à l'article 37 où il est écrit : « *En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie.* » [12].

D'autres articles [12] explicitent la déontologie en lien avec la problématique médicale de la fin de vie :

- Article 2 - Respect de la vie et de la dignité de la personne
- Article 32 - Qualité des soins
- Article 36 - Consentement du patient
- Article 37 - Soulagement des souffrances - Non-obstination déraisonnable
- Article 37-1 - Directives anticipées
- Article 37-2 - Arrêt et Limitation de traitement

4. L'éthique médicale

4.1. Ses principes

L'éthique médicale est un moyen pour mettre en équation des situations cliniques complexes, la singularité du patient, le devoir moral et le respect déontologique du médecin. En d'autres termes, là où « la médecine moderne tend à fragmenter le patient selon l'organe, le sexe, l'âge, la démarche éthique se doit de lui redonner sa dimension humaine, spirituelle, culturelle et sociale. » [13].

Elle se base sur 4 principes éthiques fondateurs [14], décrits dans le *Rapport Belmont* [15] en 1978 dans le cadre de la bioéthique en situation de recherche médicale :

- La bienfaisance ;
- La non malfeasance : Hippocrate l'exprime comme suit : « [...] je m'abstiendrai à leur égard de toute intervention malfaisante ou inutile. » [14] ;
- La justice directive : C'est de la considération du champ de la médecine, du médecin et du plateau technique comme un capital collectif, que la « justice » au sens de « distribution équitable » a vu le jour. Les compétences des praticiens et les moyens dont ils disposent constituent une ressource dont l'ensemble de la population doit pouvoir jouir. Il ne faut pas « abuser d'une ressource rare (personnel, budget) alors qu'elle n'aboutirait qu'à prolonger l'agonie du patient. » [7]. Ça n'en fait pas un argument acceptable, mais une donnée à intégrer dans la réflexion globale.
- Le respect de l'autonomie : Il est à aborder selon deux approches :
 - Celle où chaque patient doit être reconnu comme « autonome » c'est-à-dire « capable de délibérer sur ses objectifs personnels et d'agir dans le sens de la délibération. » [15]
 - Celle où, face à une situation d'autonomie diminuée, le corps médical se doit dans sa pratique de protéger un patient vulnérable. Hippocrate a inscrit dans son serment : « *je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté [...]. J'interviendrai pour la protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées [...].* » [16]

Qu'il concerne les services d'urgence ou toutes autres spécialités médicales, l'exercice éthique n'est ni enseignable [14], ni sujet sensible à la simple application d'un protocole [13]. Seule la transmission des concepts et de leur définition est possible au cours des formations médicales.

4.2. Un garde-fou

L'éthique médicale vise à effacer au maximum les affects propres au praticien dans sa pratique pour aboutir à une prise de décision la plus objective qui soit. Aussi utopique soit l'intention de tendre vers la minimisation de toute subjectivité, il persiste obligatoirement une part de responsabilité intrinsèque au praticien dans sa prise de décision. Il est écrit dans les recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) sur la LATA qu'« aucun système normatif, législatif, réglementaire ou déontologique ne pourra dispenser de la responsabilité due à l'acte de liberté du médecin décideur. Or, c'est dans cette liberté que réside la dimension éthique de toute décision. » [7.] C'est ce qu'Aristote appelait la *phronesis*, c'est-à-dire la « sagesse pratique » du médecin. Il expliquait en d'autres termes, qu'elle se définit comme une vertu, c'est-à-dire « un habitus acquis par la personne, mais d'une vertu

très particulière qui associe la raison la plus rationnelle (ce qu'on sait du patient, de ces chances, des techniques employées...) et la raison pratique (ce qui préside à l'action en vue d'une fin jugée bonne). » [7].

5. En pratique :

Actuellement, abondent les travaux sur les soins palliatifs et la LATA. Une description de leurs principes fondateurs est nécessaire pour tenter de comprendre cette médecine qui limite les soins et accompagne jusqu'à la mort. La pratique de la fixation de niveau de soin, quant à elle, n'est que peu abordée dans la littérature française. La description des grands principes de chacun de ces pans de la médecine permettra de comprendre les bases de la réflexion éthique en jeu dans la décision de limitation de soin.

5.1. Les soins palliatifs

L'histoire des soins palliatifs a débuté chez les anglo-saxons et date du milieu du XIXème siècle. Elle est étroitement liée à l'investissement des religieux dans la souffrance des mourants. Milieu du XXème siècle, Cicely Sanders ouvre les portes de l'Hospice St Christopher, qui est encore aujourd'hui une référence, pour ce qu'il appelait « la souffrance terminale ». L'implantation des soins palliatifs en milieu hospitalo-universitaire s'est faite au Canada en 1974. En France, il faudra attendre 1985 pour que le sujet gagne les politiques et 1987 pour voir la première unité à la cité universitaire de Paris [17].

L'actualité médicale où la médecine n'est plus le seul art du « soin » – « *to cure* », le curatif – , mais du « prendre soin » – « *to care* » le palliatif [7] [18].

Le patient peut exiger de la médecine qu'elle « mette ses performances au service de la sortie de vie « digne » de qui le lui demande ». Lorsque le soin curatif laisse place à un « prendre soin » dans une situation où l'utilité des thérapeutiques intensives se discute, ce sont les soins palliatifs. [5]

Les priorités médicales se déplacent sur la qualité de vie plutôt que sur la durée de vie comme l'a souligné le pionnier en matière de médecine palliative Maurice Abiven : « *Cette médecine doit fonctionner selon des règles éthiques qui lui sont propres : la principale de ces règles étant que la qualité de la vie qui reste à vivre à ce malade doit primer sur la durée de cette vie ; règle qui est exactement à l'opposé de la règle éthique fondamentale de la médecine, où l'on doit toujours s'employer à ce que la durée de la vie soit prioritaire, même si cela devait se faire aux dépens de la qualité de vie ?* » [6]

Les soins palliatifs possèdent une dimension active qu'il est fondamental d'intégrer malgré la réticence de certaines spécialités. La SFAP recadre et définit la médecine palliative comme « des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. » [7]. Les soins dispensés visent à soulager les douleurs, qu'elles soient physiques, psychiques, morales ou spirituelles.

5.2. La limitation ou l'arrêt des thérapeutiques actives en réanimation [7]

Toute la difficulté de la prise de décision pour mettre un terme à une thérapeutique ou de limiter les soins repose sur une intrication des données personnelles du médecin (culturelle, spirituelle, philosophique) et du cadre technico-juridique déjà existant.

L'« obstination déraisonnable » (anciennement « acharnement thérapeutique ») est le pilier central de l'éthique qui mène cette réflexion. Elle correspond à « l'instauration ou la poursuite d'une stratégie à visée curative inutile et non justifiée en regard du pronostic en termes de survie ou de qualité de vie. ». Le code de déontologie (article R.4127-37 du CSP), l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (les recommandations 1418 du 25 juin 1999) et le texte du CCNE (avis n°63 du 27 janvier 2000) encadre légalement ce principe.

La limitation des traitements est envisagée dans deux cas :

- La non optimisation d'un ou plusieurs traitement(s) dont des techniques de suppléance d'organe assurant un maintien artificiel en vie ;
- La prévision d'une non optimisation ou d'une non instauration d'un ou plusieurs traitement(s) en cas de nouvelle défaillance d'organe, même au cas où le maintien artificiel en vie pourrait en dépendre.

L'arrêt des traitements correspond à « l'interruption d'un ou plusieurs traitements dont des techniques de suppléance d'organe assurant un maintien artificiel en vie. ».

« Réorientation de stratégie de soin vers une stratégie palliative », « singularité absolue », « susciter la communication », « principes éthique d'autonomie », « collégialité », « décision et modalités d'application » et « traçabilité » sont autant de notions qui font parties du processus décisionnel à respecter.

5.3. Les directives anticipées [19] [20]

Le texte de loi du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées détaille les principes fondateurs de ce droit. Les directives anticipées permettent au patient d'exprimer ses volontés par écrit, qu'il soit dans une situation de maladie grave ou en fin de vie ou en bonne santé (deux formulaires sont à disposition). Ces traces écrites sont révisables et révocables. Elles sont obligatoirement respectées par le médecin sauf si c'est un cas d'urgence vital ou si les directives paraissent totalement inappropriées. Il n'y a aucune limite de validité dans le temps. La décision du lieu de conservation revient au patient lui-même.

6. Une nouvelle limitation de soin : les niveaux de soins thérapeutiques

6.1. Définitions

Le concept de niveaux de soins est récent en médecine, mais n'est pas une réflexion exceptionnelle. C'est un sujet qui tente de répondre à des situations problématiques nouvelles, contemporaines des progrès thérapeutiques et techniques. Le but est de ne pas dispenser de soins déraisonnables à un patient. Chaque patient constitue un projet de soin unique qu'il convient de respecter dans toutes ses dimensions subjectives. Le niveau de soin constitue un véritable outil de communication entre l'équipe soignante et le patient. Il permet de renseigner les traitements et les investigations qu'il souhaite ou non recevoir.

Plusieurs terminologies ont été relevées par l'INESSS : « niveau d'intervention médicale », « niveau d'intervention thérapeutique », « niveau d'intensité thérapeutique », « niveau de soin » étant le fréquent. On peut parler aussi d'« objectifs de soins de santé » ou encore de planification préalable de soins ».

De plus en plus d'équipes soignantes au cœur des institutionnalisations essaient de mettre en place cette « réflexion du soin dans l'anticipation : anticipation des situations aiguës, anticipation du long séjour, anticipation de la sortie. ». Les services d'urgence sont également une cible pour le développement de cette pratique.

Lors d'une telle démarche de soin, deux principes fondamentaux sont nécessaires pour maintenir la décision d'un niveau de soin en accord avec le patient et son évolution :

- L'évaluation du projet de soin selon la singularité de chaque patient ;
- La révision périodique de cette prescription.

La décision de fixer un niveau de soin impose un processus de réflexion construit en 5 étapes : « L’amorce de la discussion entre le médecin et son patient, la détermination des souhaits du patient, la documentation dans le dossier médical, la transmission de la prescription et l’application du projet de soin [4].

4 niveaux de soin ressortent de la littérature internationale. Le Canada est très avancé en la matière avec déjà une décennie de recul sur le sujet. Il s’agit de l’échelle suivante :

- Niveau 1 : TOUT, c’est-à-dire « Réanimation / Pas de réanimation » ;
- Niveau 2 : PRESQUE TOUT soit « Soins intensifs /Pas de soins intensifs » ;
- Niveau 3 : SOINS COURANTS
- Niveau 4 : SOINS DE CONFORT soit « soins palliatifs ».

Certains modèles sont synthétisés sous une forme pictographique. C’est un support clair et didactique accompagné de mots clés définissant chacun des niveaux. Ils sont soumis au patient durant son séjour en institutionnalisation ou l’occasion d’une admission à l’hôpital (annexe 6) [21].

La séparation entre les différents niveaux n’est pas toujours une évidence car le soin ne peut être envisager que comme un continuum entre le curatif et le palliatif. C’est ce qui alimente entre autres les difficultés à homogénéiser les pratiques au sein des équipes inter hospitalières, intra hospitalières voire même au sein d’un même service.

6.2. Un exemple : Le Canada

L’INESSS a mené une vaste étude pour tenter de contrer les inhomogénéités constatées au Québec dans l’utilisation des échelles de niveaux de soin. L’état des lieux sur la pratique à travers une revue scientifique, son efficacité, son innocuité, les attentes recueillies auprès de la population et des médecins dans ce domaine, ainsi que les éléments facilitateurs ou les difficultés constatées à son intégration dans le domaine médical ont été autant de caractéristiques étudiées. Après 9 années de recul, il apparait que les niveaux de soin sont un moyen efficace pour faciliter la décision de limitation de soin et améliorer la mise en pratique des désirs du patient sur son projet de soin. L’absence de perte d’opportunité thérapeutique n’a pu être mise en évidence à travers la revue de la littérature réalisée manquant significativement de force de preuve dans ce domaine. Les praticiens semblent s’entendre sur l’apport indispensable de la formation professionnel à ce sujet, ainsi que des outils performants d’aide à la pratique. La communication constitue un point d’échange fondamental avec le patient et sa famille. Pour une décision de niveau de soin optimale, l’information doit être de

qualité, adaptée aux situations et le praticien doit pouvoir se rendre disponible autant que possible. La qualité des documents médicaux supports de l'information, de la transmission et de l'application du projet de soin prescrit est un élément central de cette pratique. L'idée d'un guide de décision harmonisé entre les établissements et les régions permettrait de réduire les conséquences humaines et pratiques d'une procédure de niveau de soin inhomogène sur le terrain. La place du médecin traitant est fréquemment mise en avant par les patients et les médecins compte tenu du rôle majeur qu'ils peuvent tenir dans l'anticipation de la discussion du projet de soin en amont de décompensations cliniques aiguës. Les patients et leur proche réclament un développement de consultation visant à évaluer régulièrement l'état de santé du patient et les dispositions qu'il envisage en cas de dégradations sévères. Les propositions soumises par l'INESSS pour tenter d'harmoniser la pratique des niveaux de soin sont : une valorisation notamment financière de cette pratique auprès des spécialistes et des médecins traitants, une mobilisation sociétale sur le sujet par le biais d'actions menées par le ministère de la santé et enfin la proposition d'un guide de bonne pratique pour obtenir un certain consensus [4].

6.3. Directives anticipées et niveaux de soin, quelle différence ?

La différence entre les directives anticipées et le niveau de soin repose essentiellement sur ses modalités de réalisation. Dans les deux cas il est question de l'expression écrite des souhaits du patient. En revanche, les directives anticipées sont rédigées par le patient lui-même à l'occasion ou non d'un épisode pathologique aigu, contrairement au niveau de soin qui est soumise à l'initiative d'un médecin et c'est un acte médical qui doit être signé par le praticien. Par contre, le médecin responsable de la prescription aura été tenu de prendre en compte les directives anticipées si elles existent pour décider du niveau de soin final [4].

7. La médecine d'urgence et la fin de vie :

7.1. Une place singulière dans le système de soin

Entre 2003 et 2013, la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) a noté une augmentation globale de l'activité de 12% au SMUR et de 29% au SAU [22].

L'article de *P. Le Conte et al.* paru en 2008, « décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives dans les services d'urgence », rapporte un taux de décès aux urgences

entre 0,2% et 0,3% des passages. Les décisions de LATA précédant ces décès varient de 35% à 63% en fonction des études [23].

Les services d'accueil des urgences occupent pour de nombreuses raisons une place singulière au sein du système de soin. Elle est en 1^{ère} ligne d'une chaîne médicale où elle joue un rôle d'identification et parfois de mise en route de démarches éthiques, alors que la gestion de patients en fin de vie est croissante. La médecine d'urgence est une branche de la permanence de soins où est développé au premier plan une médecine « technique » [13]. La dimension éthique qui accompagne chaque intervention médicale demande du temps. Aux urgences, sa gestion diffère de celui des autres services. Il possède une dimension vitale qui n'existe pas de la même manière dans les autres disciplines. Mais il doit être pris, sans concession possible de la part de l'urgentiste, pour mener une réflexion rendant valable éthiquement la dispense des soins [13]. La pénibilité de la médecine d'urgence n'est plus à prouver (flux permanent de patients, prises en charge concomitantes, situations cliniques variées, stress...). Les urgentistes doivent prendre rapidement les décisions, parfois lourdes de responsabilités. La perception de cette réalité complexe est à l'origine des tentatives de développement d'outils décisionnels au sein de centres hospitaliers (échelles, protocoles) pour tenter de limiter les gestes techniques inutiles, alors qu'un tiers des patients admis aux urgences en fin de vie bénéficient d'une prise en charge dont l'obstination est déraisonnable selon l'étude de B. Tardy en 2002 [24].

7.2. Médecine d'urgence et limitation de soin/soins palliatifs

La médecine d'urgence a attendu 2003 pour que la SFMU propose un texte de réflexion éthique et de recommandations pour discuter et aider les urgentistes confrontés quotidiennement au risque de dispense de soins déraisonnable.

Bien qu'il n'y ait eu véritablement aucune recommandation sur ces nouvelles situations cliniques avant celles de 2003, la réalité des services d'urgence laisse pourtant entrevoir un rapport quasi quotidien avec ces pratiques depuis plusieurs années déjà. Soulevées à de nombreuses reprises dans les services de réanimation, la difficulté de la fin de vie au SAU mérite d'être reconnue et des outils d'aide à la prise en charge de ces situations cliniques doivent être développés selon les spécificités de l'éthique en médecine d'urgence. L'étude de *Roupie E - la mort aux urgences* - en 1997 atteste de la réalité de ces besoins [25].

Les services d'urgence constituent un maillon à la « chaîne éthique » dans laquelle chaque patient peut être intégré. L'urgentiste doit être en mesure de les repérer. Ils doivent pouvoir cibler, reconnaître et discerner les éléments cliniques susceptible d'orienter la prise en charge vers une réflexion éthique en parallèle de son aspect technique [13].

La LATA en service d'urgence concerne 4 situations [13] [23] :

- La présence d'une affection aiguë par défaillance profonde d'une fonction vitale irréversible ou réversible mais avec l'obtention d'une qualité de vie trop altérée ;
- La survenue d'une poussée aiguë d'une pathologie au stade terminal de son évolution ou d'une affection aiguë intercurrente chez un patient avec une qualité de vie médiocre ou souffrant d'une pathologie chronique avec une espérance de vie limitée ;
- Le patient présentant une pathologie chronique évolutive au pronostic sombre pour qui l'entourage ou le médecin traitant demande au décours d'une admission aux urgences une validation d'une situation « au-dessus de toute ressource thérapeutique » ;
- Le patient, reconnu comme apte à consentir aux soins, qui exprime clairement ses souhaits en demandant lui-même la limitation ou l'arrêt des thérapeutiques actives.

Parfois, le temps manque en situation d'urgence. Le recueil des informations nécessaires à une prise de décision légitime de limitation de soin demande un délai incompressible. Ce temps peut être pris à travers 3 situations intermédiaires : la réanimation compassionnelle, la réanimation d'attente ou la réanimation de validation [23].

Il est important de rappeler que la décision de LATA n'est pas synonyme d'abandon de soins. Les urgentistes qui limitent les soins chez un patient doivent assurer son confort. C'est inscrit dans la loi (Article L1A de la loi 99-477).

Toujours d'après l'étude de P. Le Conte et al. [23], plusieurs éléments significativement associés à une décision de LATA ont été identifiés : le cancer métastaté, l'accident vasculaire cérébral hémorragique, la maladie hépatique, l'âge de plus de 80 ans et les classes C et D de Knaus. Les éléments influençant le plus la réflexion éthique des urgentistes étaient (dans l'ordre d'importance) : le diagnostic principal, l'irréversibilité de l'épisode aigu dans un délai de 24h, le niveau de dépendance et les comorbidités.

7.3. Quelle place pour la pratique de la fixation de niveau de soin en médecine d'urgence ?

Lorsqu'un nouveau domaine de la médecine voit le jour, sa considération, sa reconnaissance et son intégration auprès des praticiens est rendu possible par le processus d'objectivation. A l'image des soins palliatifs, jalonnés par une éthique médicale qui repose peu sur des critères scientifiques objectifs, la pratique de fixation de niveau de soin engage des travaux de recherche « rarement fondés sur des études de bonne qualité méthodologique » comme le signale l'ANAES. L'objectivation de cette pratique dépendra donc essentiellement de

l'expérience clinique des médecins [6]. La LATA est un autre exemple. La marche de la médecine doit développer des travaux de recherche sur la standardisation et l'élaboration de consensus vis-à-vis de cette pratique. Mais la multiplicité des travaux sur ce sujet n'efface pas la toile de fond éthique qui sous-tend cette pratique. Le nombre croissant de processus d'objectivation est un risque de voir apparaître une banalisation et une « réification » (« chosification ») de la personne en fin de vie [7].

MATERIEL ET METHODES

1. Objectifs

Ce travail se compose de deux volets, le premier est d'étudier les caractéristiques épidémiologiques des patients hospitalisés après leur passage au SAU ayant bénéficiés d'une fixation de niveau de soin et d'analyser les caractéristiques influençant cette prescription. Le second vise à recueillir le ressenti de cette pratique chez les médecins urgentistes et à décrire la mise en œuvre des recommandations mises à disposition pour la prescription d'un niveau de soin.

2. Cadre de l'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle mono centrée rétrospective du 1^{er} décembre 2015 au 21 décembre 2015 aux urgences du centre hospitalier de Mâcon. Durant la même période un questionnaire de ressenti sur la pratique de la fixation de niveau de soin a été diffusé aux urgentistes.

3. Données recueillies

3.1 Epidémiologie des patients pour lesquels un niveau de soin a été ou aurait pu être fixé

Parmi les 785 patients hospitalisés suite à leur passage au SAU dans la période considérée nous avons inclus 3 groupes de patients :

- Les patients ayant bénéficiés de la définition d'un niveau de soin au SAU ;
- Les patients ayant bénéficiés de la définition d'un niveau de soin au décours de leur hospitalisation dans un service du CHM ;
- Les patients décédés dans les 6 mois suivant leur hospitalisation suite à leur passage au SAU, sans qu'un niveau de soin n'ait été défini lors de leur prise en charge.

Sont exclus de l'étude :

- Les patients rentrés à domicile après leur passage au SAU ;
- Les patients hospitalisés sans prescription de niveau de soin et non décédés à 6 mois de leur passage au SAU.

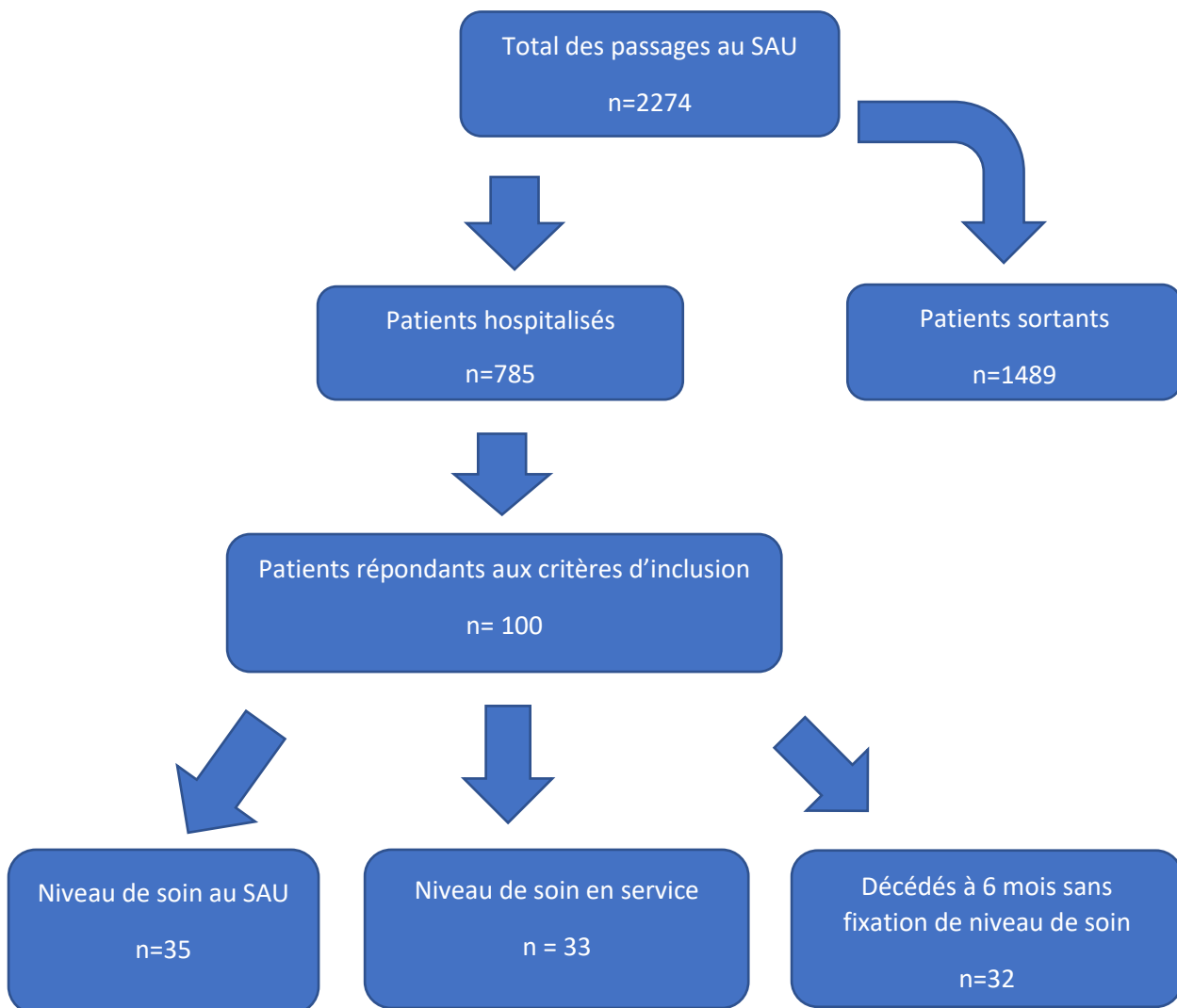


Figure 1 : Sélection des patients étudiés.

Nous avons choisi d'inclure les patients décédés dans les 6 mois qui ont suivi leur hospitalisation après leur passage au SAU. Nous avons estimé que ces patients appartiennent pour parti à un groupe de patients potentiellement graves et/ou poly-pathologiques pour qui un niveau de soin aurait probablement pu être discuté.

Certains patients ont été inclus plusieurs fois s'ils ont consulté à plusieurs reprises aux urgences durant la période de l'étude. Les patients hospitalisés sont les patients transférés vers les services du CHM que ce soit en médecine, en chirurgie, en réanimation ou ceux décédés dans le service même des urgences.

3.2. Enquête de pratique auprès des praticiens exerçant au SAU

Des questionnaires ont été mis à disposition de l'ensemble de l'équipe de médecins urgentistes du service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Mâcon, ce qui correspond au total à un groupe de 21 praticiens.

4. Recueil des données

4.1. Données épidémiologiques

Le Centre Hospitalier de Mâcon dispose d'un dossier médical partagé entre les services informatisés depuis 1996. Ce dossier patient informatisé par les logiciels M-crossway® et M-UrQual® a été le support du recueil des différents éléments épidémiologiques. Les dossiers cliniques ainsi que chacune des prescriptions ont été étudiés « manuellement » pour tous les patients concernés.

Nous avons recueilli les données suivantes :

- Le sexe ;
- L'âge ;
- Le lieu de vie habituel du patient : domicile, EHPAD ou hôpital local ;
- Le motif de consultation au SAU selon un thésaurus de diagnostic de motif d'entrée les plus fréquents, avec une possibilité de saisie en texte libre ;
- Les antécédents répertoriés selon une classification par système d'organes ;
- L'orientation après leur passage au SAU ;
- La prescription de la fixation d'un niveau de soin par les urgentistes ou par le service receveur ;
- La survie ou le décès et dans ce cas, le délai de survenue par rapport à la date de consultation initiale au SAU ;
- Le niveau de gravité évalué par l'infirmière d'accueil et d'orientation selon une échelle de quatre niveaux de sévérité (Annexe 4) ;
- La durée du passage au SAU.

La fixation de niveau de soin a été prescrite :

- Soit en texte libre,
- Soit à l'aide d'une échelle de quatre niveaux de soin correspondant aux recommandations récemment mises à disposition spécifiquement pour le CHM (Annexe 1).

Pour harmoniser les données recueillis en cas de non utilisation de l'échelle de niveau, nous avons raisonné en terme d'« équivalence de niveau de soin ». L'analyse linguistique des prescriptions manuscrites a permis de mettre en évidence des redondances langagières, des mots clés, qui correspondent à chacun des niveaux du protocole proposé. (Annexe 3)

4.2. Enquête de pratique auprès des praticiens exerçant au SAU

Le questionnaire (Annexe 2) comporte 22 questions, les thèmes abordés sont :

- la définition de la limitation de soin, sa réalisation et sa prescription ;
- l'explicitation des soins à proposer pour chacun des niveaux de soin ;
- l'estimation de la fréquence de confrontation de l'urgentiste à la démarche de fixation d'un niveau de soin ;
- les critères influençant la définition d'un projet de soin ;
- l'identification des problématiques en lien avec cette pratique et les modifications à envisager pour améliorer cet exercice médical ;
- la valeur éthique qui accompagne cet exercice médical ;
- les caractéristiques épidémiologiques de l'urgentiste interrogé.

Le remplissage des questionnaires s'est fait de manière anonyme.

Les réponses recueillies étaient de 2 types :

- Du texte libre pour les questions ouvertes ;
- Des cases cochées dans une liste de réponses proposées avec choix multiple possible.

Pour les réponses manuscrites, une analyse linguistique a été réalisée auprès d'une linguiste afin d'apporter une objectivité maximale à l'interprétation des réponses libres formulées par chacun des praticiens. (Annexe 5)

5. Analyse des données

Le logiciel Microsoft Excel® permet la saisie des données numériques et la réalisation des graphiques correspondants.

Les analyses statistiques sont réalisées avec le logiciel *R* (version 3.3.1®. – ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org/>).

Le seuil de significativité retenu est de $\alpha=5\%$, les résultats non significatifs sont notés NS. Les variables qualitatives sont comparées à l'aide de tests du Chi2 associés le cas échéant par la correction de Yates. Les variables quantitatives suivant la loi normale sont comparées à l'aide du test de Student. Les variables ne suivant pas la loi normale sont analysées à l'aide du test de Wilcoxon. Les comparaisons de plus de 2 variables quantitatives ont été réalisées à l'aide du test de Kruskal et Wallis.

RESULTATS

1. Etude épidémiologique

1.1. Description générale

Du 1^{er} décembre 2015 au 21 décembre 2015, 2 274 patients ont consulté au SAU du CHM. Le tableau 1 résume les caractéristiques démographiques de la population des 1489 consultants en ambulatoire au SAU et des 785 patients hospitalisés suite à leur passage au SAU.

	Patients consultants en ambulatoire	Patients hospitalisés suite à leur passage au SAU	<i>p</i>
Effectifs	1489	785	
Sex-ratio (H/F)	1,08	1,02	NS
Age moyen	36 ans IC95% [35,2-37,4]	66 ans IC95% [64,3-67,4]	<i>p</i><0,001
Age médian	33 ans	71 ans	
Age [min-max]	[0 – 103] ans	[2 -101] ans	

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de la population des consultants en ambulatoire au SAU et des patients hospitalisés suite à leur passage au SAU du 1^{er} décembre 2015 au 21 décembre 2015.

785 patients ont été hospitalisés sur les 2784 patients consultants au SAU sur la période donnée soit 28.1% d'admission en service hospitalier. Le sex-ratio des patients hospitalisés est similaire à celui des patients consultant en ambulatoire (102/100 contre 108/100). Les patients hospitalisés au SAU sont significativement plus âgés que ceux consultant en ambulatoire. L'âge médian des patients hospitalisés est de 71 ans versus 33 ans pour tous les patients ayant consultés en ambulatoire au SAU.

Pour cette étude, nous avons inclus 3 groupes de patients parmi les patients hospitalisés suite à leur passage au SAU :

- Les patients ayant bénéficié de la définition d'un niveau de soin au SAU (n=35), notés « NdS au SAU » ;
- Les patients ayant bénéficié de la définition d'un niveau de soin au décours de leur hospitalisation dans un service du CHM (n=33), notés « NdS en service » ;
- Les patients décédés dans les 6 mois suivant leur hospitalisation suite à leur passage au SAU sans qu'un niveau de soin n'ait été défini lors de leur prise en charge (n=32), notés « Décédés sans NdS ».

Le tableau 2 compare les caractéristiques démographiques de l'ensemble des patients étudiés par rapport aux autres patients hospitalisés non inclus dans l'étude.

	Ensemble de l'échantillon de patients inclus	Patients non inclus	<i>p</i>
Effectifs	100	685	
Sex-ratio (H/F)	1,43	0,96	<i>p=0,049</i>
Age moyen	78 ans IC95% [75,1-80,9]	64 ans IC95% [62,4-65,7]	<i>p<0,001</i>
Age médian	80 ans	68 ans	
Age [min-max]	[18-100] ans	[2-101] ans	
Durée médiane de passage au SAU	251 min	231 min	NS
Niveau de gravité lors du tri IAO			<i>p<0,001</i>
• Vert	1 (1%)	36 (5,2%)	
• Bleu	52 (52%)	391 (57,1%)	
• Orange	43 (43%)	253 (36,9%)	
• Rouge	4 (4%)	5 (0,8%)	

Tableau 2 : Caractéristiques démographiques des patients hospitalisés inclus et non inclus, admis au SAU du 1^{er} décembre 2015 au 21 décembre 2015.

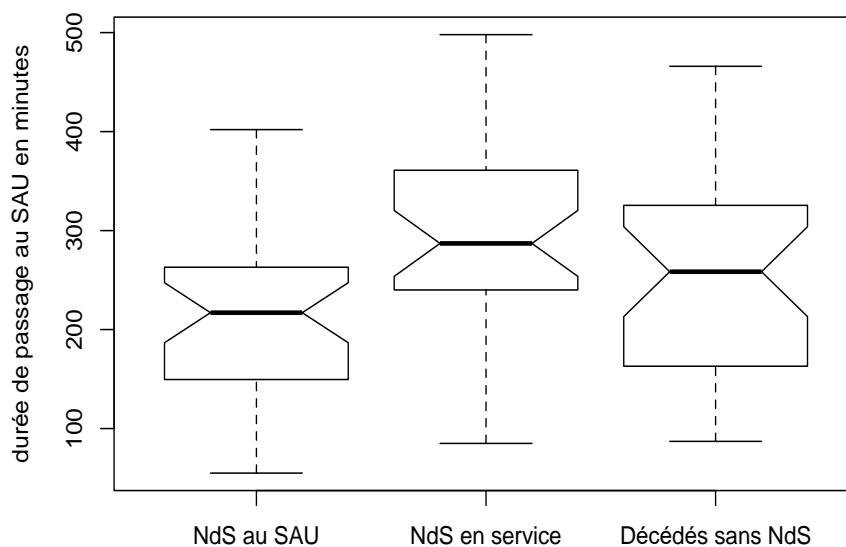
100 patients ont répondu aux critères d'inclusion de l'étude. Les patients inclus sont significativement plus âgés que les patients non inclus avec respectivement un âge médian de 80 ans versus 68 ans. Les patients inclus présentent un niveau de gravité estimé au tri par l'IAO significativement plus grave à leur admission au SAU que les patients non inclus. 43% des patients inclus ont été triés urgent (niveau Orange) et 4% en urgence vitale (niveau Rouge).

Le tableau 3 résume les caractéristiques épidémiologiques des 3 groupes de patients inclus dans l'étude.

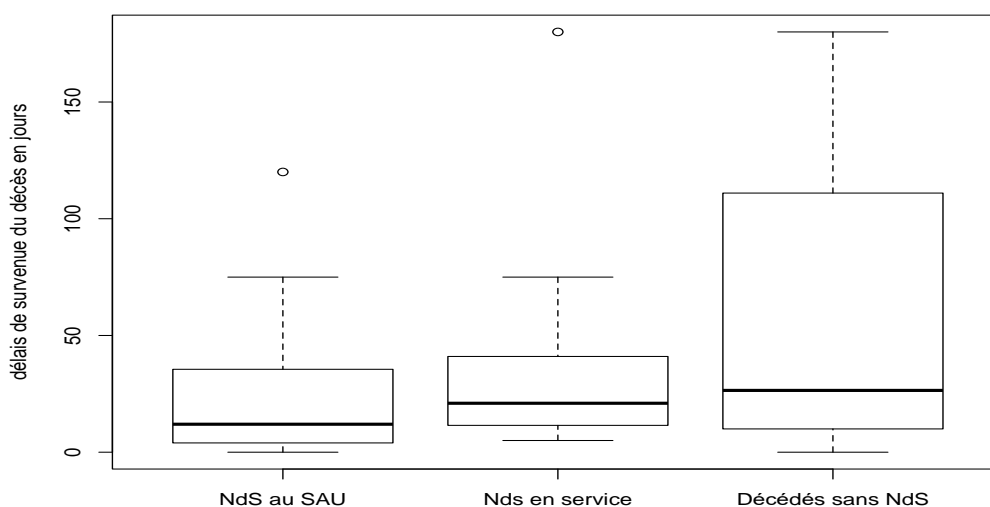
	NdS au SAU	NdS en service	Décédés sans NdS	<i>p</i>
Effectifs	35	33	32	
Sex-ratio (H/F)	0,84	3,12	1,28	<i>p=0,04</i>
Age moyen	75 ans IC95% [68,1-81,6]	80 ans IC95% [75,3-83,7]	80 ans IC95% [76,4-83,5]	
Age médian	80 ans	80 ans	82 ans	NS
Age [min-max]	[18-100] ans	[48-95] ans	[53-95] ans	
Nb médian d'antécédents par patient	2	2	3	NS
Durée médiane de passage au SAU	217 min	287 min	258 min	<i>p=0,001</i>

Niveau de gravité lors du tri IAO				<i>NS</i>
• Vert	0	0	1 (3,1%)	
• Bleu	13 (37,1%)	20 (60,6%)	19 (59,4%)	
• Orange	20 (57,2%)	12 (36,3%)	11 (34,4%)	
• Rouge	2 (5,7%)	1 (3%)	1 (3,1%)	
Lieux de vie			1	
• Domicile	22 (63%)	30 (91%)	23 (72%)	<i>p<0,001</i>
• EHPAD	11 (31%)	2 (6%)	1 (3%)	
• Hôpital local	2 (6%)	1 (3%)	8 (25%)	
Nb de décès à 6 mois	11 (31%)	11 (33%)	32 (100%)	
Délai de survenue du décès après passage au SAU	30 jours IC95% [5,3-55,4]	40 jours IC95% [5,1-74,0]	60 jours IC95% [39,0-81,3]	
Moyenne				
Médiane	12 jours	21 jours	26 jours	<i>NS</i>

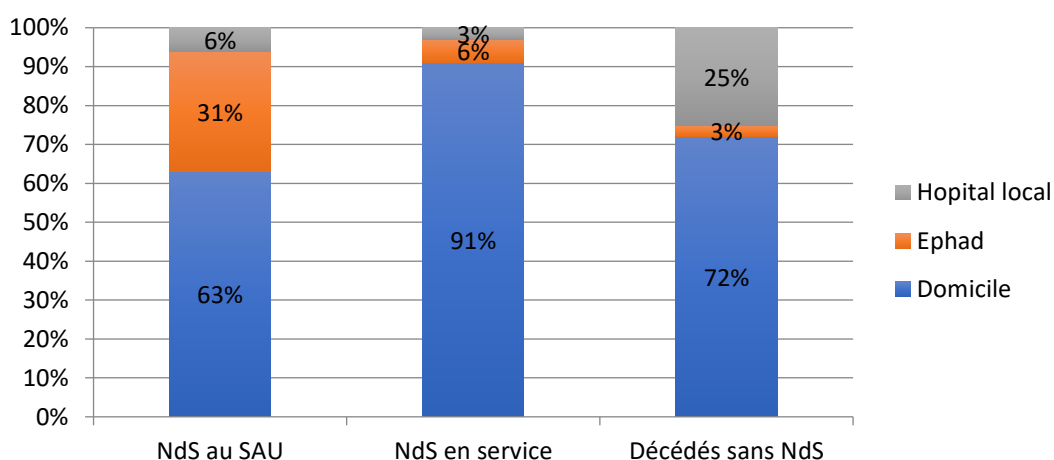
Tableau 3 : Caractéristiques épidémiologiques des 3 groupes de patients inclus dans l'étude.



Graphique 1 : Boîte à moustache représentant les durées de passage au SAU des 3 groupes de patients inclus dans l'étude.



Graphique 2 : Boîte à moustache représentant les délais de survenue du décès suivant le passage au SAU selon les 3 groupes de patients.



Graphique 3 : Lieux de vie des patients en fonction de l'origine de la prescription de niveau de soin.

Trois groupes de patients ont été inclus dans cette étude : 35 patients hospitalisés après le passage au SAU dont le niveau de soin a été posé par l'urgentiste, 33 patients hospitalisés après passage au SAU dont le niveau de soin a été posé par le médecin d'un service hospitalier du CHM et 32 patients décédés dans les 6 mois suivant leur hospitalisation après passage au SAU et pour qui aucun niveau de soin n'a été posé. L'âge médian des patients est similaire pour chacun des groupes (80 ans et 82 ans). Le nombre d'hommes est

significativement plus important pour les NdS prescrits en service avec un sex ratio de 3,12. Aucun antécédent n'est significativement plus fréquent entre les 3 groupes. Les patients ayant été limités au SAU sont restés significativement moins longtemps au sein du service des urgences que les autres patients inclus (217 min versus 287 min pour les NdS en service et 258 min pour les décédés sans NdS). Le niveau de gravité, estimé à leur admission au SAU par l'IAO, ne diffère pas significativement entre les 3 groupes. La médiane du délai de survenue du décès après passage au SAU n'apparaît pas significativement différente entre les groupes de l'étude bien que les patients avec NdS au SAU décèdent plus précocement que les patients avec NdS en service ou ceux décédés sans NdS (respectivement 12 jours versus 21 jours et 26 jours). L'analyse du lieu de vie du patient met en évidence une différence fortement significative. Les patients habituellement hébergés en EHPAD sont les plus fréquents dans le groupe NdS au SAU et représentent presque un tiers des patients limités par les urgentistes. Pour les patients décédés sans NdS, il apparaît clairement une proportion significativement plus élevée de patients adressés par les hôpitaux locaux (25%), que dans les 2 autres groupes. En revanche, la proportion de patients en EHPAD est significativement plus faible (3%) que dans les autres groupes de patients avec NdS (31% des NdS au SAU et 6% des NdS en service).

1.2. Caractéristiques détaillées des différents sous-groupes de patients

Le tableau 4 synthétise les caractéristiques détaillées des patients inclus dans les 3 groupes d'étude.

	NdS au SAU	NdS en service	Décédés sans NdS	<i>p</i>
Effectifs	35	33	32	
Antécédents : nombre médian par patient	2	2	3	<i>NS</i>
• Cardio-vasculaire	23	18	22	
• Psychiatrique	10	2	2	
• Néoplasie	10	12	12	
• Digestif	9	5	9	
• Troubles cognitifs	7	3	3	
• Neurologique	7	7	6	
• MTEV	6	8	3	
• Insuffisance rénale chronique	6	2	3	
• Pneumologique	3	11	9	
• Diabète	3	7	7	
• Orthopédique (prothèse)	3	1	9	
• Aucun	2	2	0	

Motifs de consultation :

• AEG	7 (20%)	6 (18%)	6 (19%)
• Neurologique	6 (17%)	1 (3%)	1 (3%)
• Pneumologique	5 (14%)	9 (27%)	5 (16%)
• Cardiologique	4 (11%)	3 (9%)	7 (22%)
• Digestif	4 (11%)	-	4 (12%)
• Sepsis	3 (9%)	2 (6%)	1 (3%)
• Psychiatrique	2 (6%)	-	1 (3%)
• Autre	2 (6%)	3 (9%)	1 (3%)
• Malaise	1 (3%)	3 (9%)	-
• Uro- néphrologique	1 (3%)	-	2 (6%)
• Traumatologique	-	3 (9%)	3 (9%)
• TC+/-PC	-	3 (9%)	1 (3%)

Tableau 4 : Caractéristiques détaillées des 3 groupes de patients inclus dans l'étude.

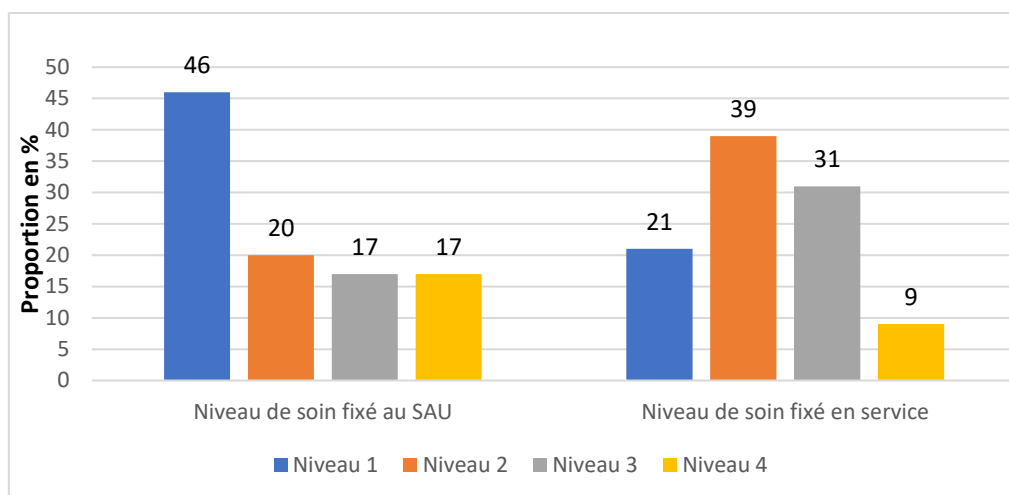
Le nombre médian d'antécédents par patient est similaire que les patients est eu un NdS au SAU ou en service ou qu'ils soient décédés dans les 6 mois suivant leur hospitalisation après passage au SAU sans NdS défini à leur prise en charge. Quel que soit le groupe d'appartenance du patient, aucune pathologie chronique ou antécédent n'est significativement plus représenté. Les motifs de consultation au SAU sont détaillés sans avoir pu réaliser d'analyse statistique pertinente du fait des effectifs faibles des groupes de données à comparer.

1.3. Types de niveaux de soins prescrits

Le tableau 5 résume la répartition des quatre niveaux de soin prescrits par les urgentistes et par les médecins de service du CHM.

	Au SAU	En service	<i>p</i>
Effectifs	35	33	
• Niveau 1	16 (46%)	7 (21%)	<i>p</i> <0,001
• Niveau 2	7 (20%)	13 (39%)	
• Niveau 3	6 (17%)	10 (31%)	
• Niveau 4	6 (17%)	3 (9%)	

Tableau 5 : Volume des niveaux de soins prescrits durant la période étudiée en fonction de l'origine de la prescription.



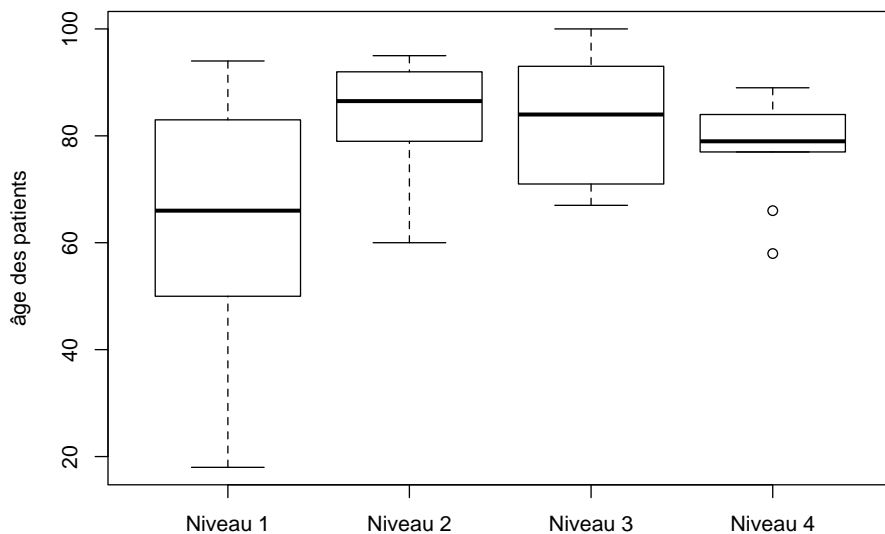
Graphique 4 : Prescriptions de niveau de soin par les urgentistes et par les médecins des différents services receveurs.

Les urgentistes prescrivent significativement plus de niveau 1 (46% des niveaux de soin prescrits au SAU) et de niveau 4 (17% des prescriptions) que les médecins en service. Les médecins des services receveurs posent significativement plus de niveau 2 (39%) et de niveau 3 (31%) que les médecins au SAU.

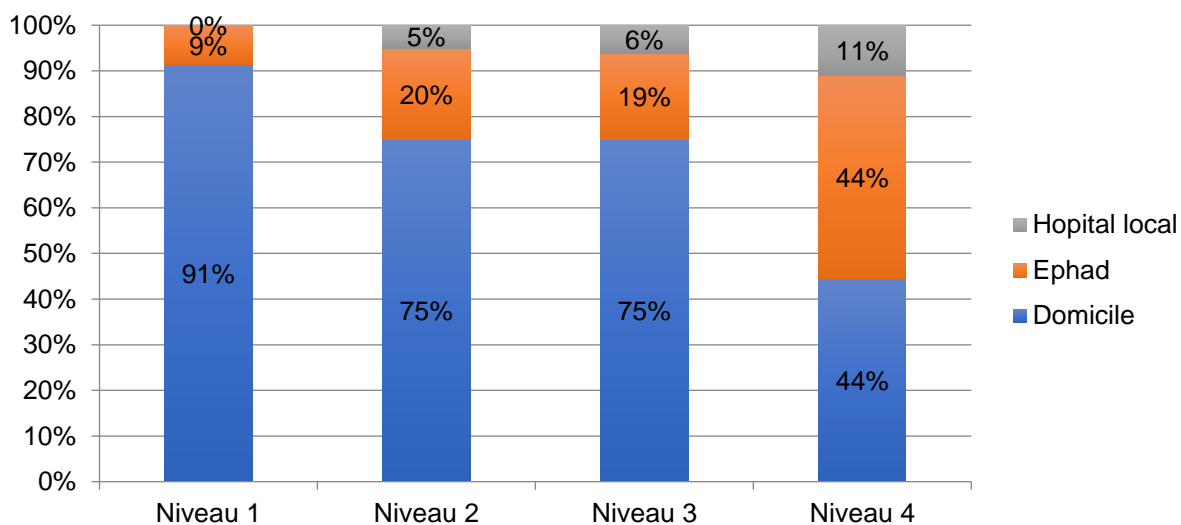
Le tableau 6 présente les caractéristiques épidémiologiques des patients selon les niveaux de soin prescrits, que la prescription ait été réalisée par un urgentiste ou un médecin de service.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	<i>p</i>
Effectifs	23	20	16	9	
Sex-ratio (H/F)	1,55	2,33	1,28	0,80	NS
Age moyen	66 ans IC95% [57,1-75,1]	85 ans IC95% [80,9-88,9]	83 ans IC95% [77,1-88,9]	77 ans IC95% [69,8-84,8]	
Age médian	66 ans	86 ans	84 ans	79 ans	<i>p</i><0,001
Age [min-max]	[18-94] ans	[60-95] ans	[67-100] ans	[58-89] ans	
Lieux de vie					
• Domicile	21 (91%)	15 (75%)	12 (75%)	4 (44%)	<i>p</i>=0,04*
• EHPAD	2 (9%)	4 (20%)	3 (19%)	4 (44%)	
• Hôpital local	0	1 (5%)	1 (6%)	1 (11%)	
Nombre d'antécédent/patient	2,1	2,6	2,6	2,8	NS
Nombre de décès	0	12 (60%)	5 (31%)	5 (55%)	<i>p</i><0,001
Délai de décès par rapport au passage au SAU (jours) :					
Moyenne	---	32	46	29	
Médiane	---	16	28	35	NS

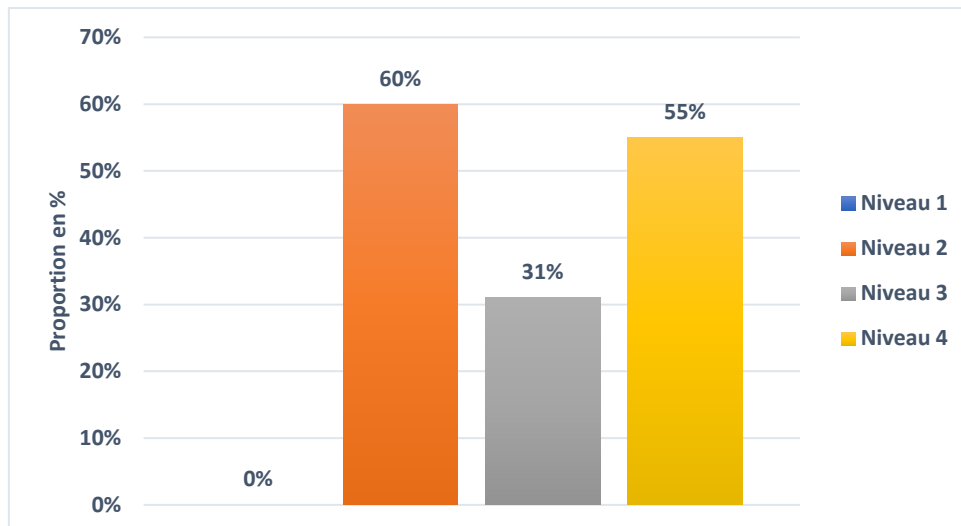
Tableau 6 : Epidémiologie des patients selon le niveau de soin prescrit quelle que soit l'origine de la prescription (*Chi2 réalisé en groupant les EHPAD et Hôpital local vs Domicile).



Graphique 5 : Boite à moustaches représentant la distribution de l'âge des patients en fonction du niveau de soins prescrit.



Graphique 6 : Lieux de vie des patients en fonction du niveau de soin prescrit.



Graphique 7 : Taux de mortalité en fonction du niveau de soin prescrit quelle que soit l'origine de la prescription.

Les patients avec un niveau 1 de soin sont significativement plus jeunes (66 ans IC95% [57,1-75,1]) que les patients des trois autres niveaux de soin. Ce sont les patients avec un niveau 2 de soin prescrit qui sont significativement plus âgés avec un âge moyen de 85 ans (IC95% [80,9-88,9]). Les patients en niveau 4 de soin sont institutionnalisés dans plus de 50% des cas. Les proportions d'hébergement habituel en EHPAD ou en hôpital local sont significativement plus fréquentes pour les patients avec une limitation maximale des soins curatifs (44% de patients en EHPAD et 11% en hôpital local). Quels que soient les niveaux de soin prescrits, il n'a pas été mis en évidence d'antécédent significativement plus nombreux. Les patients en niveau 2 de soin présentent le taux de mortalité dans les 6 mois suivant leur passage au SAU le plus élevé (12 décès sur 20 patients). Les patients décèdent dans des délais similaires après leur passage au SAU quel que soit le niveau de soin retenu.

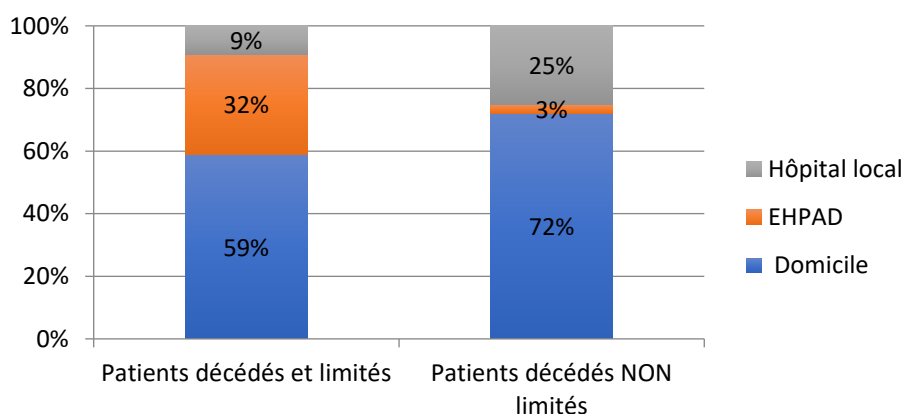
1.4. Comparaison des patients décédés avec ou sans prescription de niveau de soin

Le tableau 7 résume les caractéristiques épidémiologiques des patients décédés dans les 6 mois suivant leur hospitalisation après leur passage au SAU qu'ils aient bénéficié d'une prescription de niveau de soin ou non.

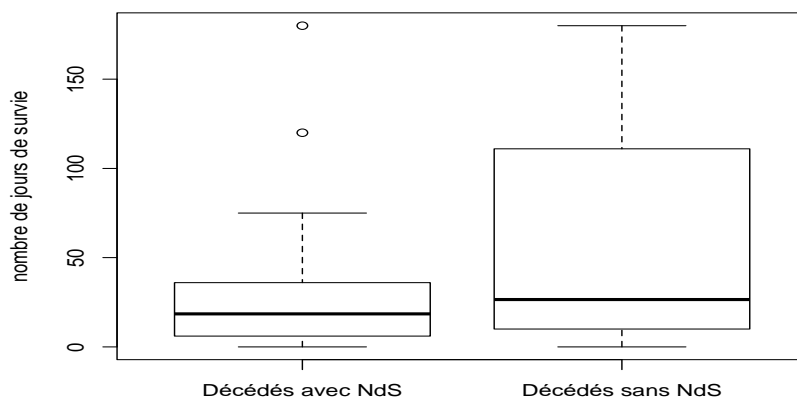
	Patients décédés et limités	Patients décédés NON limités	p
Effectifs	22	32	
Sex-ratio (H/F)	2,14	1,28	
Age moyen	82 ans IC95% [77,2-86,6]	80 ans IC95% [76,4-83,4]	NS

Age médian	80 ans	82 ans	
Age [min-max]	[58-100] ans	[53-95] ans	
Lieux de vie			
• Domicile	13 (59%)	23 (72%)	p<0,001*
• EHPAD	7 (32%)	1 (3%)	
• Hôpital local	2 (9%)	8 (25%)	
Nombre d'antécédent/patient	2,7	2,6	
Délai de décès par rapport au passage au SAU (jours) :			
Moyenne	35	60	p=0,07
	IC95% [15,4-54,5]	IC95% [39,0-81,3]	
Médiane	18	26	

Tableau 7 : Epidémiologie des patients décédés limités et NON limités (*Chi2 réalisé en groupant les EHPAD et Hôpital local vs Domicile).



Graphique 8 : Lieux de vie des patients décédés limités et NON limités.



Graphique 9 : Délais de survenue du décès en fonction de la prescription ou non d'un niveau de soin.

Les patients décédés ayant eu un niveau de soin prescrit par les urgentistes ou les médecins des services receveurs sont plus souvent institutionnalisés (EHPAD et hôpital local cumulés) avec un total de 41% versus 28% pour les patients décédés sans niveau de soin. La proportion de patients décédés avec un niveau de soin vivant habituellement en EHPAD est significativement plus importante que pour les patients décédés non limités (respectivement 32% versus 3%). Lorsque les patients sont originaires d'un hôpital local, il est significativement mis en évidence une fréquence plus importante de ce lieu de vie pour les patients décédés sans niveau de soin. Il semblerait que les patients décédés limités tendent à mourir plus précocement que les patients décédés non limités. Le délai médian de survenue du décès est beaucoup plus court, évalué à 35 jours avec $p=0,07$ (IC95% [15,4-54,5]), contre 60 jours avec (IC95% [39,0-81,3]).

1.5. Analyse ciblée de la prescription informatique de l'échelle de niveau de soin

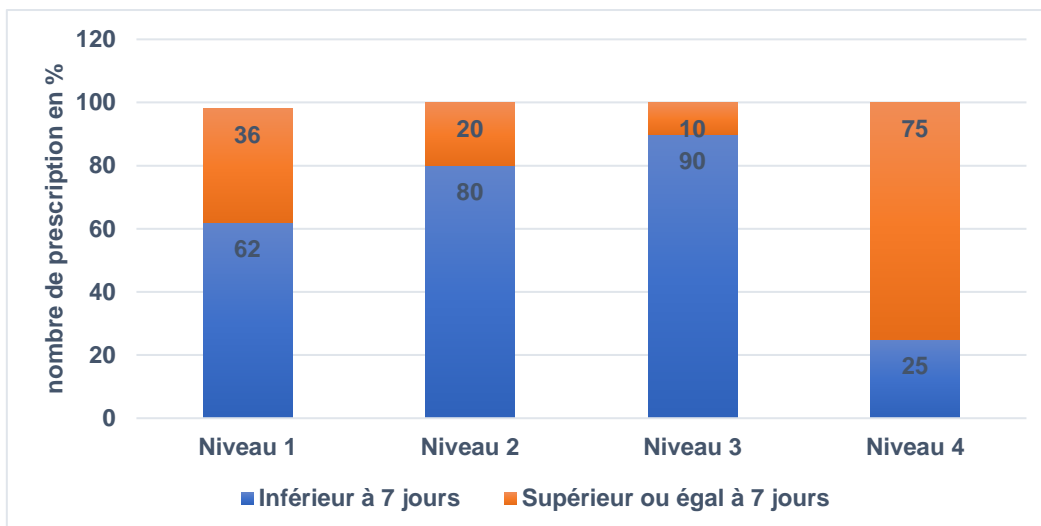
27 prescriptions avec utilisation de l'échelle de niveau de soin ont été répertoriées soit 3,4% des patients hospitalisés via le SAU.

La totalité des fixations de niveau de soin réalisées en utilisant l'outil informatique concerne les médecins des services du CHM ou les réanimateurs. Aucun urgentiste n'a fait usage de l'échelle de niveau disponible.

Le tableau 8 résume la répartition des prescriptions selon les différents niveaux de soin qu'ils aient été prescrits par les urgentistes ou les médecins des services du CHM et le délai de réalisation de cette prescription après le passage au SAU, en étudiant l'ensemble des patients hospitalisés après passage au SAU du 1^{er} décembre 2015 au 21 décembre 2015 inclus.

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Effectifs	8	5	10	4
Délai de prescription après passage au SAU (jours)				
Moyenne	9	13	6	17
Médiane	4	5	3	15

Tableau 8 : Répartition des prescriptions selon le niveau de soin quelle que soit l'origine de prescription sur l'ensemble des patients hospitalisés sur la période donnée.



Graphique 10 : Proportion des prescriptions de niveau de soin avec l'échelle informatisée, réalisées dans un délai maximum de sept jours suivant le passage au SAU des patients hospitalisés entre le 1^{er} décembre et le 21 décembre 2015.

Les niveaux 3 de soin sont les plus prescrits par les urgentistes et les médecins des services receveurs. Les niveaux 4 de soin de prescription semblent être les plus tardivement prescrits (moyenne : 17 jours ; médiane : 15 jours). Le délai de prescription après passage au SAU des niveaux 3 de soin est le plus court (moyenne : 6 jours ; médiane : 3 jours). L'analyse des prescriptions dans un délai de 7 jours suivant le passage au SAU a montré la grande précocité des fixations de niveau 3 de soin (90% des niveaux 3 posés) contrairement aux niveaux 4 de soin pour qui les prescripteurs fixent le niveau de soin tardivement.

2. Enquête de pratique auprès des praticiens exerçant au SAU

2.1. Tableau de synthèse des réponses du questionnaire

Le tableau 9 résume les réponses apportées aux questions sur l'enquête de pratique auprès des urgentistes du CHM.

Effectifs des urgentistes du SAU	21
Nb de praticiens ayant répondu	14 (66,7%)
Sex-ratio des urgentistes ayant répondu	2.5
<u>Ancienneté des urgentistes ayant répondu</u>	
Moins de 5 ans	5
De 5 à 10 ans	6
De 10 à 15 ans	1
Plus de 15 ans	2
<u>Définition de la limitation de soin</u>	
Fixation d'un niveau de soin	13
Ordonnance de non réanimation	1
<u>Modalité de discussion</u>	
• Avec le patient :	
Toujours	7
La plupart du temps	7
Parfois	0
Exceptionnellement	0
• Avec plusieurs médecins :	
Toujours	4
La plupart du temps	9
Parfois	1
Exceptionnellement	0
• Seul :	
Toujours	0
La plupart du temps	2
Parfois	3
Exceptionnellement	9
<u>Délivrance de l'information</u>	
• Aux proches :	
Toujours	13
La plupart du temps	1
Parfois	0
Exceptionnellement	0
• A l'équipe paramédicale du SAU :	
Toujours	8
La plupart du temps	2
Parfois	4
Exceptionnellement	0
• Au service receveur :	
Toujours	12
La plupart du temps	2
Parfois	0
Exceptionnellement	0
• Au médecin traitant :	
Toujours	2
La plupart du temps	6
Parfois	6
Exceptionnellement	0

<u>Modalité de prescription</u>	
En texte détaillé	1
L'outil informatique	3
L'association des deux	10
Autre	0
<u>Nombre de niveau de soin reconnus par les urgentistes</u>	
4 niveaux de soin	13
5 niveaux de soin	1
<u>Fréquence estimée de la fixation de NdS</u>	
Quelques fois par semaine	7
Quelques fois par mois	6
Quelques fois par an	1
<u>Critères influençant sur la définition du NdS</u>	
Nature des antécédents et leur pronostic	15
Autonomie antérieure	14
Souhaits du patient	13
Convictions personnelles du médecin	13
Nature de l'épisode aigu et son pronostic	12
Age	10
Volonté de la famille	6
<u>Les 2 critères les plus importants</u>	
Nature des antécédents et leur pronostic	8
Nature de l'épisode aigu et son pronostic	7
Souhaits du patient	6
Autonomie antérieure	4
Convictions personnelles du médecin	3
Volonté de la famille	0
Age	0
<u>Difficultés rencontrées</u>	
La relation avec la famille du patient	8
Le manque de formation adaptée	5
Autre	4
L'aspect légal	3
Aucun	3
L'éthique	1
La pratique au sein de l'hôpital	1
Religiosité du patient	0
Religiosité du médecin	0
L'aspect philosophique	0
<u>Proposition d'amélioration</u>	
Modification des pratiques médicales actuelles	9
Changement sociétal	3
Dispense de formation médicale	3
Ne sais pas	3
Protocolisation	2
<u>Respect de l'éthique médicale en fixant un NdS</u>	
Oui	14
Non	0
<u>Respect des prescriptions de NdS du SAU par le service receveur</u>	
Oui	9
Non	3
Ne sait pas	2

Tableau 9 : Synthèse des réponses au questionnaire pour l'enquête de pratique des médecins exerçant au SAU.

La datation de l'année d'obtention de la thèse permet de situer la génération des médecins interrogés. Plus de 75% ont obtenu leur diplôme dans les 10 dernières années, ce qui reflète une certaine jeunesse au sein de l'équipe mâconnaise.

A la définition que les urgentistes peuvent se faire d'une limitation de soin, ils répondent à 92% qu'une limitation de soin correspond à une fixation de niveau de soin, rejetant ainsi le système binaire de l'ordonnance de non réanimation.

Concernant les modalités de réalisation d'une fixation de niveau de soin, la moitié des urgentistes révèlent « *toujours* » discuter de ce projet de soin avec le patient et l'autre moitié explique le faire « *la plupart du temps* ». La concertation avec d'autres médecins a lieu « *la plupart du temps* » chez 64% d'entre eux et « *parfois* » pour 7% d'entre eux. En revanche, 29% affirment avoir « *toujours* » recours aux collègues pour discuter des projets de soin. L'aspect solitaire de cette pratique est largement décrit comme exceptionnelle (et ce pour 9 des 14 praticiens ayant répondu).

Dans 90% des cas, les proches du patient sont informés sur le projet de soin envisagé pour ce dernier, selon les réponses des urgentistes. Deux praticiens ont apporté un bémol sur la transmission du projet de soin au service receveur en utilisant « *la plupart du temps* » plutôt que « *toujours* ». La délivrance de l'information à l'équipe paramédicale en charge du patient au SAU est peu fréquente et encore moins fréquente auprès du médecin traitant. Cependant, le lien hospitalier/ambulatoire paraît intégré dans l'esprit de chacun puisqu'il semblerait que la délivrance de l'information sur le projet de soin tente d'être transmise « *la plupart du temps* » voire « *toujours* » au médecin généraliste par plus de la moitié de l'équipe d'urgentiste.

71% des urgentistes ayant répondu déclarent prescrire leur décision de niveau de soin à la fois en texte détaillé dans leur CRU et sur le logiciel informatique. 21% d'entre eux expliquent utiliser uniquement l'outil informatique et un seul médecin révèle inscrire l'information du projet de soin retenu seulement au niveau de l'observation clinique de façon manuscrite.

La quasi-totalité des urgentistes interrogés approuvent les 4 niveaux de soin proposés. Un seul d'entre eux a reconnu l'existence de 5 niveaux de soin sans en détailler les caractéristiques.

La place de la pratique de la fixation d'un niveau de soin est perçue pour plus de 90% des médecins ayant répondu comme fréquente. L'évaluation subjective de la rencontre de cette pratique est estimée à plusieurs cas par mois pour 6 des 14 urgentistes ayant participé à l'enquête, voire pluri hebdomadaire pour la moitié d'entre eux. Un seul urgentiste considère cet exercice médical comme rare l'estimant à seulement quelques cas par an.

A la question à choix multiples sur l'étude générale des critères estimés comme déterminant pour la démarche médicale de fixation de niveau de soin, une certaine importance tend à être donnée à la nature et au pronostic des antécédents du patient ainsi qu'à l'autonomie antérieure. Convictions personnelles du praticien en charge du patient, souhait du patient et nature de l'épisode aigu sont également pris en compte, mais dans une mesure moindre. La volonté de la famille et l'âge sont reconnus comme moins influençant dans la décision finale.

Au moment de choisir les deux critères qu'ils considèrent comme indispensables dans la réflexion de fixation d'un niveau de soin, les antécédents et leurs pronostics associés à la nature de l'épisode aigu influencent le plus la prescription de l'urgentiste. Le niveau de dépendance du patient et les convictions du médecin occupent une place sensiblement moins importante. L'âge et la volonté de la famille sont exclus de la démarche de fixation de niveau de soin.

57% dénoncent les relations avec la famille comme étant un élément difficile à gérer dans cette pratique. Le 2^{ème} facteur le plus souvent cité est le manque de formation. A noter toutefois que pour 4 d'entre eux, la fixation de niveau de soin n'est pas un sujet soulevant des difficultés particulières. D'autres critères sociétaux et l'inhomogénéité des pratiques des médecins hospitaliers et extra hospitaliers dans ce domaine ont été mentionnés. L'éthique, bien que proposée, n'est pas un élément qui a été relevé tout comme le religieux ou l'aspect philosophique que cela engage.

La proposition de mise en place de mesures anticipatives a été fréquemment mentionnée pour tenter d'améliorer la pratique dans ce domaine. On retrouve également la demande de formation médicale. Enfin ils réclament un changement global de la société sur ce sujet de santé publique. La protocolisation de la fixation d'un niveau de soin est même envisagée par certains.

A la question « *la fixation d'un niveau de soin est-elle éthiquement recevable ?* », la totalité des urgentistes ayant participé à l'enquête de pratique répondent « OUI ».

Lorsqu'un niveau de soin a été posé par l'urgentiste interrogé, dans plus de 90% des cas, ils n'ont aucun regret dans l'après-coup sur ce qui a été fait.

Trois quarts des urgentistes interrogés notent que leur projet de soin a été respecté par l'équipe soignante en charge du patient après son passage au SAU. D'après l'estimation des urgentistes, une prescription de niveau de soin sur quatre est abandonnée à l'admission du patient dans le service receveur.

2.2. Analyse des réponses données par les urgentistes pour expliciter les actes médicaux qu'ils associent à chacun des niveaux de soin

Les réponses étant de nature qualitative, il a fallu faire appel à une linguiste pour obtenir les conclusions les plus objectives possibles. Ces travaux sont repris en totalité dans les annexes pour montrer toutes la démarches d'analyse linguistique ayant permis d'aboutir à ces résultats. (Annexe 5)

La question posée aux urgentistes vise à définir les actes et les gestes médicaux qu'ils associent à chacun des niveaux.

L'étude linguistique des productions écrites des urgentistes fait apparaître les résultats suivants :

- **Niveau 1 :**

- L'utilisation fréquente de verbe d'action ;
- L'utilisation fréquente de syntagmes verbaux engageant le sujet de l'énoncé ;
- L'absence de particule négative ;
- L'utilisation fréquente de l'adjectif « *tout* ».

- **Niveau 2 :**

- Les syntagmes verbaux disparaissent au profit d'une nominalisation ;
- Un champ lexical de la restriction est utilisé, « *tout sauf ...* » et ce qui est mis après le « *sauf* » varie d'un urgentiste à l'autre.

- **Niveau 3 :**

- La négation apparaît dans l'ensemble des productions écrites ;
- Les réponses en « *ne pas* » sont fréquentes. Notons que la répétition de la négation a un effet contagieux et transforme peu à peu des termes sémantiquement pleins en leur contraire comme pour les annuler (« *ne pas réanimer* » ; « *ne pas transférer* »).
- La tournure utilisée est nominale, il n'y a pas de verbe d'action.

- **Niveau 4 :**

- Les verbes d'action réapparaissent (« *soulager* », « *lutter* »)
- L'apparition d'un axe sémantique positif (« *soins de confort* », « *soins palliatifs* », « *limitation de soin* ») ;
- Le mot « *soin* » est fréquemment mentionné.

DISCUSSION

1. Méthodologie

1.1. Points forts

Le Centre Hospitalier de Mâcon dispose d'un dossier médical partagé entre tous les services informatisés permettant d'avoir accès à la totalité des informations médicales du patient et notamment les données de consultations spécialisées dont ils bénéficient régulièrement en cas de pathologie chronique d'organe. La décision de fixation de niveau de soin par l'urgentiste ou le médecin en service est prise en ayant connaissance de l'ensemble du dossier médical.

1.2. Points faibles

L'étude d'un sujet aussi multidimensionnel (médical, légal, éthique, patient, entourage) n'a pu être menée que selon une méthodologie observationnelle, descriptive et rétrospective pour donner tout son sens au sujet d'« évaluation de la pratique » qui la compose. Le niveau de preuve scientifique qui en résulte est faible, mais présente un intérêt certain dans une branche médicale encore au stade du balbutiement en France. Ceci a le mérite de définir à un instant précis le portrait de la situation de la prise en charge des patients en fin de vie et de tenter de dégager, avec toute l'humilité que cela implique, l'ensemble des points de difficultés qu'il conviendra d'améliorer.

Trois biais méthodologiques ont potentiellement pu influencer les résultats : ce sont les biais de sélection, d'interprétation et de confusion.

D'abord, la sélection d'un échantillon de patients, entraîne systématiquement une remise en question du critère de représentativité de la population générale.

D'autre part, les supports de données, constitués essentiellement des dossiers-patients ou des réponses aux questionnaires, ont pu représenter un biais d'interprétation compte tenu de la nature qualitative d'une partie des informations utilisées. En ce sens, il est important de rappeler que les fixations de niveau pratiquées par les urgentistes n'ont jamais été prescrites selon l'échelle de niveau informatique disponible. Il a donc été question d'« équivalence de niveau », basée sur les mêmes caractéristiques décrites pour chacun des niveaux récemment recommandés dans le protocole proposé. Certaines erreurs ont pu être commises au moment de ces conversions.

Les réponses qualitatives aux questionnaires ont été analysées avec soin par un spécialiste en linguistique pour minimiser les erreurs d'interprétation et légitimer les conclusions abouties.

Il aurait été judicieux d'interroger l'ensemble des médecins ayant été à l'origine des niveaux de soin prescrits, qu'ils soient urgentistes ou médecins en service, car l'expérience de ces derniers manque à une partie de la réflexion sur le sujet.

Enfin, le choix du groupe d'étude ciblant les patients décédés dans les 6 mois suivant leur hospitalisation après leur passage au SAU et considéré comme un critère pertinent pour représenter les patients pour qui un niveau de soin aurait dû être fixé, est à l'origine d'un biais de confusion dans les résultats obtenus. Les causes de décès n'ayant pas été étudiées, il y a une confusion possible entre les patients décédés d'une cause brutale sans lien avec leur admission au SAU dans les 6 mois le précédent et les décès faisant suite à un état de santé déjà présent au moment de leur consultation aux urgences. Le critère « décès dans les 6 mois » resterait pertinent pour discuter de l'éligibilité de ces patients à une limitation de soin seulement dans le second cas.

2. Résultats de l'étude

2.1. Principaux résultats de l'analyse épidémiologique des patients pour lesquels un niveau de soin a été ou aurait pu être fixé

Le sex-ratio

Les patients inclus dans l'étude et plus précisément les patients avec NdS fixé en service présentent un taux de masculinité significativement plus important. Ce résultat suit la tendance plus générale des données actuelles de la population mondiale où il y a 102 hommes pour 100 femmes [26]. La surreprésentation des patients hommes avec niveau de soin et des patients décédés sans niveau de soin peut s'expliquer par le fait qu'ils possèdent une espérance de vie inférieure à celle des femmes [27] et que le sexe masculin est reconnu comme un facteur de gravité et un argument de fréquence pour les situations cliniques rencontrées dans cet échantillon (décompensation de BPCO, infarctus du myocarde, décompensation cardiaque) [28] [29].

L'âge

A la question : « *l'âge est-il un facteur influençant toute démarche de réflexion sur la proposition d'un projet de soin ?* » trois observations ouvrent la discussion à ce sujet :

- Les patients hospitalisés sont de toute évidence plus âgés que les patients ayant consultés en ambulatoire, ce qui est cohérent avec le nombre important de jeunes patients consultant pour des pathologies traumatiques ou médicales bénignes en parallèle des admissions gériatriques ou médicales sévères [30].

- Les patients inclus dans l'étude sont significativement plus âgés que les patients non inclus, en revanche aucune différence n'a été mise en évidence dans les 3 groupes. Cela peut prouver l'imputabilité de l'âge dans la démarche de fixation de soin mais la différence de pratique entre les 3 groupes reposerait sur un facteur autre que celui-ci.

- L'âge est significativement différents entre les niveaux de soin prescrits. On note que les patients avec un niveau 2 de soin sont les plus âgés (âge médian de 85 ans) tandis que les patients en soins de confort sont plus jeunes de sept années.

« Cette jeunesse » inattendue peut s'expliquer par la présence de deux patients particulièrement peu âgés, mais accablés dans un cas par, l'association d'un lourd handicap neurologique et d'une affection aiguë métabolique sévère ; et dans l'autre cas, d'une pathologie néoplasique cérébrale d'aggravation progressive dont la gravité suffit à elle seule à limiter les espoirs de thérapeutiques curatives efficaces (glioblastome avec apparition d'une hémiparésie sur envahissement progressif et œdème cérébral).

Ces deux constatations renforcent l'idée que l'âge n'est absolument pas un critère suffisant de fixation de niveau de soin, mais que les comorbidités sous-jacentes et l'épisode aigu constituent des variables indispensables à l'équation éthique de cette pratique de limitation de soin. Ces mêmes constatations ont été décrites pour les décisions d'admission ou non en réanimation [31].

Cependant, l'étonnante découverte d'un âge médian quasi similaire entre les patients de niveau 2 et 3 interroge. Cela prouverait que la population vieillit et qu'une partie d'entre elle conserve une qualité de vie qui s'est largement améliorée ces dernières années. En effet, on peut considérer à travers cette constatation que l'âge n'est pas un facteur rédhibitoire à l'entrée en structure de soins intensifs ou de réanimation [31].

Deux points de vue permettent de donner du sens à ce résultat :

- soit on considère que l'âge médian similaire des patients avec prescription de niveau 2 et 3 de soin est un argument excluant l'âge comme facteur décisif, au point que deux groupes de patients à projet de soins totalement distinct dans leur engagement thérapeutique soient des patients de même âge ;

- soit cela peut être un signe précurseur de confusion dans la définition de ces 2 niveaux de soin, et qu'en d'autres termes les niveaux 2 sont probablement des niveaux 3 mal définis.

Le niveau de dépendance

L'analyse des lieux de vie dans chacun des groupes d'étude a permis de juger du niveau global de dépendance. L'autonomie est considérée comme satisfaisante en cas de vie à domicile, insuffisante sans nécessité de médicalisation en cas de vie en EHPAD ou insuffisante avec nécessité d'un plateau technique médical quotidien si les patients proviennent d'un hôpital local. L'utilisation d'échelles d'évaluations en service d'urgence, comme la grille AGGIR ou ADL de Katz est trop chronophage et exhaustive.

Les résultats obtenus sur la répartition des lieux de vie des patients montrent trois tendances :

- L'existence de proportions significativement plus importantes de patients en EHPAD dans les niveaux de soin prescrits par les urgentistes et de patients originaires d'hôpitaux locaux dans le groupe « décédés sans niveau de soin », alors que plus de 90% des niveaux de soin en service concerne des patients en provenance de leur domicile ;
- La proportion croissante de patients institutionnalisés (hôpital local et EHPAD) à mesure que les soins se limitent ;
- A critère égal « décès dans les 6 mois après le passage au SAU », les limitations de soin sont envisagées lorsque le patient vit en EHPAD, en revanche lorsqu'il est originaire d'un hôpital local elle n'est pas réalisée.

Se discute alors, à travers ces constatations, la place du niveau de dépendance dans la décision de fixation d'un niveau de soin. L'absence de fixation de niveau de soin chez les patients décédés provenant d'hôpital local versus les patients d'EHPAD souligne deux éléments. Premièrement, un défaut de prise en charge des patients en fin de vie et deuxièmement un manque d'harmonisation entre les médecins référents des patients (médecins traitants, spécialistes des pathologies chroniques) et les praticiens hospitaliers intervenant en situations aiguës sans connaissance du patient (médecins urgentistes, médecin en service) à l'origine de contraintes lors de la prescription de niveau de soin. Le manque d'anticipation de la définition du projet de soin pour ces patients impose en cas de situations cliniques aiguës défavorables une prise de décision de la part des urgentistes sur une limitation de soin sans le recul du médecin habituel du patient. Deux inconvénients à cette pratique : les informations manquantes de l'histoire médicale du patient et le recueil plus difficile des volontés du patient -lorsque cela est possible- en lien avec une relation médecin/malade moins propice à la

confiance et à la prise de temps nécessaire pour aborder le délicat sujet de la limitation ou non des soins. Il semble exister une retenue de la part des médecins qui n'interviennent pas dans le suivi au long court du patient. L'exemple des patients décédés hébergés en hôpitaux locaux significativement moins limités que les patients décédés en EHPAD ou à domicile pourrait renforcer cette hypothèse. Rappelons que l'hôpital local occupe aujourd'hui dans le système de santé une place singulière. Son fonctionnement interne, ses résidents, ses professionnels de santé et les missions qu'il remplit ont fait l'objet de nombreuses discussions publiques ainsi que la diffusion de décrets ou circulaires (28 mai 2003). La permanence des soins y est essentiellement assurée par des médecins libéraux. Le vieillissement de la population a mis les hôpitaux locaux au carrefour du sanitaire et du social. La prise en charge de patients âgés dépendants pour qui est proposé un hébergement sur le long terme permet de pallier aux difficultés de maintien à domicile grandissant. De ce fait, il est difficile pour un urgentiste ou le médecin du service receveur de discuter une limitation de soin pour un patient adressé par un confrère pour une prise en charge d'un niveau supérieur à celle qu'il peut dispenser dans son service [32].

La prescription d'un niveau de soin en service concerne dans plus de 90% des cas des patients à niveau d'autonomie élevée leur permettant un maintien à domicile. La population ciblée semble radicalement différente. Les patients limités en service sont similaires aux patients limités au SAU en termes d'âge, de niveau de gravité et de taux de mortalité. En revanche, ils restent significativement plus longtemps aux urgences avant leur admission dans un des services du CHM et les niveaux de soin qui leurs sont prescrits englobent dans 70% des cas des thérapeutiques oscillant entre les actes médicaux des soins continus et les soins courants des services hors réanimation et soins intensifs. Un travail complémentaire doit être réalisé afin de déterminer les caractéristiques de la population ciblée par les fixations de niveau de soin en service, qui semble différer des patients limités par les urgentistes.

Les constatations décrites ci-dessus confortent le caractère influençant du niveau de dépendance dans la réflexion sur la fixation d'un niveau de soin. Une étude a analysée les facteurs influençant la mortalité dans les 3 ans suivant une hospitalisation via les urgences dans une population de 75 ans [33]. Le lieu de vie et le niveau de dépendance y ont été considéré comme différents et analysés séparément à l'inverse de notre étude. L'analyse du niveau de dépendance s'est basée sur la sévérité de la dénutrition, les troubles de la marche, les troubles démentiels, la présence d'un syndrome confusionnel et les antécédents récents d'hospitalisations. Chacun intervient significativement dans la survenue du décès dans les 3 années [33]. *Le Conte et al.*, dans son étude sur la description de la LATA dans les services d'urgence, confirme que la limitation de soin concerne des patients à niveau de dépendance

élevée [23]. Le profil des résultats obtenus dans notre étude tend à suivre les mêmes conclusions.

Les antécédents

Sans conclure à une différence significative, certains antécédents se dessinent selon le groupe de patients analysés.

Pour les patients ayant bénéficiés d'une prescription de niveau de soin par les urgentistes, les pathologies psychiatriques font partis des antécédents les plus fréquemment rencontrés. La fréquence des antécédents psychiatriques peut s'expliquer par les prises en charge nombreuses des tentatives de suicide par les urgentistes à l'origine de transfert en réanimation. D'autre part, le très mauvais état général des patients chroniques de psychiatrie résultant de contextes socio-économiques défavorables (alcoolisme, malnutrition, tabagisme, toxicomanie) et/ou de thérapeutiques psychotropes éprouvantes tant sur le plan métabolique que cardiaque, entraînent chez le patient une précarité clinique. Cette situation les rend vulnérables en cas de mise en jeu du pronostic vital à court ou moyen terme. Pour preuve des conséquences de la maladie psychique, un article de 2009 sur l'« élaboration de recommandation pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère » rappelle que l'espérance de vie pour les patients schizophrènes ou souffrant de troubles bipolaires. Elle est diminuée de 15 à 30 ans par rapport à la population générale [34]. Malgré la fragilité de ces patients, la pratique de la limitation de soin ne semble pas avoir sa place en psychiatrie. La question du souhait du patient dans la décision de réalisation du geste suicidaire soulève une problématique extrêmement complexe. Un patient présentant une énième tentative de suicide, avec énième passage en réanimation est-il un patient obligatoirement irresponsable ou non consentant pour son projet de soin ? ou est-il un sujet à respecter dans son principe d'autonomie pour qui les actes de réanimation peuvent-être une forme d'acharnement thérapeutique s'il ne le souhaite pas. A ce propos, aucune limitation de soin n'a été recueillie dans les services de psychiatrie du CHM. Cette question nécessite un travail de réflexion ciblée sur la maladie psychique et la pratique de fixation de niveau de soin. L'INESSS a relevé les mêmes difficultés dans son rapport d'étude au Québec [4].

Pour les patients limités en service, les antécédents respiratoires prédominent. La BPCO y représente la pathologie la plus fréquente. Parallèlement, le niveau 2 de soin est le projet de soin le plus prescrit. Il définit une proposition thérapeutique essentiellement limitée par la non réalisation de réanimation cardiopulmonaire associant le massage cardiaque externe et la ventilation invasive. Les médecins en service semblent donc limités des patients porteurs d'insuffisance respiratoire chronique suffisamment sévère pour qui la ventilation invasive serait

déraisonnable. Ces patients vivant encore à domicile pourraient expliquer en partie la remarque du chapitre précédent sur la limitation de soin par les médecins de service chez des patients à niveau faible de dépendance.

Pour les patients décédés non limités, les antécédents orthopédiques sont fréquents. Le décret n°80-284 du 17 avril 1980 stipule que les hôpitaux locaux sont des « *unités d'hospitalisation destinées à la pratique médicale courante auxquelles peuvent s'adjoindre des sections de moyen et de long séjour.* » La synthèse des activités des hôpitaux locaux en France au 1^{er} janvier 2000 montre majoritairement des hospitalisations en soins longue durée (25,3%) et à la seconde place une activité de soins de suite et de réadaptation (SSR). Cette vocation pourrait expliquer le nombre important de patients porteurs de prothèse [32].

La place de la pathologie démentielle dans la proposition d'un projet de soin est un sujet complexe où les études sont nombreuses. L'analyse descriptive dans les différents groupes de patients compte plus fréquemment des sujets souffrant de troubles cognitifs lorsque le niveau de soin est fixé par les urgentistes. La pathologie démentielle est-elle identifiée en service d'urgence comme un facteur important dans leur prise de décision pour la fixation d'un niveau de soin ? Quelle place occupe-t-elle dans la réflexion de limitation de soin ? Les patients souffrant de troubles cognitifs présentent par une surmortalité et des modalités de mise en place de soins palliatifs en rapport avec les difficultés de gestion quotidiennes de ces patients, pour leur proche ou les équipes médicales qui en ont la charge [35]. En cas de décision de limitation de soin, les patients déments souffrent trop souvent d'une inadaptation des soins dispensés avec soit des acharnements thérapeutiques soit des abandons thérapeutiques voire des actes médicaux à la limite de l'« euthanasie passive » [35]. Le questionnement éthique de la reconnaissance du patient dément dans son autonomie et dans l'expression de ses souhaits reste difficile à traiter, comme le signale l'INESSS dans son rapport [4]. Au sein du CHM, son influence dans l'évaluation initiale et tout au long de la prise de décision sur la prescription finale d'un niveau de soin nécessite une étude incluant davantage de patients pour réaliser les analyses statistiques utiles. Le questionnaire lui ne permet pas de préciser la place des troubles cognitifs pour les urgentistes interrogés car la question n'a pas été posée en ces termes, mais sous une forme plus générale sur « l'autonomie antérieure » ou « la nature des antécédents et leurs pronostics ».

Les pathologies néoplasiques (évolutive ou non évolutive) sont aussi fréquentes dans les trois groupes d'étude. Oncologie et limitation de soin sont à l'origine de la naissance des soins palliatifs dans le monde. Les patients engagés dans une prise en charge oncologique active devraient bénéficier d'un projet de soin clairement défini. Le niveau de soin devrait être discuté, fixé et surtout réévalué à l'occasion des RCP. Aucune prescription de niveau 4 de soin ne

devrait être l'ouvrage d'un urgentiste ou d'un médecin de service, étrangers à l'histoire médicale chronique du patient. L'étude va dans ce sens. Seulement trois niveaux de soin palliatif ont été prescrits sur les trente-quatre patients possédant un antécédent néoplasique. Les diagnostics finaux retenus sont un cas d'anémie sur méléna dans un contexte de surdosage, un cas de malaise sur tableau de gastro entérite et un cas de glioblastome évolutif avec paralysie progressive. Ce dernier avait rédigé des directives anticipées sur lesquelles l'urgentiste a appuyé sa démarche. La rareté des directives anticipées à disposition des urgentistes renforce l'idée qu'un travail de communication et de sensibilisation à l'échelle sociétale est encore nécessaire dans ce domaine [23]. La faible prescription de niveau 4 pourrait s'expliquer par le développement des HAD, des admissions directes en service ou encore de la rédaction de directives anticipées écrites. Il est probable qu'il reste ainsi admis aux urgences des patients à l'état général peu altéré par leur pathologie oncologique, pour qui la question de l'anticipation du projet de soin ne s'est encore jamais posée.

En revanche, neuf sur seize niveaux 3 de soin prescrits concernent des patients possédant un antécédent néoplasique évolutif ou non, soit 56% de ces limitations de soin. Est-ce un niveau 3 pleinement prescrit par le praticien hospitalier ou est-ce un niveau 3 par défaut, symbole d'une limite à la décision de soins palliatifs par les urgentistes ou les médecins de service pour ces patients aux antécédents de cancer ? Les résultats de cette étude sensibilisent sur la pénibilité que peuvent rencontrer les praticiens face à ces patients. La gravité du pronostic, la chronicité de la prise en charge et la spécificité des projets thérapeutiques entravent la décision de la limitation de soin par des médecins étrangers à cette prise en charge à long cours. La complexité d'intégration du concept d' « obstination déraisonnable » par le corps médical prend tout son sens lorsqu'il s'agit de le discuter dans le cas de ces patients encore inclus dans des protocoles polychimiothérapeutiques. Les oncologues restent au centre des améliorations à apporter au système de santé actuel. Leur implication dans l'anticipation du projet de soin doit pouvoir concerner chaque patient mais l'enjeu d'une « non poursuite de traitement » oncologique est lourde de responsabilité et difficile à appliquer [36].

Les motifs

Le motif pneumologique constitue la cause la plus fréquente d'admission aux urgences des patients limités en service. Cinq des neuf patients porteurs d'une pathologie respiratoire chronique présentent un diagnostic final de pneumopathie. La fixation du niveau de soin s'impose rapidement au cours de la prise en charge d'une décompensation respiratoire où se pose la question de l'intubation et de ses limitations. Les niveaux 2, les plus fréquemment prescrits par les médecins en service, concernent dans trente pour cent des cas des patients

ayant un antécédent respiratoire chronique. Dans ce contexte, il semble que les niveaux 2 de soin sont une manière de signifier la non indication d'IOT. L'exclusion de ce soin est largement reprise dans les limitations de soin manuscrites des urgentistes. Au CHM, la VNI fait partie d'un panel thérapeutique dispensé uniquement en service de soins continus ou en réanimation - bien que son utilisation soit courante pour les patients souffrant de trouble ventilatoires nocturnes - car elle s'intègre dans une décompensation respiratoire aiguë et est probablement connotée à un critère de gravité clinique.

Six patients ont consulté pour un motif neurologique sur le groupe des trente-cinq patients avec niveaux de soin prescrits aux urgences : trois suspicions d'AVC, un tableau convulsif et deux tableaux de trouble de la vigilance.

Dans cinq cas, il s'agit bien d'une étiologie neurologique au tableau clinique (un seul cas de trouble métabolique sévère). Dans 60% des cas, les urgentistes ont prescrit des niveaux 4 de soin de confort. Les autres sont des niveaux 2 de soin. La fréquence du motif neurologique dans la pratique de limitation de soin par les urgentistes semble s'expliquer par la nature réversible ou non de l'épisode aigu.

Vingt-deux pour cent des patients décédés sans NdS avaient consulté aux urgences pour un problème cardiologique. Décompensation cardiaque et troubles du rythme supraventriculaire résument les entités cliniques diagnostiquées. L'explication à l'absence de limitation de soin prescrite nécessite de connaître la cause du décès. L'imputabilité directe entre la survenue du décès et l'état clinique du patient le jour de sa consultation au SAU n'est pas systématique. Le décès peut avoir été causé par une mort brutale, inattendue ou une mort faisant suite à un état général altéré depuis un long moment. La discussion de l'éligibilité de ces patients à la fixation d'un niveau de soin sur le critère « décès à 6 mois » est limité par la méthodologie de l'étude.

Le niveau de gravité

L'étude montre que les patients inclus ont un niveau de gravité plus élevé à l'évaluation de l'IAO que ceux qui n'ont pas été inclus. Le tri réalisé au premier poste de IAO pourrait constituer un point de départ pour cibler les patients pour qui un niveau de soin devrait être discuté par le médecin qui en aura la charge. Il n'est pas question de débiter une démarche de fixation de niveau de soin à l'accueil des urgences, mais de tenter d'apporter le maximum d'élément pour ne pas manquer le repérage des patients éligibles à leur intégration dans un chaîne éthique. La place de chaque professionnel de santé qu'il soit médical ou paramédicale y est reconnue. De toute évidence, la décision finale du niveau de soin ne reviendra pas à l'infirmier qui a accueilli le patient, mais il peut permettre d'alerter sur l'état d'un patient nécessitant

probablement une pondération éthique des soins qui lui seront dispensés. Cette proposition s'appuie sur la significativité du niveau de gravité dans la prescription de niveau de soin retrouvée dans cette étude mais ne se résume pas à ce seul élément. Le niveau de soin proposé reste un acte médical, pour lequel l'urgentiste devra faire le travail de recueil aussi exhaustif que possible de la situation globale du patient.

Décès

Que les patients bénéficient d'un niveau de soin en service ou aux urgences, le nombre de décès et le délai de leur survenue après leur passage au SAU sont similaires. Les urgentistes et les médecins en service semblent limiter des patients avec un pronostic vital aussi sévèrement engagé. La comparaison des délais de survie des groupes de patients avec NdS versus les patients décédés sans NdS pourrait permettre de conclure que le processus de limitation de soin à partir de leur admission au SAU n'est pas déclenché sur l'imminence du décès seule. Le second élément important à relever concerne la vaste étendue de l'intervalle des délais de décès chez les patients morts dans les 6 mois et non limités. Cela signifie qu'il existe dans ce groupe, à la différence des patients limités, des décès survenus beaucoup plus tardivement par rapport à l'admission aux urgences. La probabilité que ces décès soient dus à un événement sans rapport avec l'état clinique observé lors de l'hospitalisation au décours du passage au SAU, est forte. L'absence d'explication sur la survenue de ces décès ne permet pas d'en prouver scientifiquement la pertinence.

L'analyse statistique des proportions de décès en fonction du niveau de soin prescrit n'a pu être réalisée compte tenu des effectifs trop faibles à comparer. Le glissement vers un équivalent d'abandon thérapeutique pour les patients avec une limitation maximale en soins de confort est fréquemment mentionné par les groupes de réflexion éthiques. Deux tendances semblent contredire cet *a priori* : l'absence d'augmentation du nombre de décès à mesure que les soins se limitent et les délais de survenue des décès identiques quel que soit le niveau prescrit. Le nombre élevé de décès pour les niveaux 2 de soin est inattendu. Problèmes d'erreur dans l'évaluation du niveau de soin prescrit initialement ou défaut de réévaluation du projet de soin en fonction de l'évolution clinique ? Peut-on envisager que les patients décédés relevaient d'un niveau 3 ou d'un niveau 4 mal repéré à la prise en charge initiale ou non réévalué ? Les situations de décompensation de BPCO possèdent un processus de réflexion probablement un peu différent. En effet, la prescription d'une VNI véhicule une mise en jeu à court terme du pronostic vital dépendant de la réponse du patient à ce support ventilatoire. Le taux important de décès des niveaux 2 associés à la fréquence des décompensations d'origine

infectieuses dans ce même groupe pourraient expliquer la surmortalité de ces patients avec un niveau d'engagement thérapeutique élevé.

Concernant l'hypothèse première d'une erreur d'évaluation initiale. Il faut tout d'abord rappeler que les prescriptions des niveaux 2 de soin ont été réalisées soit avec l'outil informatique (échelle de niveau) soit selon une « équivalence de niveau » obtenue lorsque les praticiens prescrivent manuellement « *ne pas réanimer* » excluant ainsi le niveau 1 (Annexe 3). Cette modalité de prescription peut traduire la persistance d'une binarité dans la réflexion sur le sujet de limitation de soin et les biais que cela entraîne. Les niveaux 2, 3 et 4 de soin sont comme un seul et unique niveau du « *ne pas réanimer* » sans que la définition précise du projet en dehors de cette ordonnance de non réanimation n'ait été faite. L'observation des médianes des délais de prescription d'un niveau de soin montre que la discussion de fixation du projet de soin a lieu dans la semaine suivant le passage au SAU sauf pour la limitation maximale en soins de confort. Ce délai est assez court. La fixation du niveau de soin s'inscrit encore dans la phase aigüe de l'épisode en cours. La précocité de ces prescriptions renseigne sur deux choses : d'abord, sur le fait que limiter le projet thérapeutique à des soins palliatifs prend du temps et ensuite, sur le fait que les prescriptions semblent intervenir dans une phase aigüe de la pathologie en cours et ne la concerne pas encore dans son évolution sur un moyen terme.

Supposant la deuxième hypothèse avec un défaut de réévaluation alors que l'évolution est défavorable :

- soit il aurait fallu envisager d'augmenter l'engagement thérapeutique, en sachant que l'idée de repasser un niveau 2 initialement limité en niveau 1 paraît difficile à conceptualiser compte tenu des éléments initiaux qui ont mené à cette limitation ;
- soit la proposition d'un niveau de soin curatif plus élevé pouvait s'assimiler à une obstination déraisonnable, alors il aurait fallu redéfinir un niveau de soin inférieur de niveau 3 ou 4.

L'analyse des dossiers des douze patients décédés avec une prescription de soins de niveau 2 révèle que pour six de ces dossiers, il a été tracé dans le dossier une évolution rapidement défavorable avec dispense de soins de confort et que pour un des patients il a été question d'un passage en réanimation avec dans un second temps une décision de LATA. Dans chacun de ces dossiers, la traçabilité de l'évolution clinique a été réalisée de manière manuscrite et détaillée par le praticien du service, soit dans le courrier de décès, soit dans un mot d'observation. Mais pour aucun de ces patients, il n'a été réévalué dans le logiciel de prescription le niveau de soin fixé initialement. La moitié des patients de niveau 2 sont décédés suite à une dégradation plus ou moins rapide de leur état clinique. La réévaluation du projet de soin aurait dû être réalisée et adaptée aux nouvelles données cliniques avec la prescription d'un niveau 4. Un seul des cas aurait dû bénéficier d'une révision du NdS dans le sens de

l'augmentation avec la modification du niveau 2 vers un niveau 1. La réévaluation du niveau de soin n'aurait peut-être pas eu d'importance sur l'issue létale en soi mais possiblement sur les modalités de sa prise en charge. C'est la prise en charge de tout patient et le ciblage de ceux en fin de vie qui doivent être améliorés.

L'absence de différence significative du nombre de décès et de leur délai de survenue exclue le risque du désengagement dans le soin voire un « laisser mourir » de la part des praticiens à mesure que la limitation des soins s'intensifie. Cette constatation permet de dépasser les réticences inhérentes au principe de limitation de soin où les craintes de déviance de la pratique médicale active, dynamique et efficace laisserait place à une médecine passive, attentiste et inefficace. L'équipe médicale mâconnaise ne semble pas être tombée dans ce biais.

2.2. Principaux résultats de l'enquête de pratique auprès des urgentistes sur la fixation de niveau de soin

La jeune équipe du CH de Mâcon a bénéficié d'une formation dans une période contemporaine aux niveaux de soin. Ce qui pourrait constituer un élément positif compte tenu d'une formation en adéquation avec les recommandations les plus récentes, pourrait finalement constituer un point négatif. Les recommandations de la SFMU de 2003 [13] décrit le potentiel risque d'une certaine jeunesse des praticiens qui tenterait d'évincer la réflexion éthique aux dépens de l'exécution et du perfectionnement technique. Le concept de niveau de soin paraît cependant bien intégré par l'équipe d'urgentiste. C'est un élément positif et encourageant pour le CHM dans la voie de la tentative d'homogénéisation de cette pratique. Alors que la concertation avec le patient est une évidence, la solitude de l'urgentiste face à cette pratique est encore trop importante et l'aspect collégial indispensable à l'éthique de cette pratique est trop peu systématique. La solitude du médecin a été relevé dans notre étude tout comme dans celle de *Le Conte et al.* [23]. L'obligation d'un recours à un confrère dans la conduite de la réflexion et la prise de décision doit faire partie des principes non négociables qui doivent être davantage appliqués par les urgentistes et faire l'objet d'une inscription claire dans le dossier patient. La nouvelle version de l'outil d'aide décisionnel doit comporter ces items à compléter. La transmission de la prescription d'un niveau de soin par les urgentistes est quasiment systématique pour les proches du patient. Au sein de l'hôpital, le partage de la décision de fixation de niveau de soin à l'équipe paramédicale et au service receveur n'est pas un principe totalement intégré par les médecins du SAU. Enfin, le médecin traitant est un interlocuteur délaissé par les urgentistes. Manque de temps ou choix délibéré ? La sollicitation de son avis concerne entre 4 et 11% des patients admis en service d'urgence selon les études [37]. La

question reste ouverte, mais l'aspect chronophage reste plausible. A noter tout de même qu'un facteur limitant s'impose à l'urgentiste, il s'agit des heures ouvrables pour le joindre par téléphone. En effet, l'absence de continuité des soins 24h/24h et 7j/7j ainsi que les horaires d'ouverture des secrétariats réduisent considérablement les possibilités d'échange avec le médecin généraliste référent du patient.

L'analyse des réponses à la question des modalités de prescription, paraît en décalage avec l'analyse observationnelle des dossiers patients inclus dans l'étude où aucune utilisation de l'échelle n'a été répertoriée. Est-ce un biais d'information ? L'intitulé « outil logiciel informatique » peut porter à confusion avec une possible erreur d'interprétation car en effet, certaines prescriptions dans le logiciel informatique (« pas de réa » « ne pas réanimer » « si aggravation ne pas muter en réanimation ») ont été notifiées en revanche l'échelle proposée n'a jamais figurée sous cette forme. On pourrait conclure que la non exploitation de l'outil proposé dans sa forme actuelle est peut-être due à une non adaptation de l'outil à la pratique des urgentistes ou que l'étude a été réalisée trop précocement par rapport à la mise à disposition des nouvelles recommandations. Cette dernière hypothèse n'est cependant pas suffisante pour expliquer la différence d'utilisation de ce même outil par les médecins en service. Il pourrait s'agir d'une différence de profil sociologique entre les deux groupes de praticiens, urgentistes versus médecin en service de médecine. Il convient toutefois de prendre note des éléments redondants de l'analyse des prescriptions faite par les médecins urgentistes et de les utiliser pour tenter de constituer un nouvel outil plus détaillé.

Il est relevé qu'un des urgentistes interrogés ne pratique que rarement la prescription d'un niveau de soin. L'explication d'un tel écart de perception entre les membres d'une même équipe peut résulter simplement d'une singularité médicale de ce praticien qui visiblement n'est pas du tout dans la même dynamique professionnelle que ses collègues. Cette surprenante constatation renseigne néanmoins sur l'existence de médecin en retard sur l'évolution de la médecine et des nouveaux devoirs médicaux. Les progrès et les changements d'attitude thérapeutique soumettent les médecins au renouvellement de leur pratique. Ce cas n'est aucunement à blâmer mais prouve qu'il n'y a encore pas de consensus au sein du CHM sur ces démarches de discussion de projet de soin. L'inhomogénéité dans l'équipe confirme la nécessité de proposer des sessions d'informations, de sensibilisation et d'explication des nouvelles pratiques dans ce domaine. Un seul praticien un peu en marge certes, mais une inégalité majeure dans la prise en charge proposée au sein du service des urgences de Mâcon. Une absence d'équité dans le soin n'est éthiquement pas acceptable. Toutefois, on note majoritairement que l'exercice de la fixation d'un niveau de soin n'est pas étranger au quotidien de ce service d'urgence. Il est donc indispensable d'accompagner l'évolution de la

pratique des médecin urgentistes, à l'image de ce qui a pu être fait avec l'élaboration de recommandation sur la LATA en réanimation et d'outil pratique d'aide décisionnelle [7].

Aucun des critères influençant la décision du niveau de soin, énumérés en théorie par les urgentistes, n'a été significativement mis en évidence dans l'évaluation de la pratique, en dehors de l'âge. Une étude intitulée « l'âge influence-t-il l'accès aux soins ? » [31] a permis de révéler que pour les réanimateurs interrogés, « un patient est dit âgé à partir de 80 ans ». Une imprécision persiste sur la définition du critère « âge » pour les médecins du CHM.

La réflexion sur les améliorations à apporter aux médecins urgentistes pour les soutenir dans leur pratique apporte essentiellement des solutions potentielles dans deux domaines : la société et la formation. Plusieurs études sur la LATA aux urgences a noté les mêmes éléments de difficultés [38] [39]. Il serait difficile d'espérer proposer dans ce travail des aménagements concrets dans le domaine sociétal puisque l'évolution des mœurs et des principes qui la composent sont insaisissables et nécessitent le temps de la construction de changements structurels majeurs. Ainsi, l'accent doit être mis sur les dispenses de formation sur l'éthique médicale, la fin de vie et le cadre juridique dans lequel tout ceci s'inscrit. Une sensibilisation auprès des médecins généralistes et spécialistes libéraux doit être réalisée pour développer l'anticipation du projet de soin en amont des admissions hospitalières en urgence. Tout médecin, en charge d'un patient présentant une défaillance d'organe chronique ou une pathologie mettant en jeu le pronostic vital à moyen ou long terme, doit essayer de définir aussi précocement que possible le projet de soin le plus adapté pour le patient. Au Canada, des efforts sont menés depuis une dizaine d'année pour faire intégrer cette nouvelle perspective de la médecine en valorisant cette pratique [4].

Les médecins coordinateurs des différentes structures institutionnalisées doivent également développer cette filière nouvelle du soin qu'il convient d'adapter en fonction de l'évolution du patient au sein de ces établissements. Toujours à l'image de ce qui se pratique au Canada, la diffusion de fiche anticipative sur la prise en charge à envisager pour les patients institutionnalisés en cas d'épisode pathologique aigu doit devenir systématique à l'arrivée du patient au sein de l'établissement et le projet de soin doit être réévalué au cours de son séjour. Des exemples de formulaire existent déjà (Annexe 6) [21].

La reconnaissance unanime de l'éthique de cette pratique est justifiée par les urgentistes par le fait que la place du médecin en service d'urgence est potentiellement garante d'une objectivité indispensable à la réflexion de la fixation d'un niveau de soin. A noter que l'échelle de niveau de soin proposée a été l'objet de plusieurs rencontres avec le groupe d'éthique médicale mâconnaise pour discuter de que la légitimité de la pose de niveaux de soin par les urgentistes. Ils revendiquent fréquemment dans le questionnaire la notion de « distance » que

posséderait l'urgentiste par rapport aux collègues libéraux ou médecins généralistes qui peuvent avoir des difficultés à trancher compte tenu de l'ancienneté de la relation médecin/malade. L'implication du médecin traitant reste trop faible comme en témoigne une étude [40] menée en service de réanimation où seulement dix-huit pour cent des médecins interrogés avaient participé à la LATA de leur patient et ce malgré leur volonté. Huit fois sur dix il n'est pas sollicité par l'équipe hospitalière. Un manque de connaissance dans le domaine a été avoué par les médecins généralistes [40].

Au niveau juridique, la connaissance de l'existence d'un cadre légal protecteur, même si elle n'est que partielle, a l'air d'apporter un support légitime à leur pratique dans ce domaine.

2.3. Analyse linguistique

Dans le niveau 1 le médecin s'emploie à utiliser l'ensemble, l'entière et la totalité des moyens en sa possession pour prodiguer des soins au patient. L'adjectif indéfini « *tout* » s'emploie en français pour signifier l'étendue ou l'intensité de l'énergie engagée. Il y a donc dans ce premier recueil de données linguistiques, une sorte d'engagement total du corps médical s'agissant du niveau 1.

Pour le niveau 2, il apparaît des discordances dans les représentations. Il ne paraît pas consensuel. Tous les protagonistes ne s'accordent pas sur ce qui doit être dispensé dans ce niveau, démontrant l'absence de cohérence au sein du SAU.

On note une absence d'action dans l'explicitation du niveau 3. Les réponses demeurent ici non consensuelles, les représentations de ce niveau de soin ne sont donc pas très claires puisqu'il existe des incohérences entre les réponses des praticiens.

L'analyse linguistique fait apparaître un désengagement du sujet de l'énoncé ce qui peut être symptomatique d'un malaise dans la prescription du niveau 3.

Pour le niveau 4, il y a un retour des verbes d'action à l'image de la dynamique du niveau 1, avec une cohérence intra groupale quant à la représentation de ce niveau. Le mot « soin » reprend sa place dans les énoncés ce qui peut laisser entendre que le praticien intègre sa fonction de soignant dans ce niveau, contrairement aux niveaux 2 et 3 où il s'agit plus de restreindre que de prodiguer.

L'approche linguistique du sujet de la fixation de niveau de soin met en évidence une représentation non consensuelle de l'échelle de niveau proposée avec deux tendances qui sont de s'entendre de manière cohérente sur les soins à dispenser en cas d'engagement thérapeutique de niveau 1 ou 4, en revanche, l'existence des niveaux 2 et 3 soulève un

véritable problème de définition puisque les praticiens divergent sur les soins qu'ils comprennent.

La réponse linguistique à l'évaluation de cet outil est de dire que seuls deux des 4 niveaux proposés sont intégrés clairement par l'équipe contrairement aux niveaux 2 et 3 qui restent beaucoup plus aléatoires et flous pour le médecin prescripteur.

3. Perspectives d'améliorations

Etudes supplémentaires

L'enquête de pratique réalisée auprès des médecins de service peut apporter des éléments de compréhension. Il est indispensable d'envisager une étude plus approfondie des fixations des quatre niveaux de soin détaillés en fonction de l'origine de la prescription (urgentiste versus médecin de service) pour authentifier les différences dans le repérage des patients à limiter. D'autre part, notre étude constitue le premier volet d'une « évaluation de pratique professionnelle » à la suite de quoi, une formation optimale sur cette pratique devrait être dispensée à l'ensemble des professionnels du CHM pour réaliser à distance une nouvelle étude pour juger des modifications des pratiques.

Repérage au tri IAO

Les critères de dépistage peuvent comprendre les éléments cliniques de priorité I et II ou un âge supérieur à 75 ans ou un niveau de dépendance élevé évalué selon la nature du lieu de vie habituel, comme cela a été décrit dans le chapitre précédent.

Principes de correction de l'outil actuel

Fixer un niveau de soin, c'est le discuter, le poser, le prescrire et le réévaluer. Les critères influençant le processus de réflexion sont discutés dans les chapitres précédents. Les modalités de transmission de l'information constituent le prochain chapitre.

Des différences évidentes dans les prescriptions sont relevées. Il apparaît nettement une sous-utilisation de l'outil disponible. L'échelle de niveau de soin informatique n'est jamais utilisée par les urgentistes contrairement au médecin du service qui s'en servent les $\frac{3}{4}$ du temps. La forme pourrait ne pas être adaptée. Les prescriptions manuscrites des urgentistes correspondent en revanche aux définitions respectives des 4 niveaux, ce qui traduit une bonne intégration de cette échelle de niveau dans ses principes fondateurs. Une seconde version de ces recommandations est nécessaire. Des supports d'aide décisionnelle existent pour la limitation ou l'arrêt des thérapeutiques actives en réanimation [7] [39]. Leur trame est

beaucoup plus détaillée et il serait pertinent de s'en inspirer pour développer notre outil au sein du CHM.

La proposition d'un outil différent pour les urgentistes et les médecins des services receveurs peut s'avérer pertinente compte tenu des approches cliniques et des pratiques différentes qui règnent aux urgences et dans les services de médecine. L'élaboration d'une aide à la décision d'un projet de soin pour les patients hospitalisés basée sur un système de réflexion en deux temps est une option envisageable. Chaque protagoniste y occupe une place déterminée. Le vecteur « temps », qui est déterminant dans ce processus de réflexion où cohabitent clinique, déontologie et éthique, pourrait expliquer les divergences de pratiques entre le service des urgences et les services de médecine. Il convient donc d'en tenir compte.

La procédure de décision d'un niveau de soin se décline en deux temps, prescription initiale et réévaluation/consolidation.

Le 1^{er} temps de la pratique de fixation de niveau de soin s'appuierait sur les compétences démontrées par les urgentistes à aborder avec pertinence le pronostic de l'épisode clinique aigu à l'origine de l'hospitalisation du patient. Ainsi chaque patient accueilli au SAU puis hospitalisé, fera l'objet d'une première réflexion sur le projet de soin dans lequel il sera inscrit. Sera à disposition de l'urgentiste un item niveau de soin qu'il devra obligatoirement renseigner pour pouvoir finaliser le dossier. Le niveau 1 constituera le niveau de soin par défaut prescrit automatiquement pour chaque patient. Ce serait à l'urgentiste de renseigner, après traitement des différents éléments cliniques et personnels du patient, les limitations concrètes qu'ils fixent. Ceci constituerait le premier volet de la réflexion basé sur des éléments aigus.

Le deuxième temps de cette pratique devra être celui du temps nécessaire à la consolidation de cette réflexion en tenant compte du maximum d'éléments sur le sujet dans toutes ses dimensions humaines. Cette vision globale du patient est chronophage. Se basant sur l'état des lieux réalisé par l'urgentiste, le médecin du service receveur aura le devoir de mener en parallèle la poursuite de la prise en charge initiale et la concrétisation d'un projet de soin cohérent avec le désir du patient, le respect de l'information des proches, le pronostic de l'évènement aigu et l'évaluation des conditions de vie antérieures à la récente décompensation.

Les répercussions de la mise en place d'une procédure de limitation et d'arrêt de thérapeutiques actives aux urgences ont été étudiées. Il semblerait que l'existence d'un outil d'aide décisionnel renforce les piliers d'une réflexion éthique de qualité avec notamment une facilitation de l'implication du personnel soignant et une amélioration des échanges avec l'entourage du patient [23].

Nouvelle version de l'outil (annexe 7)

La nouvelle version des recommandations sur les patients en fin de vie doit contenir les révisions suivantes organisées selon deux fiches :

- Une identification du médecin à l'origine de la prescription du niveau de soin et les personnes médicales ou paramédicales ayant apporté des éléments de réflexion dans le prise de décision ;
- L'aptitude ou non du patient à être consulté pour participer à la définition du projet de soin ;
- La délivrance ou non des informations aux proches ;
- L'état de dépendance du patient ;
- Le niveau de gravité au tri IAO ;
- La prescription d'un niveau 1 de soin par défaut pour tout patient hospitalisé ;
- En cas de limitation de soin,
 - Les éléments de compréhension du choix réalisé
 - Le niveau de soin après consensus
 - Les modalités d'application de la limitation de soin
- La réévaluation du projet de soin à 48h.

CONCLUSION

Au carrefour des progrès techniques et d'une population vieillissante et/ou polyopathologique émergent des situations cliniques complexes où le soin curatif n'est plus une réponse adaptée au singulier projet de vie du patient. L'éthique médicale couplée à un cadre légal bien défini autorise le praticien à limiter ses actes médicaux si la balance bénéfice/risque des thérapeutiques indique une « obstination déraisonnable ».

Des recommandations proposant une échelle de 4 niveaux de soin ont été mises à disposition des médecins du CHM afin d'encadrer et de développer la pratique de la fixation de niveau de soin pour chaque patient hospitalisé.

L'analyse épidémiologique des patients ayant bénéficiés ou qui auraient pu bénéficier d'un niveau de soin ainsi qu'une enquête de pratique auprès des urgentistes nous ont permis de faire un état des lieux sur le sujet.

L'étude nous montre que l'âge des patients ainsi que leur niveau de dépendance sont des critères influençant la fixation de niveau de soin. Ce résultat obtenu « sur le terrain » diffère des réponses théoriques des urgentistes interrogés qui ont clairement reconnu les facteurs « âge » et « autonomie antérieure » comme peu importants dans la décision finale de la proposition ou non d'un niveau de soin.

Alors que les urgentistes interrogés estiment que la nature des antécédents et leur pronostic est le facteur qui influence le plus leur prescription, l'étude montre à l'inverse qu'aucun antécédent significatif n'apparaît dans les 3 groupes étudiés. Les patients limités semblent toutefois présenter plus fréquemment d'antécédents néoplasiques. Les troubles cognitifs en cas de prescription de niveau de soin sont moins fréquents que ce que l'on aurait pu attendre de l'influence de la démence sur la décision de limitation de soin. Les effectifs des patients des quatre niveaux de soin séparés sont trop faibles pour dégager une significativité pertinente de l'analyse des antécédents. Il conviendrait de prévoir dans le prolongement de ce travail une étude incluant davantage de patients et d'étudier les antécédents en fonction du niveau de soin prescrit.

L'étude montre également que les patients inclus (limités au SAU ou en service et les patients décédés non limités) sont plus graves à leur arrivée aux urgences que les autres patients.

Concernant l'intégration de ces nouvelles recommandations par les équipes soignantes du CHM, l'étude montre une sous-utilisation évidente de l'outil informatisé de l'échelle des niveaux. Un peu plus de 3% des patients hospitalisés en ont bénéficié. D'autre part, les prescriptions des 4 niveaux de soin suivent une répartition totalement différente que le niveau de soin ait été posé par les urgentistes ou par les médecins des services receveurs. Les

raisons de cette hétérogénéité doivent faire l'objet d'une autre étude pour comprendre les divergences de l'utilisation de l'outil disponible. Des différences d'intégration des recommandations au sein même des urgentistes sont relevées dans le questionnaire. La première version de ces recommandations doit être révisée afin de proposer un nouvel outil plus adapté.

Largement exprimé par les urgentistes interrogés, la problématique du manque d'anticipation sur la détermination de projet de soin est illustrée par la proportion significative de patients institutionnalisés dans notre étude. La place de la médecine ambulatoire dans la fixation précoce de niveau de soin est indispensable et mérite d'être encouragée par l'ensemble du système de soin.

L'objectif fondamental soulevé par cette étude est de mieux cibler les patients pour qui une réflexion sur la fixation d'un niveau de soin serait bénéfique pour limiter au maximum la dispenses de soins inappropriés. Les sujets d'études ultérieurs à envisager dans ce sens ne manquent pas.

Il nous faut continuer à pratiquer cette médecine performante et hautement technique, sans jamais oublier qu'il s'agit toujours d'un Homme, d'une vie et que l'éthique, garante de ce respect, doit accompagner le praticien dans chacune de ses décisions.

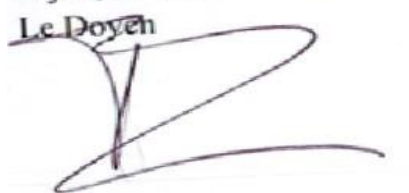
Le Président du jury,

Vu et permis d'imprimer



Pr. I. FRANÇOIS-PORSZELL

Dijon, le 21 Août 2017
Le Doyen



Pr. F. HUËT

BIBLIOGRAPHIE


- [1] ONVF. (page consultée en décembre 2016) Rapport 2011. « Fin de vie un premier état des lieux », [en ligne]. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapportspublics/124000093/index.shtml>
- [2] Institut Maurice rapin. (page consultée en décembre 2016) Fin de vie aux urgences, [en ligne]. www.institutmauricerapin.org/docs/leconte2004.ppt
- [3] Haegy J.-M. Éthique et fin de vie aux urgences. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-210-A-30, 2007.
- [4] Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Les niveaux d'intervention médicale – niveaux de soins. Portrait de la situation et revue de la littérature. Rapport rédigé par Lucy Boothroyd, André Jean, Renée Latulippe, Michel Rossignol et Annie Tessier. Québec, Qc : INESSS;2015. 69 p.
- [5] Ethique et pratiques médicales et sociétales. Fin de vie : une notion pour une pluralité de situations. adsp ; 2011 dec ; 77 : 39-41.
- [6] Michel Castra. (page consultée en juin 2016) « L'émergence des soins palliatifs dans la médecine, une forme particulière de militantisme de fin de vie », Quaderni [En ligne]. 68 | Hiver 2008-2009, mis en ligne le 05 janvier 2012. <http://quaderni.revues.org/260>
- [7] Recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française. Les limitations et arrêts de thérapeutiques(s) active(s) rn réanimation adulte. Réanimation 2002 ; 11 : 242-9.
- [8] Circulaire relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale. (page consultée en septembre 2016) Circulaire Laroque, [en ligne]. <http://www.cnrd.fr/Circulaire-DGS-3D-du-26-aout-1986.html>
- [9] Le Rapport Sicard. (page consulté en juin 2016). [en ligne]. <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport-de-la-commission-de-reflexion-sur-la-fin-de-vie-en-France.pdf>
- [10] Soins palliatifs, centre national de ressource. (page consultée en octobre 2016). Mes droits depuis la loi du 22 avril 2005 et la loi du 2 février 2016, [en ligne]. <http://www.spfv.fr/actualites/mes-droits-depuis-loi-22-avril-2005-et>
- [11] LOI n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. J off Rep Fr (2005) : 7089-90.
- [12] Le Conseil National des médecins. (page consultée en janvier 2017). Le Code déontologie, [en ligne]. <https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
- [13] Société Francophone de Médecine d'Urgence. Ethique et urgence, réflexions et recommandations de la Société Francophone de médecine d'urgence. JEUR 2003 ; 16 : 106-120.
- [14] Suzanne Rameix. Fondement philosophique de l'éthique médicale. Paris : Ellipse ; 1996.
- [15] Le rapport Belmont. Principes d'éthique et lignes directrices pour la recherche faisant appel à des sujets humains. Médecine et Expérimentation. Les cahiers de Bioéthique (Québec) 1982 ; 4 : 233-50.

- [16] Le Conseil National des médecins. (page consultée en février 2017). Le Serment d'Hippocrate, [en ligne]. <https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/serment.pdf>
- [17] Historique des soins palliatifs en France. (page consultée en mai 2016). [en ligne]. <http://www.asp-tarn.fr/doc/historique.pdf>
- [18] La Haute Autorité de Santé. (page consultée en mai 2016). L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches, [en ligne]. http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/accompagnement_court.pdf
- [19] Legifrance.gouv.fr. (page consultée en octobre 2016). Les Directives anticipées, [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006685791&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
- [20] ARRETE du 3 août 2016 relatif au modèle de directives anticipées prévu à l'article L. 1111-11 du code de la santé publique. J off Rep Fr (2016) : texte 49-167.
- [21] Formulaire pictographiques. (page consultée en mai 2016). [en ligne]. <https://jeannemance.ciusscentresudmtl.gouv.qc.ca/fileadmin/csssjeannemance/Menu/VotreCSSS/Documentation/PublicationsMedicales/FormulaireMultimodal/2FormulairePictographique.pdf>
- [22] SAMU Urgences de France. (page consultée en décembre 2016). Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir, [en ligne]. <http://www.samuurgencesde-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>
- [23] Le Conte P, Batard E, Pinaud V, et al. Décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives dans les services d'urgence. Réanimation 2008 ; 17 : 802-6.
- [24] Tardy B, Viallon A. Fin de vie aux urgences. Réanimation 2005 ; 14 : 680-5.
- [25] Roupie E. La mort aux urgences : enquête prospective préliminaire. Actualités en réanimation et urgence. Elsevier 1999 : 281-9.
- [26] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. Working Paper No. ESA/P/WP/248.
- [27] Françoise Martial, Irène Naudy-Fesquet, Patricia Roosz, Joëlle Tronyo. TEF, tableau de l'économie française. INSEE référence. Edition 2016 : 34-5.
- [28] Couëdic L, et al. La BPCO : parent pauvre des soins palliatifs ? Revue des Maladies Respiratoires (2012).
- [29] Christine de Peretti (c.deperetti@invs.sante.fr)¹, Francis Chin¹, Philippe Tuppin², Nicolas Danchin³ Personnes hospitalisées pour infarctus du myocarde en France : tendances 2002-2008. BEH 6 novembre 2012 ; 41 : 459-70.
- [30] Valérie Carrasco. « Urgences et demandes de soins en urgence, quelle prise en charge ? ». adsp. 2005 ; 59 : 18-22.
- [31] Marie Borel, Benoit Veber, F. Robillard, Jean-Pierre Rigaud, Bertrand Dureuil, et al.. Admission of elderly in intensive care: does age affect access to care? Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, Elsevier Masson, 2008, 27 (6), pp.472-80.
- [32] ENSP – Module interprofessionnel de santé publique. Le rôle des hôpitaux locaux au sein de l'offre de soins : les nouvelles possibilités de la circulaire du 28 mai 2003 correspondent-elles aux besoins ? – 2004

- [33] M. Dramé, P.A.J. Dia, D. Jolly, P.-O. Lang, R. Mahmoudi, G. Schwebel, M. Kack, A. Debart, B. Courtaigne, I. Lanièce, F. Blanchard, J.-L. Novella. Facteurs prédictifs de mortalité à long terme chez des patients âgés de 75 ans ou plus hospitalisés en urgence : la cohorte SAFES [résumé]. *Journal Européen des Urgences*. 2010; 23(1): 7-14.
- [34] D. Saravane. Elaboration de recommandations pour le suivi somatiques des patients atteints de pathologie mentale. [Résumé] *L'Encéphale*. 2009 Sep ; 35 (4) : 330-9.
- [35] F. Lopez-Tourres, S. Lefebvre-Chapiro, D. Fétéanu, C. Trivalle. Mise au point : Soins palliatifs et maladie d'Alzheimer. *La revue de médecine interne*. 2009 ; 30 : 501-7.
- [36] Carole Bouleuc, « Arrêt de la chimiothérapie anticancéreuse », *Laennec*. 2007 Feb ; 55 : 21-30.
- [37] Magali Tournet, Jean-Christophe Mino « Les décisions de limitation de thérapeutiques actives aux urgences, une étude qualitative exploratoire », *Santé Publique*. 2008 Jun ; 20 : 517-526.
- [38] N. Breuil, C. Billault, S. Heuser, M.O. Hager, J. Schmidt. Regard d'urgentiste sur les soins palliatifs. [Résumé] *JEUR*. 2004 ; 17, IS40-IS43.
- [39] J. Béreau, A. Reix, I. Faure, C. Gabinski. Mise en place et première évaluation d'un protocole d'aide à la décision éthique dans un service d'urgence. *JEUR*. 2013 ; 25 : 4-10.
- [40] Matthieu Le Meur, Laurent Lainé, Nicolas Roucaud, Nelly Muller, Rémi Paulet, Martial Thyrault, Jean-Michel Coudray, Laurent Montesino. Implication insuffisante des médecins généralistes lors des décisions de limitation et/ou d'arrêt des traitements au sein d'un service de réanimation. Inadequate involvement of general practitioners in end-of-life's decisions in an intensive care unit [Résumé]. *La Presse médicale*. 2014 Nov ; 43(11) : 377-83.

ANNEXES

- **Annexe 1 : Les recommandations de prise en charge des patients en fin de vie : l'échelle de niveaux de soin.**

 CENTRE HOSPITALIER DE MÂCON	PROTOCOLE	Page 1 / 8
	RECOMMANDATIONS POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN FIN DE VIE	Version : 001
	N° Réf : ADMIN-PROT-298	Date d'application : 05/01/2016

	QUI	Date
Rédaction	Marie CLAVIER (Pilote de la thématique Prise en charge et droits des patients en fin de vie)	05/01/2016
Vérification	Bertrand GELLY (Ingénieur Qualité)	05/01/2016
Approbation	Marie CLAVIER (Pilote de la thématique Prise en charge et droits des patients en fin de vie)	05/01/2016

Rédacteur : Groupe de travail multidisciplinaire dans le cadre de la certification comprenant :

- Dominique Arpin : médecin en pneumologie
- Charlotte Barrault : aide soignante à l'unité R1
- Marie Clavier : pilote de thématique, médecin en réanimation polyvalente
- Jérémy Geoffroy : IDE au SAU
- Stéphanie Jay : cadre à l'unité 21
- Fanny Kayal : médecin en gastroentérologie
- Cyrielle Kessel : IDE au SAU
- Pascale Seynave : médecin responsable de l'unité mobile de soins palliatifs
- Olivia Vasseur : cadre en neurologie

Bases de travail : améliorer les pratiques actuelles en s'appuyant sur :

- La loi Léonetti
- les dysfonctionnements constatés au CH de Mâcon

Sources :

FSEI
CRUQ
GREMM
COPS


Brainstorming du groupe de travail suscité sur les recommandations certification V2010 critère 13a

Domaine application : recommandations à destination des médecins, infirmières, aides soignantes des unités de soins de court séjour du CH de Mâcon.

Supports : dossier médical, prescriptions médicales, dossier infirmier

INTRODUCTION : Le groupe de travail sur la prise en charge des patients en fin de vie a retenu 4 axes d'amélioration prioritaires et a émis des recommandations pour améliorer nos pratiques sur ces 4 axes qui sont :

- Anticiper le risque de fin de vie, tracer l'information des patients et des familles quant à ce risque.
- Fixer un niveau de soins pour tous les patients hospitalisés avec une attention particulière pour les patients en fin de vie ou à risque d'évoluer vers la fin de vie. Améliorer la visibilité de ce niveau de soins. Mieux préciser le niveau de soins décidés.
- Faciliter les échanges entre médecins et personnel soignants concernant les patients en fin de vie ou à risque d'évoluer vers la fin de vie.
- Améliorer la formation des soignants concernant la prise en charge des patients en fin de vie.

 CENTRE HOSPITALIER DE MÂCON	PROTOCOLE	Page 2 / 8
	RECOMMANDATIONS POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN FIN DE VIE	Version : 001
	N° Réf : ADMIN-PROT-298	Date d'application : 05/01/2016

**PREMIER AXE : ANTICIPATION DU RISQUE DE FIN DE VIE
TRACER L'INFORMATION DU PATIENT ET/OU DES FAMILLES
QUANT A CE RISQUE**

RECOMMANDATIONS POUR LES MEDECINS :

Observation d'entrée des patients, Il est préconisé de noter :

Dans les antécédents :

- 1) Les pathologies engageant le pronostic vital en précisant au mieux le degré de sévérité
- 2) Les pathologies invalidantes, la perte d'autonomie et son degré et les aides en place.
- 3) La présence ou non de troubles cognitifs et leur importance.

NB 1: quand ces données ne peuvent être précisées à l'entrée, elles devront être recherchées secondairement auprès de l'entourage (famille, soignants habituels...) ou des spécialistes de la pathologie. On notera alors dans le mot d'entrée par exemples : « gravité du trouble cognitif à préciser », « pronostic du cancer à rechercher »... et on notera ces précisions dès que possible.

NB 2 : En cas de séjours multiples, ne plus mettre ATCD déjà connus mais ATCD repris dans telle observation de telle date pour que les ATCD soient aisément retrouvables

Dans la conclusion, on reprendra les données importantes concernant :

- 1) La présence de pathologie(s) engageant le pronostic vital et/ou les pertes d'autonomie et troubles cognitifs sévères
- 2) Le fait que la famille et/ou le patient en soient ou non informés.

Si le patient est apte à le faire, on s'assurera qu'il lui a été proposé de désigner une personne de confiance.

Dans les observations médicales tout au long du séjour, il est préconisé de tracer :

La transmission de l'information : noter quelle information a été donnée (ou pas donnée) au patient et/ou à l'entourage concernant la gravité des pathologies et l'éventuel engagement du pronostic vital à court, moyen ou long terme. Préciser QUI dans l'entourage a été informé.

Le ressenti du patient par rapport à sa pathologie et sa qualité de vie actuelle.


Transmission aux paramédicaux : les paramédicaux seront informés de ces données qu'ils traceront dans le dossier infirmier pour permettre leur transmission (ils pourront par exemple noter : « pathologie cardiaque grave », « engagement du pronostic vital », « patient et famille informés » : cf dossier médical).

Anticipation : à partir de ces données, si apparait un risque de fin de vie proche et/ou d'acharnement thérapeutique en cas de défaillance aigue, le niveau de soin à apporter doit être discuté : cf recommandations sur niveau de soins.

RECOMMANDATIONS POUR LES PARAMEDICAUX:

Recherche de critères de fragilité : A l'accueil du patient ou au cours de sa prise en charge le professionnel de santé paramédical reçoit et/ou recherche si besoin des informations médicales, paramédicales, sociales venant des autres professionnels de santé, de l'entourage et des échanges avec le patient. A partir de ces informations, si le professionnel de santé a une perception subjective d'un état de santé altéré ou fragilisé, il est préconisé qu'il recherche des critères objectifs de cette fragilité tels que :

- Age > ou égal à 85 ans.
- Troubles cognitifs.
- Dénutrition/perte de poids.
- Pathologie grave évolutive (cœur, foie, poumons, reins, cerveau, cancer...).

 CENTRE HOSPITALIER DE MÂCON	PROTOCOLE	Page 3 / 8
	RECOMMANDATIONS POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN FIN DE VIE	Version : 001
	N° Réf : ADMIN-PROT-298	Date d'application : 05/01/2016

- Chute avec séjour à terre.
- Hospitalisations à répétition.
- Perte d'autonomie (diminution de la mobilité, importance des aides...)
- Isolement/défaut d'hygiène.

Alerte médicale : Le soignant pourra informer le médecin de ces critères de fragilité surtout si l'observation médicale ne relève pas ces critères. S'il lui apparaît un risque d'acharnement thérapeutique, Il pourra questionner le médecin sur le projet de soins si celui-ci n'a pas été discuté.

Information : En cas de présence de critères multiples ou sévères de fragilité, le soignant s'informeront si nécessaire de ce qui a été dit au patient et à sa famille.

Personne de confiance : Si le patient est apte à le faire, le soignant s'assurera qu'il lui a été proposé de désigner une personne de confiance.

Personne à prévenir : Le soignant s'assurera qu'il dispose dans le dossier de la(les) personne(s) à prévenir en cas de besoin.

Transmissions dans le dossier de soins :

Il est préconisé que ces éléments soient tracés dans le dossier infirmier :

- dossier IDE Urqual pour le SAU.
- macro-cible d'entrée à l'accueil du patient.
- transmissions ciblées.

PROBLEMATIQUE DES PATIENTS SOUS TUTELLE ::

En cas d'hospitalisation, sauf situation d'urgence immédiate, le tuteur doit être obligatoirement informé. Cela est d'autant plus impératif que le patient présente une pathologie grave non préalablement connue que le pronostic vital est engagé à court terme et/ou qu'une discussion sur un niveau de soins est en cours.

NB : En revanche, le curateur n'a pas à être informé des données médicales.


Il est proposé, si la tutelle n'est pas joignable, de laisser un message sur le répondeur précisant qu'il existe un problème médical grave et que l'on demande au tuteur de rappeler le médecin en charge du patient. S'il n'y a pas de répondeur, on préconise de noter dans le dossier qu'on a tenté de joindre la tutelle à telle date et à telle heure et qu'elle n'était pas joignable et n'avait pas de répondeur (situation qui ne devrait pas être possible vu notre obligation légale de les informer...).

DEUXIEME AXE :FIXER UN NIVEAU DE SOIN POUR TOUS LES PATIENTS HOSPITALISES AVEC UNE ATTENTION PARTICULIERE POUR LES PATIENTS EN FIN DE VIE OU A RISQUE D'EVOLUER VERS LA FIN DE VIE. AMELIORER LA VISIBILITE DE CE NIVEAU DE SOINS DECIDE.

PROPOSITION DE REGLES ET DE PRATIQUES CONDUISANT A LA DEFINITION D'UN NIVEAU DE SOINS

Qui doit être concerné ?

Tout patient admis au CH des Chanoux, soit via les urgences, soit en hospitalisation directe dans les services, l'objectif recherché étant l'exhaustivité totale.

 CENTRE HOSPITALIER DE MÂCON	PROTOCOLE	Page 4 / 8
	RECOMMANDATIONS POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN FIN DE VIE	Version : 001
	N° Réf : ADMIN-PROT-298	Date d'application : 05/01/2016

Qui décide du niveau de soins à délivrer ?


Le recueil des volontés du patient, lorsqu'il est en état de les exprimer, et après information claire et loyale de son état de santé est un élément prioritaire de décision. L'avis de la personne de confiance, dont la désignation doit être aussi systématique que possible doit être également considérée, de même que l'avis des soignants en charge du patient. In fine, la décision du niveau de soins à délivrer relève d'une prescription médicale faite en concertation avec ces différents intervenants, dans le respect prioritaire des volontés exprimées par le patient. Cette définition du niveau de soins **est et doit être** révisable et réévaluée en cas d'élément nouveaux, dans quelque sens que ce soit (augmentation ou diminution du niveau de soin) tout au long de l'hospitalisation du patient.

Où et comment formuler l'information concernant le niveau de soin ?

La définition d'un niveau de soins est actuellement trop souvent absente ou non retrouvée dans des dossiers médicaux et/ ou infirmiers. L'absence, la perte, où la non accessibilité rapide à l'information pour les soignants intervenants représente une perte de chance potentielle pour le patient ou conduit à des décisions de prise en charge inadaptées.

Il est proposé que :

- La définition d'un niveau de soin soit obligatoire lors de chaque admission du patient à l'hôpital (quelques soient les modalités d'admission).
- L'information concernant le niveau de soin proposé doit être facile d'accès à tous et ce durant toute la durée de l'hospitalisation.
- L'information concernant le niveau de soin proposé doit être facilement retrouvée en cas de séjours antérieurs du patient dans l'institution.
- **En pratique, il est proposé que :**
 - La prescription d'un niveau de soin soit renseignée dans le module de prescription et puisse apparaître sous forme d'une icône intitulée « niveau de soin ».
 - Le renseignement du niveau de soins soit un préalable à tout acte de prescription par le médecin qui prend en charge le patient à son admission, et que l'absence de renseignement du niveau de soins soit bloquant vis-à-vis de toute prescription. (après discussion avec le DIM, il semble que le caractère bloquant soit impossible techniquement)
 - Le niveau de soin, dès qu'il est renseigné, doit apparaître immédiatement dans la relève DSI utilisée par le personnel soignant au cours des 3 relèves quotidiennes.
 - NB : Pour les patients inaptes à discuter du niveau de soins, le niveau de soins doit être confirmé par un deuxième médecin selon la collégialité demandée par la loi Léonetti.

 CENTRE HOSPITALIER DE MÂCON	PROTOCOLE	Page 5 / 8
	RECOMMANDATIONS POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN FIN DE VIE	Version : 001
	N° Réf : ADMIN-PROT-298	Date d'application : 05/01/2016


Proposition d'une échelle de niveau de soin

L'analyse de la littérature montre que plusieurs échelles de niveaux de soins ont déjà été proposées, et sont validées et utilisées dans de nombreuses structures de soins. S'inspirant de ces publications, il est proposé la création de **quatre niveaux de soins** :

- **Niveau 1** : L'ensemble des interventions offertes par les équipes soignantes de l'hôpital doivent être dispensées, incluant la réanimation cardiorespiratoire et le transfert en réanimation en cas de nécessité.
- **Niveau 2** : L'ensemble des interventions offertes par les équipes soignantes de l'hôpital doivent être dispensées **avec certaines restrictions qui doivent être explicitement précisées par écrit par le médecin référent qui a en charge le patient**. L'intubation et la réanimation cardiorespiratoire ne doivent pas être réalisées, mais, par exemple, la mise en place d'une ventilation non invasive ou d'une dialyse conduisant à un transfert en unité de soin intensif ou en réanimation peuvent être réalisées si nécessaire.
- **Niveau 3** : L'ensemble des interventions offertes sur l'unité de soins et visant à traiter une dégradation réversible, à maintenir la capacité fonctionnelle de l'individu où à offrir des soins de confort doivent être dispensées dans l'unité. **Le champ d'application de ces mesures doit être explicitement précisé par écrit par le médecin référent qui a en charge le patient**. Pas de transfert en soins intensifs ou en réanimation. Le recours à l'interne de garde (qui doit prendre conseil auprès du senior d'astreinte si nécessaire) doit être systématique en cas de dégradation inopinée ou non anticipée. Cet interne de garde doit se déplacer pour évaluer la situation auprès du patient. L'avis du réanimateur peut être sollicité par le senior d'astreinte pour des conseils thérapeutiques si nécessaires.
- **Niveau 4** : L'ensemble des interventions palliatives offertes et visant à soulager l'inconfort physique et moral du patient doivent être dispensées dans l'unité de soins avec une attention particulière pour l'anxiété, la douleur et la dignité de la personne. Aucun transfert en unité de soins intensifs ou en réanimation. **Le type de soins à réaliser où a ne pas réaliser, ainsi que les modalités de surveillance à appliquer ou non doivent être explicitement précisées par écrit et de manière anticipée par le médecin référent qui a en charge le patient**. Le recours à l'interne de garde (qui doit prendre conseil auprès du senior d'astreinte si nécessaire) doit être systématique en cas de dégradation inopinée avec douleur ou anxiété ou autre symptôme non contrôlable malgré les prescriptions anticipées. Cet interne de garde doit se déplacer pour évaluer la situation auprès du patient.

Modalités pratiques de mise en œuvre pour le renseignement du niveau de soins.

L'accès à l'information du niveau de soin à délivrer doit être simple et facile d'accès, l'objectif étant de conduire le plus rapidement possible à la prise en charge la plus adaptée à chaque patient hospitalisé, en particulier pour les soignants qui interviennent dans le cadre de l'urgence.

 CENTRE HOSPITALIER DE MÂCON	PROTOCOLE	Page 6 / 8
	RECOMMANDATIONS POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN FIN DE VIE	Version : 001
	N° Réf : ADMIN-PROT-298	Date d'application : 05/01/2016

Selon les règles décrites au chapitre « Où et comment formuler l'information concernant le niveau de soin ? » : en pratique , il est proposé que :

- Lorsque on clique sur l'icone « niveau de soins » les quatre niveaux (1, 2, 3, 4) apparaissent et que l'on puisse cocher l'un de ces niveaux qui pourrait alors apparaitre en surbrillance sur la pancarte et soit également transféré immédiatement sur la relève DSI.
- Lorsque un niveau est coché, c'est à l'exclusion de tous les autres.
- Le renseignement d'un niveau de soins soit une action réversible, quelque soit le sens de l'évolution (du niveau 1 vers le 4 ou l'inverse).
- Pour chaque niveau de soins renseigné, un texte explicite puisse apparaitre via un menu déroulant ou une note attachée définissant de la manière la plus explicite possible les caractéristique de ce niveau de soins, et les modalités d'interventions des différents soignants impliqués pour ce niveau de soins.
- Que ce niveau de soins doit être coché par deux médecins lorsque le patient est inapte à consentir. Que dans ce cas, le premier médecin coche une case inapte à consentir qui entraine l'apparition d'une alerte « niveau de soins à confirmer par un deuxième médecin. »

UTILISATION DU BOUTON ANTECEDENT DANS CROSSWAY :

Celui ci permet de retrouver les antécédents importants dès l'admission à l'hôpital. Ils apparaissent automatiquement sur le dossier URQUAL à l'entrée aux urgences.

Il es préconiser de noter à cet endroit une limitation de soins décidée : cela permet qu'elle apparaisse tout de suite lors d'une prise en charge aux urgences.

Noter par exemple : limitation soins quant à une intubation : cf observation de telle date

TROISIEME AXE : FACILITER LES ECHANGES ENTRE MEDECINS ET PERSONNELS SOIGNANTS CONCERNANT LES PATIENTS EN FIN DE VIE OU A RISQUE D'EVOLUER VERS LA FIN DE VIE


Il est proposé :

D'organiser dans chaque service une réunion régulière de concertation sur ces patients selon les modalités suivantes :

La fréquence est à définir en fonction du service et des besoins, la plus adaptée paraissant hebdomadaire avec moment à définir dans chaque service.

Doivent être présents : les médecins du service (tous si possible, un au minimum en cas d'empêchement) le cadre du service ou son remplaçant, les IDE et AS le désirant

La réunion sera préparée par les personnels médicaux et paramédicaux en sélectionnant les dossiers à l'aide des critères définis dans le premier axe.

 CENTRE HOSPITALIER DE MÂCON	PROTOCOLE	Page 7 / 8
	RECOMMANDATIONS POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN FIN DE VIE	Version : 001
	N° Réf : ADMIN-PROT-298	Date d'application : 05/01/2016

L'ensemble du personnel sera informé d'avance des dossiers proposés à la concertation grâce à un support à définir par service. Il est souhaitable que les questions précises soulevées soient également précises et disponibles sur ce même support avant chaque réunion.

Tout personnel du service peut proposer un dossier

Si le nombre de dossiers proposés rendent impossible leur étude dans la réunion, une hiérarchisation des dossiers devra être faite au préalable par un groupe de travail défini (par exemple : le cadre de santé, un médecin, une IDE et une aide soignante).

Une synthèse de la réunion sera réalisée dans le dossier médical du patient par le médecin et dans les transmissions infirmières

Le niveau de soins définis est prescrit dans crossway (ou sur les feuilles de prescriptions pour les services non informatisés) : cf deuxième axe de travail

Pour les dossiers urgents ou pour les questions n'ayant pu être abordées à la réunion faute de temps :

Il est recommandé que les questions soulevées par les dossiers soient discutées lors des transmissions du matin ou de l'après midi (à définir par service)

QUATRIEME AXE : AMELIORER LA FORMATION DES SOIGNANTS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN FIN DE VIE

Poursuivre les formations existantes :

Formations sur les soins palliatifs inscrites au plan de formation du CH à raison d'une session par an. Elles sont menées par Claire NAREA, Pascale MONNIER et Dr SEYNAEVE. Elles sont destinées aux paramédicaux et sont beaucoup demandées chaque année par les soignants.

- Sensibilisation aux soins palliatifs : un jour en mars/avril
- Accompagnement et soins palliatifs : deux jours en avril/mai
- Ethique et soins palliatifs : un jour en octobre.


Intervention du Dr ALIX auprès des internes à chaque semestre en mai et novembre. Il reprend toutes les problématiques ayant traités aux soins palliatifs.

Réunions pour transmettre la loi LEONETTI organisées tous les mois (hors période estivale) à destination de toutes les équipes.

Poursuivre les formations ponctuelles selon les besoins :

Pour mémoire il a déjà été fait :

- L'alimentation et la fin de vie (à destination des internes)
- Les soins de bouche (en association avec le CLAN) : intervention dans tous les services sur la période estivale de 2014, + réunion d'encadrement de Juin 2014
- A la demande des équipes et de façon sporadique, en lien avec des problématiques rencontrées, travail sur des situations éthique, de fin de vie, de demande d'euthanasie... Formation sur des problématiques rencontrées

 CENTRE HOSPITALIER DE MÂCON	PROTOCOLE	Page 8 / 8
	RECOMMANDATIONS POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN FIN DE VIE	Version : 001
	N° Réf : ADMIN-PROT-298	Date d'application : 05/01/2016

Axes d'amélioration proposés

- A destination de l'équipe médicale et des internes

- Participation deux jeudis dans l'année en juin et décembre aux « jeudis de l'info » (réunion de formation organisée de façon hebdomadaire sur le CH Macon à destination des internes et des médecins) sur un thème particulier et ayant trait aux soins palliatifs et la fin de vie. Il est proposé des thèmes pratiques de type « comment annoncer à un patient que son pronostic vital est engagé à court terme » afin de favoriser les échanges.

- Participation à la journée d'intégration des internes deux fois par an qui peut être faite par Pascale MONNIER infirmière coordinatrice de l'EMASP. Ce temps permettrait d'évaluer leurs difficultés ainsi que leurs besoins en formation.

En fonction de cette journée, planifier une intervention plus complète en Juin et en Décembre avec le Dr ALIX et Pascale MONNIER.

- A destination des paramédicaux

Par rapport à l'information sur la loi LEONETTI, il est constaté une augmentation de l'intérêt des soignants mais paradoxalement une diminution de la participation (problème de contraintes horaires, climat social actuel...) Il s'agit d'un réel besoin de formation (notamment directives anticipées et personne de confiance). Il est proposé de réfléchir à une meilleure diffusion de l'information. (actuellement des rappels sont faits par mail aux cadres).

Enfin, des temps d'information par service sur des thématiques ciblés sont souhaitables. Leur réalisation va être réfléchi car cela prend le temps nécessaire à leur réalisation manque.

- A destination de tout le personnel

Investir la Journée Mondiale des soins palliatifs (se déroule la 1ère quinzaine d'octobre)

Ce pourrait être un temps événementiel interactif qui touche tout le personnel du CH (soignants, étudiants, administratifs, techniques) Conférence ? Exposition ? ...

Historique du document :

Version	Émetteur	Date	Objet
1	Dr M. Clavier	Décembre 2015	Groupe de travail multidisciplinaire dans le cadre de la certification (critère prise en charge et droits des patients en fin de vie) pour améliorer les pratiques

• **Annexe 2 : LE QUESTIONNAIRE**

EVALUATION DE LA PRATIQUE DE LIMITATION DE SOIN AU SAU ADULTE DU CH DE MACON

1) Pour vous, la limitation de soin consiste à fixer :

- Une « non réanimation »
- Un niveau de soin

2) Vous réalisez cette limitation de soins seul ?

- Toujours
- La plupart du temps
- Parfois
- Exceptionnellement

3) Vous réalisez cette limitation de soins à plusieurs médecins ?

- Toujours
- La plupart du temps
- Parfois
- Exceptionnellement

4) En parlez-vous au patient lorsque cela est possible ?

- Toujours
- La plupart du temps
- Parfois
- Exceptionnellement

5) En parlez-vous aux proches ?

- Toujours
- La plupart du temps
- Parfois
- Exceptionnellement

6) En parlez-vous à l'équipe paramédicale qui s'en occupe ?

- Toujours
- La plupart du temps
- Parfois
- Exceptionnellement

7) En parlez-vous au service qui reçoit le patient ?

- Toujours
- La plupart du temps
- Parfois
- Exceptionnellement

8) En parlez-vous ou cherchez-vous à en parler au médecin traitant ?

- Toujours
- La plupart du temps
- Parfois
- Exceptionnellement

9) Comment prescrivez-vous votre limitation de soin ?

- En texte détaillé dans l'observation
- Sur le logiciel de prescription
- Autre.....
.....

10) Si pour vous la limitation de soins consiste à fixer un niveau de soin, combien de niveau utilisez-vous ?

-
-
-
-
-
-

11) Merci de détaillez ce que vous entendez par niveau de soin en fonction des actes et gestes de votre pratique courante d'urgentiste :

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

12) Selon vous, à hauteur de quelle fréquence êtes-vous confronté à la problématique de la limitation de soins dans votre pratique professionnelle ?

- Quelques fois par semaine
- Quelques fois par mois
- Quelques fois par an

13) En tant qu'urgentiste, sur quels critères basez-vous votre limitation de soin ?

- L'âge
- Les antécédents et leur pronostic
- La nature de l'épisode aigu et son pronostic
- L'autonomie
- Les dires du patient
- Le vouloir de la famille
- Vos convictions sur le service rendu au patient
- Autres :

14) Si vous aviez à choisir, citez les 2 critères que vous pensez être les plus pertinents :

.....

15) Les difficultés rencontrées dans la pratique de la limitation de soin sont de caractère :

- Religieux pour le patient
- Religieux pour vous-même
- Ethique
- En lien avec les pratiques habituelles sur votre lieu de travail
- Légal
- Relationnel avec la famille
- Philosophique
- En lien avec une formation médicale inadéquate
- Autre :

.....
.....
.....

16) Sauriez-vous dire, en tant qu'urgentiste, ce qui pourrait faciliter votre pratique à ce sujet ?

.....
.....
.....
.....
.....

17) Est-ce que la limitation de soin au SAU vous paraît éthiquement recevable ?

Oui

Non

Justifiez brièvement :

.....
.....
.....
.....

18) A posteriori, votre décision de limitation de soin vous a-t-elle paru pertinente aux vues de l'évolution du patient après son passage au SAU ?

Oui

Non

19) Votre limitation de soin a-t-elle été respectée par les médecins qui se sont occupés du patient après votre orientation ?

Oui

Non

Si non, en connaissez-vous les raisons ?

.....
.....
.....
.....

20) Vous êtes de sexe :

Féminin

Masculin

21) Indiquez l'année d'obtention de votre thèse :

22) Cochez le type d'exercice professionnel qui vous concerne :

Praticien hospitalier temps complet

Praticien hospitalier temps partiel

Praticien contractuel

Temps partagé entre exercice libéral et exercice hospitalier

MERCI POUR VOTRE CONTRIBUTION A LA REALISATION DE CE TRAVAIL.

- **Annexe 3 : EQUIVALENCES DE NIVEAU DE SOIN UTILISEES**

L'évaluation de la pratique de la fixation de niveau de soin, en présence d'une échelle disponible de niveaux, a nécessité comme indiqué dans le chapitre « méthode » une conversion en équivalence de niveau pour la pratique des urgentistes qui réfléchissaient sur le sujet sans en utiliser le support proposé.

De ce fait, un système d'équivalence a été mis en place pour homogénéiser les données en notre possession selon un seul référentiel : l'échelle de 4 niveaux des recommandations disponibles.

Il a fallu faire correspondre ou traduire, les énonciations des urgentistes avec les niveaux de 1 à 4.

Voici le résumé des éléments ayant fait l'objet d'une conversion :

- les négations sont considérées comme un processus d'exclusion de niveau à l'image de « NE PAS REANIMER » qui, selon l'échelle de niveau, exclue seulement le niveau 1 et laisse par défaut accès à un projet de soin de niveau 2 ;
- « soins de confort » « soins palliatifs » sont considérées comme synonymes du niveau 4 ;
- pour les niveaux 2 et 3, il s'agit de faire concorder les descriptions manuscrites de soin dans les prescriptions et les propositions thérapeutiques dans les énoncés.

La VNI, la dialyse, l'absence de soins invasifs ou la prescription d'hydratation ou d'antibiothérapie intraveineuse correspondent respectivement au projet de soin de niveau 2 et 3.

• **Annexe 4 : ECHELLE DE TRI IAO**

PRIORITE I (code rouge)

Délai prise en en charge médicale : immédiate, dans les 3 minutes

100 - arrêt cardio-respiratoire 101 - hypotension / choc (marbrures, PA <90mm hg) 102 - hémorragie massive (choc, pouls >120) 103 - détresse respiratoire aiguë (FR >40, spO2 <88%) 104 - asthme grave (SaO2, ATCD, PF<150l/mn) 105 - inconscience, coma (GCS<8) 106 – Convulsions (>3 ou en cours) 107 - purpura fulminans (Sd méningé/tb neuro/état choc/plaques hémorragiques) 108 - AVC<75 ans < 3h (déficit hémicorps, tr phasique)	109 - poly traumatisme (dont 1 lésion de pronostic vital) 110 - perte d'un membre 111 - blessure par balle, objet contondant, arme blanche (thoraco-abdominale) 112 - brûlures étendues (30 % surface corporelle ou brûlure de la face avec compressions des voies aériennes) 113 - brûlure chimique de l'œil (rinçage immédiat puis II) 114 - réaction allergique grave (œdème Quincke, choc) 115 - hémophile (avis médical immédiat)
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PRIORITE II (code orange)

Délai prise en en charge médicale <30 minutes

200 – douleurs thoraciques (atcd : évaluation médicale dans les 30 mn) 201 – 45>pouls>120 202 - difficulté respiratoire nette(26<FR<40) 203 – hémoptysie active 204 – fièvre + signes neuro/immunodépression 206 – confusion aiguë, tb conscience (GSC>8) 207 – trauma crânien (+ tb conscience + vomissements >3) 208 – céphalées brutales (EVA >8) 209 – comportement violent 210 – douleur abdominale aiguë EVA>7 211 – traumatisme abdominal 212 – saignement (Pouls >110, pâleur, TTT anticoagulant associé, SaO2) 213 – nausée, vomissements +déshydratation 214 - douleur testiculaire aiguë	215 – rétention aiguë urinaire 216 – agression sexuelle 219 – hypoglycémie/hyper acidocétose (signes neuro, hyperventilation, vomissement) 220 – TS (avis méd dans les 30 mn) 221 – fracture ouverte 222 – traumatisme ouvert d'une articulation ou d'un membre avec douleur importante (EVA>8+suspicion de luxation+ vasculo-nerveux) 223 – douleur, membre froid blanc (pouls ?) 224 – plaie, corps étranger transfixiant de l'œil 225 – morsure serpent + soins locaux 226 – douleur sans précision (EVA>8°) 227 – brûlure > 10 % 228 – risques suicidaires /état psychotique aigu/ délire/ paranoïaque) 229 – douleur sous plâtre avec signes de gravité
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PRIORITE III (code bleu)

Délai prise en en charge médicale < 120 minutes

300 – fièvre autre que 204 (frissons, FR<20) 301 –dyspnée légère (FR<12) 302 – malaise (hors 201) 303 – traumatisme crânien (+/- PC, nausée, vt) 311 – saignement sans signe vital 304 - céphalée (EVA<8) (attention CO) 305 – confusion chronique 306 – vertiges 307 – convulsion (alerte médecin)	308 – problème psychiatrique 309 – dysurie avec fièvre 310 – douleur abdominale aiguë (EVA entre 5 et 8) 312 – traumatisme modéré 313 – douleur sous plâtre sans signe de compression 314 – rash allergique mineur (urticaire) 315 – AES en fonction du contexte, expo < 4 h, sinon priorité IV
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PRIORITE IV (code vert)*Délai prise en en charge médicale <180 minutes*

400 – fièvre isolée	410 – douleur dentaire (EVA <5)
401 – nausées, vomissements sans déshydratation	411 – traumatisme d'une articulation ou d'un membre sans douleur majeure (EVA<5), sans s. vasculo-nerveux
402 – symptômes gastro-intestinaux isolés	412 – plaies mineures
403 – hématurie légère	413 – morsures légères
404 – asthénie, AEG	414 – problème d'ongle
405 – douleurs dorsales –lombaires simples	415 – plâtre cassé
406 – CE œil sans signe de gravité	416 – abcès (infection)
407 – douleur d'oreille	417 – certificat de non hospitalisation
408 – douleur de gorge	418 – urgences sociales
409 – saignement nasal léger	

- **Annexe 5 : SUPPORT DETAILLE DE L'ANALYSE LINGUISTIQUE DES DEFINITIONS DES NIVEAUX DE SOINS (question N°11)**

S n = sujet de l'énoncé = médecin interrogé

S7 est absent de l'analyse car c'est le seul médecin à avoir reconnu 5 niveaux.

- Niveau 1

S1 : « *pas de restriction* »

S2 : « *Proposition de tous les gestes. Accès à tous les gestes. Ensemble du plateau technique.* »

S3 : « *Tous soins y compris invasifs* »

S4 : « *Aucune limitation. Réalisation de tous les soins y compris réa lourde* »

S5 : Pas de réponse donnée

S6 : « *Selon prescription informatique* »

S8 : « *Tous les soins nécessaires* »

S9 : « *Gestes réanimatoires/transfert réa* »

S10 : « *Engagement maximal* »

S11 : « *Tous les gestes* »

S12 : « *Soins de réa* »

S13 : « *Tous les soins / selon prescription crossway* »

S14 : « *Réa ou pas !* »

- Analyse linguistique :

Les sujets interrogés utilisent en majorité des verbes d'action : proposer/accéder/réaliser/réanimer qui ont pour la plupart une valeur d'engagement positif. Il semblerait que s'agissant du niveau 1 du protocole, le corps médical se met en branle et propose tous les soins nécessaires (voir tableau).

Les énoncés sont soit de forme affirmative, soit de forme impérative.

Il y a 1 seule occurrence d'un adjectif d'apparence négative « aucun » mais lorsqu'on analyse la co occurrence dans la phrase, on s'aperçoit qu'il ne s'agit pas d'une particule négative mais au contraire d'une annulation dans « aucune restriction de soin », on obtient une valeur positive qui implicitement veut dire tous les soins.

L'utilisation de l'adjectif indéfini « tout » est remarquable 5 fois sur 14. « Tout » indiquant la considération de chaque élément d'un ensemble indifféremment », « tous les soins », cet adjectif exprime ainsi l'intensité. Cela démontre que lorsque l'on est au niveau 1 de soins c'est « engagement maximal ». Tous les acteurs s'accordent à dire que le niveau 1 est un accès total à tous les soins. Il semble y avoir consensus sur ce niveau pour l'ensemble des médecins interrogés.

- Niveau 2

S1 : « *pas d'IOT, pas de RCP. Tout autre acte OK.* »

S2 : « *Accès à l'ensemble des différents plateaux techniques possible (réa, USIC) mais aucune IOT aucune RCP.* »

S3 : « *Tout soin non invasif peut être réalisé* »

S4 : « *pas de RCP* »

S5 : Aucune réponse

S6 : « *selon prescription* »

S8 : « *soins actifs. VNI/amines/scope/pas de RCP/pas de dialyse/pas d'IOT* »

S9 : « *pas d'IOT, pas de RCP, VNI, dialyse, transfert réa possible* »

S10 : « *pas de RCP, tout autre traitement ok (drain thoracique, VVC, cathéter artériel)* »

S11 : « *pas d'IOT* »

S12 : « *Soins actifs sans réa lourdes (antibiotiques, réhydratation)* »

S13 : « *Selon Crossway. Tout pas de RCP, pas d'IOT* »

S14 : « *IOT ou pas* »

- Analyse linguistique :

Nous rentrons dans la définition du niveau 2 dans un niveau restrictif avec tout sauf.

Au niveau 1, tous les acteurs s'accordent à déployer tous les moyens nécessaires pour soigner le patient sans restriction aucune. Au niveau 2, la cohérence entre les soignants balbutie et on reste linguistiquement sur des énoncés assertifs (forme affirmative) avec une utilisation moindre des verbes d'action. Les syntagmes deviennent des syntagmes à prépondérance nominale :

« Tout autre acte » / « tout soin non invasif » / « soins actifs »

Les verbes d'action disparaissent. Le médecin n'est plus acteur de son énoncé. Il n'y a pas de passivation mais une restriction généralisée. Notons encore une fois, que les acteurs ne tombent pas tous d'accord quant aux restrictions. Il demeure un flou interrogeant quant à la pertinence de ce niveau qui s'apparente en vérité à un niveau 1 mais qui est moins certain car moins bien défini par les acteurs.

- Niveau 3 :

S1 : « *Pas de transfert en réa, ni en soins intensifs* »

S2 : « *Médicaments actifs y compris IV mais pas de drogue nécessitant une orientation en réa ou en soins intensifs* »

S3 : « *Pas de soins invasifs* »

S4 : « *Pas de RCP, pas de soins intensifs, tout traitement curatif (antibiothérapie, oxygène, hydratation, remplissage...) soins sur un centre hospitalier général* »

S5 : aucune réponse

S6 : « *Selon crossway* »

S8 : « *Soins actifs par perfusion simple, pas de chirurgie, pas de VNI, pas de scope* »

S9 : « *Pas de transfert réa* »

S10 : « *Soin non invasif uniquement (Sonde naso gastrique, VVP, antibiothérapie IV)* »

S11 : « *Aucun geste invasif* »

S12 : aucune réponse

S13 : « *Selon crossway, pas de VNI* »

S14 : « *Examen invasif ou pas* »

- Analyse linguistique :

On remarque ici un désengagement quasi-total par la fréquence des énoncés négatifs : occurrence fréquente du « ne pas » / « aucun ».

La limitation en niveau 3 se restreint à la non administration de soins invasifs, les soins demeurant cependant actifs sans qu'il y ait consensus général là-dessus. Il y a toujours une absence d'utilisation de syntagmes verbales mais on note encore une absence de cohérence entre les prescripteurs, comme si le niveau 3 n'était pas compris par tous de la même façon. Mais ils s'accordent tous sur les soins non invasifs et le non transfert en réanimation. Les énoncés du groupe sont plus lacunaires que le niveau 1 et 2. Il y a comme un désengagement sur la forme utilisée pour ce niveau : phrases courtes, négations.

Le mot « soins » se raréfie ou s'il existe, est négativé par « pas ».

- Niveau 4 :

S1 : « Soins palliatifs : lutte contre la douleur, l'inconfort, l'anxiété »

S2 : « Soins de confort : patch de morphine seulement »

S3 : « Pas de thérapeutique à visée curative / confort / palliatif : antalgie, sédation, nursing »

S4 : « Limitation de soins maximale / soins de confort / pas de soins curatifs. Soulager la douleur, Transfert centre hospitalier général, unité de soins palliatifs, structure autre »

S5 : « Soins de confort, absence de réa »

S6 : « Selon prescription informatique »

S8 : « Soins de confort / hypnovel / morphine »

S9 : « Soins de confort et palliatifs »

S10 : « Soins de confort uniquement »

S11 : « Pas de réa »

S12 : « Pas de réa lourde, antalgie, stop traitement curatif »

S13 : « Selon crossway, confort »

S14 : « Traitement (antibiothérapie IV) »

- Analyse linguistique :

Il est intéressant ici de relever la réapparition du mot « soin », toujours accompagné de « palliatif » et/ou de confort. Il semble avoir un consensus sur le niveau dans la majorité des réponses données.

Il s'agit de « soins », les « syntagmes verbaux réapparaissent :

« Lutter contre » / « soigner » / « soulager »

Les médecins semblent ici réintégrer leur rôle de soignant, la négation disparaît dans 13 énoncés sur 14. Les énoncés revêtent une forme active. Il y a une cohérence dans les réponses données.

- **Annexe 6 : fiches institutionnalisation**

« Document non libre de droits non reproduit par respect du droit d'auteur »

« Document non libre de droits non reproduit par respect du droit d'auteur »

- **Annexe 7 : 2^{ème} version informatisée des recommandations sur la fixation d'un niveau de soin.**

Proposition d'un guide informatisé d'aide à la réflexion collégiale pour la prescription d'un niveau de soin.

Fiche A : Prescription initiale par les urgentistes

- Nom du médecin responsable de la décision
- Consultation du patient et des proches concernant la réflexion de limitation de soin

- Patients :
- inapte à consentir
 - consulté en accord avec la stratégie
 - consulté en désaccord avec la stratégie

- Proches :
- consultés et en accord avec la stratégie
 - consultés et en désaccord avec la stratégie
 - absents

- Niveau d'engagement thérapeutique

- Maximal (Niveau 1)
- Limitation de soin

Si limitation de soin :

- **Arguments en faveur de la limitation de soin pour le médecin à l'origine de la réflexion**
 - L'âge est particulièrement avancé
 - L'autonomie antérieure à l'hospitalisation était limitée
 - Le niveau de gravité à l'IAO est de niveau I et II
 - Le pronostic de la maladie de fond est objectivement désespéré à court terme
 - Le niveau d'engagement thérapeutique est déjà limité avant cette discussion
 - Le refus de soin a été clairement exprimé par le patient
 - Il n'existe plus de stratégie curative possible
 - L'autonomie fonctionnelle future sera très limitée
 - Les proches considèrent la stratégie actuelle comme de l'obstination déraisonnable

- **Avis du consultant**

Nom et fonction du médecin consulté

Arguments :

- L'âge est particulièrement avancé
- L'autonomie antérieure à l'hospitalisation était limitée
- Le niveau de gravité à l'IAO est de niveau I et II
- Le pronostic de la maladie de fond est objectivement désespéré à court terme
- Le refus de soin a été clairement exprimé par le patient
- Il n'existe plus de stratégie curative possible
- L'autonomie fonctionnelle future sera très limitée

➤ **Niveau de consensus**

- Niveau 2
- Niveau 3
- Niveau 4

➤ **Modalité de la stratégie de limitation**

- Pas de massage cardiaque en cas d'ACR
- Pas d'intubation quelle que soit la situation
- Non mise en place de VNI quelle que soit la situation
- Non introduction des vasopresseurs
- Non introduction de l'épuration extra rénale
- Décision de surseoir à tout acte chirurgical quelle que soit la situation
- Consultation équipe mobile de soins palliatifs à envisager
- Traitement de confort

Réévaluation systématique à 48h par le médecin de service (fiche B)

Fiche B : Révision de la limitation de soin par le médecin du service receveur

➤ Nom du médecin responsable de la réévaluation

➤ Consultation du patient et des proches concernant la réévaluation de la limitation de soin

- Patients :
- inapte à consentir
 - consulté en accord avec la stratégie
 - consulté en désaccord avec la stratégie

- Proches :
- consultés et en accord avec la stratégie
 - consultés et en désaccord avec la stratégie
 - absents

➤ Niveau d'engagement thérapeutique avant réévaluation

Maximal (Niveau 1)

Limitation de soin :

- Niveau 2
- Niveau 3
- Niveau 4

• **Arguments en faveur de la révision de la limitation de soin par le médecin en service**

- L'âge est particulièrement avancé
- L'autonomie antérieure à l'hospitalisation était limitée
- Le pronostic de la maladie de fond est objectivement désespéré à court terme
- Le niveau d'engagement thérapeutique est déjà limité avant cette discussion
- Le refus de soin a été clairement exprimé par le patient
- Il n'existe plus de stratégie curative possible
- Le délai d'action est suffisamment long pour juger de l'inefficacité de la stratégie en cours
- L'autonomie fonctionnelle future sera très limitée
- Les proches considèrent la stratégie actuelle comme de l'obstination déraisonnable

- **Avis du consultant**

Nom et fonction du médecin consulté

Arguments :

- L'âge est particulièrement avancé
- L'autonomie antérieure à l'hospitalisation était limitée
- Le pronostic de la maladie de fond est objectivement désespéré à court terme
- Le refus de soin a été clairement exprimé par le patient
- Il n'existe plus de stratégie curative possible
- Le délai d'action est suffisamment long pour juger de l'inefficacité de la stratégie en cours
- L'autonomie fonctionnelle future sera très limitée

➤ Niveau de consensus

- Niveau 2
- Niveau 3
- Niveau 4

➤ Modalité de la stratégie de limitation

- Pas de massage cardiaque en cas d'ACR
- Pas d'intubation quelle que soit la situation
- Non mise en place de VNI quelle que soit la situation
- Non introduction des vasopresseurs
- Non introduction de l'épuration extra rénale
- Abstention, limitation ou arrêt de toute transfusion quelle que soit la situation
- Abstention ou arrêt de toute antibiothérapie quelle que soit la situation
- Décision de surseoir à tout acte chirurgical quelle que soit la situation
- Abstention ou arrêt de toute nutrition parentérale
- Abstention ou arrêt de toute nutrition entérale
- Consultation équipe mobile de soins palliatifs à envisager
- Traitement de confort
 - morphine
 - benzodiazépine
 - scopolamine
 - arrêt prise de constantes
 - arrêt des examens complémentaire

TITRE DE LA THESE : EVALUATION DE LA PRATIQUE DE LA FIXATION DE NIVEAU DE SOIN, SUITE A LA MISE A DISPOSITION DE RECOMMANDATIONS INTERNES AU CENTRE HOSPITALIER DE MACON. ETUDE RETROSPECTIVE SUR 100 PATIENTS CONSULTANT AUX URGENCES EN DECEMBRE 2015.

AUTEUR : AURORE BENADJER

RESUME :

OBJECTIFS : ETUDIER L'EPIDEMIOLOGIE DES PATIENTS HOSPITALISES APRES PASSAGE AUX URGENCES AVEC UN NIVEAU DE SOIN PRESCRIT. REALISER UNE ENQUETE DE PRATIQUE CHEZ LES URGENTISTES. DECRIRE L'UTILISATION INFORMATIQUE DE L'ECHELLE DE NIVEAUX.

METHODE : ETUDE OBSERVATIONNELLE MONO CENTRIQUE RETROSPECTIVE DU 1^{ER} AU 21 DECEMBRE 2015 AUX URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER DE MACON ASSOCIEE A UN QUESTIONNAIRE DE RESENTI SUR LA PRATIQUE DES NIVEAUX DE SOIN.

RESULTATS : 100 PATIENTS HOSPITALISES ONT ETE INCLUS : 35 NIVEAUX DE SOIN PRESCRITS AUX URGENCES, 33 NIVEAUX DE SOIN PRESCRITS EN SERVICE ET 32 PATIENTS DECEDES DANS LES 6 MOIS APRES PASSAGE AUX URGENCES SANS NIVEAU DE SOIN. LES PATIENTS INCLUS SONT PLUS AGES ET PLUS GRAVES QUE CEUX NON INCLUS. LES URGENTISTES PRESCRIVENT PLUS DE NIVEAU 1 (46%) ET DE NIVEAU 4 (17%). EN SERVICE, LES NIVEAUX 2 (39%) ET 3 (31%) SONT PLUS FREQUENTS. L'INSTITUTIONNALISATION AUGMENTE DU NIVEAU 1 (9%) AU 4 (55%). LE DECES EST PLUS RAPIDE CHEZ LES PATIENTS AVEC NIVEAU DE SOIN (35 JOURS) QUE CHEZ LES DECEDES NON LIMITEES (60 JOURS). 3,4% DES PATIENTS HOSPITALISES BENEFICIENT D'UN NIVEAU DE SOIN INFORMATISE.

CONCLUSION : LES NIVEAUX DE SOIN CIBLENT DES PATIENTS AGES A NIVEAU DE DEPENDANCE ELEVE. C'EST UNE PRATIQUE NOUVELLE, RESENTIE DIFFICILEMENT PAR LES URGENTISTES. LA FORMATION MEDICALE, L'ANTICIPATION ET UN CHANGEMENT SOCIETAL SUR LA FIN DE VIE FACILITERAIENT CET EXERCICE.

MOTS-CLES : FIN DE VIE / SERVICE D'URGENCE / ETHIQUE MEDICALE / NIVEAUX DE SOIN / LIMITATION DE SOIN