

**EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES :  
PRISE EN CHARGE DE FIN DE VIE ET MISE EN PLACE  
D'UNE FICHE DE LIMITATION OU ARRÊT DES  
THERAPEUTIQUES ACTIVES EN UNITE DE SOINS DE  
LONGUE DUREE AU CHU D'AMIENS.**

**F. BACHELET, Dr J. MOYET, Dr I. DEFOUILLOY, Pr F. BLOCH**

→ **Je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt.**

# Introduction

## Les Unités de Soins de Longue Durée (USLD)

→ Accueillent des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. *(Arrêté du 12 mai 2006)*

→ 1 patient sur 2 entrant en USLD décède dans l'année qui suit *(F. Bloch, 2021)*

Évaluation des pratiques professionnelles : de la qualité des soins palliatifs en unité de soins de longue durée dans le Grand Ouest (régions Bretagne, Centre, Pays de la Loire ) en 2015  
Joaquim Prud'Homm

→ Pourtant, peu d'études sur la fin de vie en USLD

L'INFLUENCE DES GROUPES DE PRATIQUE RÉFLEXIVE SUR LA PERCEPTION DE COMPÉTENCE EN SOINS PALLIATIFS DES INFIRMIÈRES EN CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE

KARINE COUTURIER

→ En Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) la mise en place d'une prise en charge palliative a prouvé:

- l'amélioration de la qualité des soins fournis en fin de vie
- la réduction du nombre d'hospitalisation notamment dans les 30 derniers jours de vie

• l'amélioration de la gestion de la douleur

*(Stevenson & al, 2019)*

# Introduction (suite)

## → Les Limitations ou Arrêt des Thérapeutiques Actives (LATA) :

- Procédures encadrées par le Code de Santé Publique et la loi Leonetti de 2005 puis Claeys-Le
- Décision collégiale : Médecin référent + Equipe de soins + Médecin extérieur
- Limiter ou arrêter des explorations ou des traitements pouvant s'apparenter à une obstination déraisonnable *Code de Santé Publique, Décret du 3 août 2016*



**D'autant plus importantes en USLD que la grande majorité des résidents (près de 80%) présentent des troubles neurocognitifs majeurs**

- Ne sont plus en capacité de ré



Limitation et arrêt des thérapeutiques actives pour les résidents d'EHPAD

onfia

## Au CHU d'Amiens

→ Sur le Site Saint Victor, 200 résidents (répartis sur 6 unités)

→ Permanence médicale les nuits et les week-end par les internes des services de gériat

- Ne connaissent pas les patients et leur dossier avant d'être appelés lors d'un épisode aigu
  - Complique la prise de décision médicale
  - Peut mener à des investigations et des thérapeutiques déraisonnables ainsi qu'à des transferts non justifiés aux urgences ou en hospitalisation



**Objectif : Uniformiser les prises en charge de fin de vie et améliorer les pratiques palliatives en USLD**

## → Evaluation des pratiques professionnelle :



- Audits cliniques rétrospectifs conformes aux recommandations de la HAS
- Population : Ensemble des personnes institutionnalisées en USLD au CHU d'Amiens décédées entre le 01/01/2018 et le 31/12/2018, puis entre le 01/01/2021 et le 31/12/2021, Aucun critère d'exclusion

## → Analyse des dossiers médicaux avec recueil :

- De la date et de l'âge lors du décès, du sexe
- De la présence d'une procédure de LATA et de la date de réalisation de cette procédure LATA si présente
- De la mise en place de thérapeutiques spécifiques de confort (Antalgiques, Anxiolytiques et Antisécrétoires)
- De l'arrêt effectif de thérapeutiques actives
- De la présence d'un transfert dans un Service d'Accueil des Urgences (SAU) ou en hospitalisation en service de Médecine, Chirurgie ou Obstétrique (MCO) au cours du dernier mois avant le décès

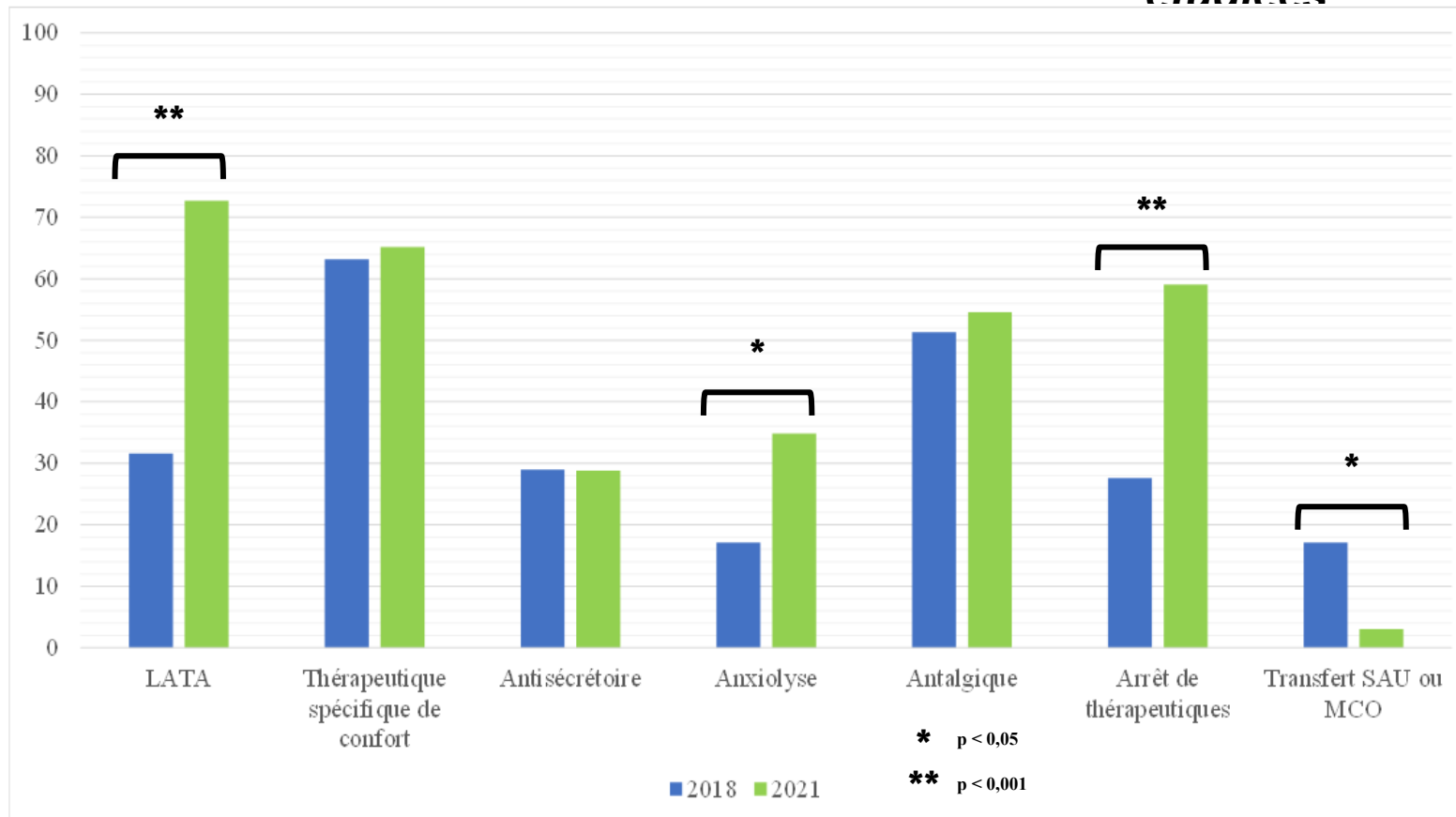


# Résultats

➔ Pas de différence significative entre les 2 populations.

	2018			2021			Valeur-p
	Total	Sans LATA	Avec LATA	Total	Sans LATA	Avec LATA	
Nombre de patients	76	52	24	66	18	48	
Taux de patients (en %)		68,42	31,58		27,27	72,73	<0,001
Age de décès moyen (en années)	88,08	88,48	87,19	87,77	89,13	87,26	0,592
Ecart type (en années)	7,98	8,31	7,31	7,90	6,52	8,36	
Ratio Homme/Femme	0,55	0,49	0,71	0,40	0,64	0,33	0,473

**Tableau 1 : Caractéristiques des populations étudiées**



**Figure 1 : Comparaison des années 2018 et 2021**

➔ Résultats très significatifs sur le taux de procédures LATA et sur les arrêts effectifs de thérapeutiques.

➔ Résultats significatifs sur la prescription d'anxiolyse et sur le nombre de transferts au SAU ou en MCO.

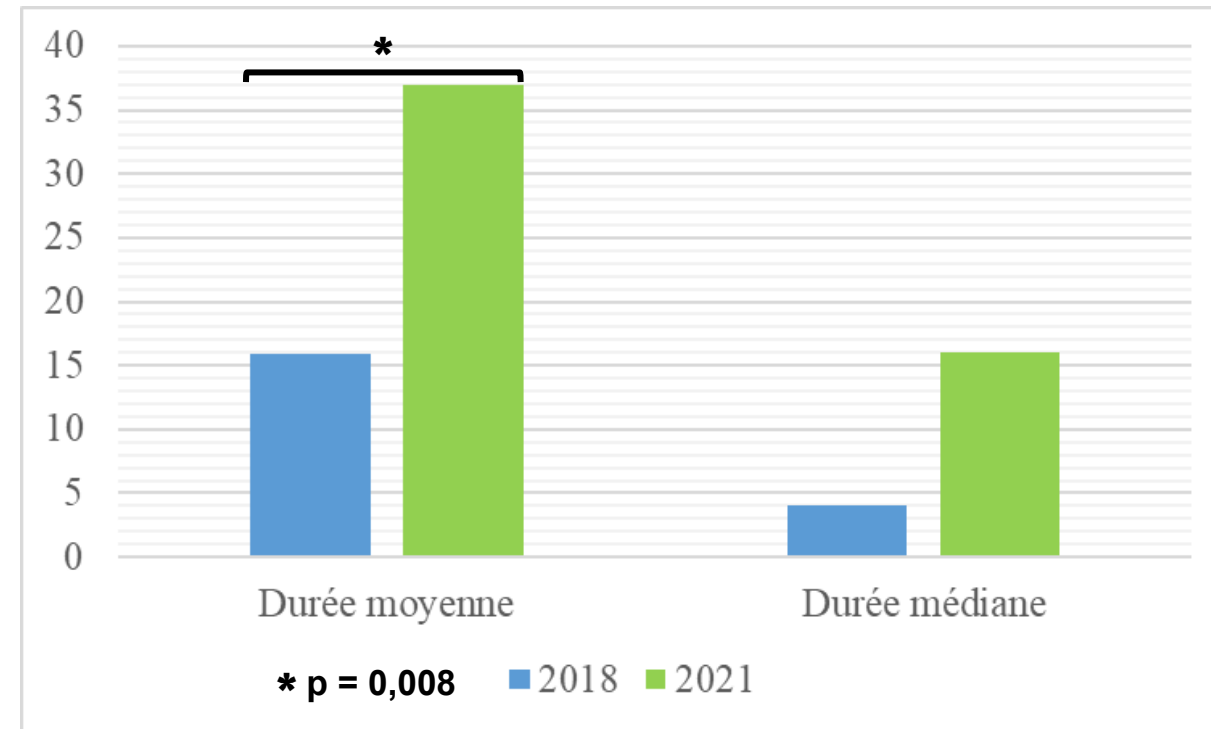
# Résultats (suite)

## Transferts en MCO ou aux Urgences

**En 2018 : 13 transferts en MCO ou SAU dont 6 avaient bénéficié d'une procédure de LATA**

- 1 Transfert en Unité de Soins Palliatifs (USP)
- 1 Hospitalisation en Gériatrie aigüe pour PEC d'une décompensation cardio-respi
- 1 Transfert au SAU pour demande de prise en charge en neurologie d'une épilepsie mal équilibrée (sans prise d'avis préalable auprès d'un neurologue)
- 3 adressés au SAU sur astreinte de nuit ou de week-end
  - 2 pour bilan orthopédique dans les suites d'une chute
  - 1 pour bilan de traumatisme crânien également dans les suites d'une chute

**En 2021 : 2 patients transférés au SAU ou MCO : Tous les 2 ont bénéficié d'une procédure LATA**



**Figure 3 : Durée entre la réalisation de la procédure LATA et le décès (en jours)**

→ **Caractéristiques de la population** (âge, ratio Homme/Femme, comorbidités) **comparables aux données de la littérature pour les EHPAD et USLD** *Muller & al (DREES), 2018 ; Delarche, 2013*

→ **Des résultats très encourageants**

- Nombre de procédures LATA qui a plus que doublé (72,73% en 2021 contre 31,58% en 2018)  
=> Moyenne haute des données de la littérature - 59,5% dans les USLD du Grand-Ouest en 2015  
- 77% sur l'USLD de Bordeaux de 2011 à 2013
- Taux d'arrêts effectifs de thérapeutiques à nettement augmenté (de 27,63% à 59,09%)
- Taux de transfert aux urgences ou en MCO qui s'est effondré (passant de 17,11% à 3,03%)
- Nette augmentation du nombre de jours entre la réalisation de la procédure de LATA et le décès  
=> Meilleure anticipation et meilleure identification des situations palliatives

• **Très faible augmentation des prescriptions de thérapeutiques spécifiques entre 2018 et 2021**

# Discussion/Conclusion (suite)

## Limites

### → Evènements extrinsèques

*=> Rôle de l'épidémie de COVID19 dans le changement des pratiques ?*

### → Evaluation de la qualité des soins palliatifs pas uniquement par des critères objectivables dans le dossier médical

*=> Intérêt de compléter par étude sur le ressenti soignant et famille*

*=> Retour des médecins de l'USLD :*

- Réaction des familles systématiquement positive avec sensation de mieux comprendre la prise en charge
- Chez les soignants : Initialement quelques réticences ponctuelles de certains soignants
- Rapidement, adhésion importante de toutes les équipes soignantes au projet  
(Soignants interpellant les médecins pour demander des temps de discussion collégiale)



# Merci de votre



V. P. 32.

Amiens. — Hospice Saint-Victor