

Limitation thérapeutique

Withdrawing and withholding life-sustaining treatment

© SRLF et Springer-Verlag France 2013

EP163

Implication des proches dans la décision médicale de limitation et d'arrêt de traitements chez le patient inconscient en réanimation

S. Robin¹, C. Labarrière¹, P. Baro², M. Durand¹,
J. Duret¹, P. Albaladejo¹

¹Réanimation cardiovasculaire et thoracique, CHU de Grenoble,
Grenoble, France

²Psychiatrie, CHU de Grenoble, Grenoble, France

Introduction : Dans la décision de limitation et d'arrêt de traitements en réanimation, les familles sont devenues l'interlocuteur privilégié des équipes de soins, chargées de témoigner pour le patient incapable de donner son avis [1]. La littérature montre que ces familles sont particulièrement fragilisées et que leur participation est complexe et ambivalente [2]. Les proches peuvent-ils être une charge supplémentaire pour le médecin dans la décision en rendant le processus plus complexe et donc plus long ? L'objectif de ce travail est de relever l'implication des proches dans les décisions de limitation thérapeutique dans un service de réanimation adulte puis de mettre en relation cette implication avec les délais nécessaires entre les différents temps du processus de limitation thérapeutique : discussion, décision, décès.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une enquête réalisée dans un service de réanimation chirurgicale de 12 lits durant 4 mois, incluant les patients décédés après une procédure de limitation thérapeutique. Dans les jours suivant le décès, le responsable de l'étude recueillait les données temporelles et interrogeait le médecin réanimateur ayant pris la décision de limitation thérapeutique sur l'implication des proches et le ressenti de cette implication dans la décision. Les résultats sont exprimés en moyenne \pm écart-type.

Résultats : 26 patients sont décédés après une décision de limitation thérapeutique, soit 40 % des décès. Les données concernant l'implication des proches ont été analysées pour 24 patients. 14 patients avaient des familles jugées impliquées dans la décision. Les durées des différentes séquences sont toutes plus longues lorsque la famille est impliquée. Cependant, la famille n'a pas été perçue comme un « poids » dans la décision dans 22 des 24 situations.

Conclusion : L'implication des proches dans les décisions de limitation des traitements entraîne un allongement du temps pris pour la décision, sans que le médecin le ressente comme une charge supplémentaire. Cela peut se justifier sur le plan éthique si dans tous les cas,

l'accompagnement bienfaisant de ces familles ne se fait pas au détriment du patient.

Références

1. Durand-Gassel J (2010) Quelle place pour les familles en réanimation. *Réanimation* 19:258-64
2. Schenker Y, Crowley-Matoka M, Dohan D, et al (2012) I don't want to be the one saying 'we should just let him die': intrapersonal tensions experienced by surrogate decision makers in the ICU. *J Gen Intern Med* 27:1657-65

EP164

Évaluation à deux ans de la mise en place d'une procédure d'aide à la limitation thérapeutique en réanimation

J. Docquois, E. Parmentier-Decrucq, J. Poissy, A.S. Moreau,
S. Ponthieux, A. Soury-Lavergne, F. Denys, D. Mathieu,
F. Fourrier, M. Jourdain

Pôle de réanimation, CHRU de Lille, hôpital Roger-Salengro,
centre de réanimation médicale, Lille, France

Introduction : Afin d'améliorer la qualité des soins de nos patients en fin de vie, une procédure d'aide à la mise en place d'une limitation des thérapeutiques a été introduite en 2009 au sein du pôle de réanimation du CHRU de Lille. Cette procédure avait été alors perçue positivement par les soignants grâce à un questionnaire de satisfaction anonyme. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer nos pratiques deux ans après la mise en place de cette procédure d'aide à la décision.

Patients et méthodes : Cette étude monocentrique, descriptive, et comparative a été réalisée au sein du pôle de réanimation du CHRU de Lille. Nous avons inclus 295 patients, décédés entre le 1^{er} janvier et le 1^{er} septembre 2010 (n = 164) et entre le 1^{er} janvier et le 1^{er} septembre 2012 (n = 131). Les données concernant les patients, leur hospitalisation et les décisions de limitation thérapeutique ont été recueillies et comparées entre 2010 et 2012. Le même questionnaire de satisfaction qu'en 2010 a été distribué anonymement aux soignants en janvier 2013. Les réponses ont été comparées à celles de 2010. Les résultats sont exprimés en médiane et [25^e-75^e] percentile pour les variables quantitatives et en nombre absolu et pourcentage pour les variables qualitatives. L'analyse statistique a été réalisée par test de Mann-Whitney pour les variables quantitatives et par test de KHI-2 pour les variables qualitatives.

Temps (j)	Admission-discussion	Pris pour la décision	Décision-décès
Proches non impliqués	2,7 \pm 3,7	0,6 \pm 0,4	0,8 \pm 0,5
Proches impliqués	6,5 \pm 10,8	4 \pm 6,5	2,2 \pm 1,8
p (Mann-Whitney)	0,1	0,04	0,13

Résultats : Le taux de mortalité durant les périodes d'inclusion était de 20 %. Une décision de limitation thérapeutique précédait le décès dans 70 % des cas. De nombreux bénéfices secondaires à la mise en place d'une procédure d'aide aux limitations thérapeutiques persistaient en 2012, comme la traçabilité des décisions, l'information des familles et la satisfaction des soignants. Cependant, 29 % des soignants estimaient qu'il existait encore des situations d'acharnement thérapeutique dans notre service. Les décisions de limitations thérapeutiques étaient prises plus tardivement en 2012 qu'en 2010 (respectivement 8,5 jours [2,8-16,3] versus 5 jours [3-12] en 2010 ; $p = 0,063$) avec surtout moins de décision de limitation thérapeutique la 1^{ère} semaine d'hospitalisation en 2012 (45 (46,9 %) en 2012 versus 69 (62,2 %) en 2012 ; $p = 0,027$). Les modalités d'application des limitations et des arrêts thérapeutiques étaient similaires en 2010 et 2012, sauf pour les arrêts de nutrition qui étaient moins souvent réalisés (respectivement 21 (18,8 %) versus 7 (7,2 %) ; $p = 0,015$). Les soins de confort étaient réalisés de façon similaire en 2010 et 2012. Les procédures d'aide à la décision de limitations thérapeutiques étaient remplies de manière moins exhaustive en 2012 par rapport à 2010 (absence de précision concernant les modalités d'application des limitations thérapeutiques pour 11 patients (9,8 %) en 2010 versus 22 (22,7 %) en 2012 ; $p = 0,011$). Nous attribuons ce résultat à la récente informatisation de notre service de réanimation.

Conclusion : L'impact à deux ans de la procédure d'aide à la limitation thérapeutique semble positif autant pour le personnel paramédical que pour la traçabilité. Cependant, les démarches d'amélioration de nos pratiques doivent être poursuivies.

EP165

Analyse sur cinq ans d'un protocole de limitation et d'arrêt des traitements en réanimation

M. Giabicani, J.P. Eraldi, F. Bougerol, C. Quesnel, S. Gelinotte, P.L. Declercq, J.P. Rigaud

Service de réanimation polyvalente, CH de Dieppe, Dieppe, France

Introduction : La mise en place de procédures de limitation et d'arrêt des traitements (LATA) est incontournable dans un service de réanimation. Ces procédures doivent satisfaire à des objectifs de qualité, être régulièrement évaluées selon des méthodes validées par la Haute Autorité de Santé et faire l'objet d'actions d'amélioration des pratiques. L'objectif de ce travail est d'analyser le protocole de LATA en vigueur depuis 2001 au sein d'un service de réanimation polyvalente.

Patients et méthodes : Les dossiers des patients décédés de 2008 à 2012 à la suite d'une décision de LATA ont été inclus. La méthode de l'audit clinique ciblé rétrospectif a été retenue. L'outil proposé par la Commission d'Éthique et le Collège des Bonnes Pratiques en Réanimation de la SRLF en 2010 a été utilisé [1]. Il comprend un Critère Organisationnel (« Recommandations accessibles à tous les professionnels ») ou « Existence d'un protocole dédié élaboré à partir de ces recommandations ») et 16 critères de Pratiques (Réponses : Oui, Non ou Non Applicable). Deux critères destinés à appréhender la réalité d'une réflexion quotidienne sur les traitements proposés (Installation d'une limitation de soins avant l'arrêt de soins & Traçabilité quotidienne du déroulement de la procédure de LATA) ont été rajoutés. Après une information relative à cette évaluation auprès de l'équipe médico-soignante, il a été procédé au recueil des données dans les dossiers des patients. Les critères ont été considérés comme satisfaisants si le pourcentage de réponses « OUI » était supérieur à 80 %.

Résultats : Quarante-deux-dix-huit dossiers consécutifs ont été étudiés. La réponse au Critère Organisationnel est « Oui » pour l'ensemble des dossiers. Dix des 16 critères de Pratiques sont satisfaisants (7 critères à 100 %) de façon pérenne au cours des 5 ans. Les critères non satisfaisants concernent la recherche du niveau d'autonomie et de la

qualité de vie du patient (12 à 35 % selon les années), le consultant extérieur (15 à 36 %) et la recherche des directives anticipées (0 %). Certains critères apparaissent peu adaptés tels que l'information du patient conscient (0 à 6 %) ou dans le cadre d'une tutelle (0 à 5 %). Les 2 critères ajoutés varient au cours des 5 ans entre 52 % et 89 %.

Discussion : Cet audit est le second de notre protocole LATA depuis son élaboration et sa mise en place en 2001. Lors du premier audit en 2004, nous avons élaboré notre propre référentiel. Depuis, le protocole a été enrichi en 2007 d'éléments issus des lois du 04 mars 2002 et du 22 avril 2005. L'évaluation actuelle permet de mettre en évidence le maintien des objectifs de qualité sur 5 ans, les points à améliorer et la réalité du suivi de la procédure LATA. Cet audit est cependant tributaire de la qualité de la traçabilité des informations dans les dossiers mais celle-ci reste la seule preuve de la conduite de la procédure.

Conclusion : Cette évaluation d'une pratique professionnelle utilisant la méthode de l'audit ciblé rétrospectif va être suivie de la mise en place d'actions correctives portant sur les critères jugés insuffisants. Une nouvelle évaluation sera proposée après une année en utilisant la méthode de l'audit clinique ciblé prospectif. Il pourrait même être proposé l'élaboration et le suivi régulier d'un indicateur global similaire aux indicateurs nationaux de qualité et de performance.

Référence

1. Critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles (www.srlf.org/Data/ModuleGestionDeContenu/application/848.pdf)

EP166

État de choc chez des patients avec limitation des thérapeutiques : quelle place pour les catécholamines palliatives ?

S. Merceron, E. Canet, V. Lemiale, N. Maziers, D. Reuter, L. Zafrani, B. Schlemmer, E. Azoulay

Service de réanimation médicale, CHU Saint-Louis, Paris, France

Introduction : Lorsque les patients ont un projet thérapeutique palliatif, le type de traitement non entrepris reste le plus souvent empirique. Cependant, la VNI palliative est associée à une survie et qualité de vie substantielle. Aucune donnée n'est aujourd'hui disponible à propos des catécholamines palliatives.

Patients et méthodes : étude observationnelle, rétrospective, monocentrique réalisée sur 10 ans (01/2002-12/2012) incluant tous les patients admis en réanimation pour état de choc (défini par l'administration de vasopresseurs) avec une décision de limitation thérapeutique sur le recours aux autres thérapeutiques de suppléance vitale (ventilation invasive et épuration extra-rénale). Les données relatives au séjour en réanimation, au statut vital et au *performans status* (PS) à 3 mois ont été colligées.

Résultats : Sur la durée de l'étude, 637 patients ont été admis en réanimation pour la prise en charge d'un état de choc. Parmi eux, 464 ont été intubés. Sur les 173 patients restant, 116 n'ont pas fait l'objet de limitation thérapeutique. Au total, 57 patients âgés de 61 [53-71] ans (75 % d'hommes), soit 9 % de la cohorte, ont été inclus. La principale raison de la limitation thérapeutique d'emblée était l'existence d'une hémopathie maligne ou d'un cancer solide incurables (86 % des cas). Le PS dans le mois précédant l'admission était en médiane à 1 [1-3] et 61 % des patients avaient reçu de la chimiothérapie dans les 30 jours. Un quart des patients vivaient en soins de suite, en hospitalisation à domicile ou avec des aides à domicile. L'IGS II était de 46 [37-57] et le SOFA à J1 était à 9 [7-11]. 58 % des patients avaient plus de deux défaillances d'organe. Les durées de séjour en réanimation et à l'hôpital étaient respectivement de 4 [3-5] et 20 [7-36] jours. 37 % des patients étaient neutropéniques. La majorité (93 %) des états de choc étaient d'origine septique

avec une porte d'entrée digestive ou urinaire (37 %), infection liée au cathéter de longue durée (23 %), pulmonaire (21 %), et non documentée dans 9 % des cas. Les catécholamines étaient administrées pendant 24 [24-39] heures à une dose maximale de 1,3 [1-2] mg/h. Huit (14 %) patients sont décédés en réanimation, 31 % à l'hôpital et 42 % à 6 mois. Chez les survivants, le PS 3 mois après la sortie de réanimation était à 2 [1-3]. Le PS à 3 mois était significativement plus élevé que celui antérieur à l'admission en réanimation (2 [1-3] vs 1 [1-2], $p < 0,01$). 30 % des patients sont retournés au domicile après leur séjour en réanimation.

Conclusion : Dans cette étude, un patient sur 10 qui reçoit des amines vasopressives est en limitation thérapeutique. Dans cette population très sélectionnée, la survie en réanimation et à 6 mois est acceptable. Les patients survivants ont une dégradation de l'état général (mesurée par le PS).

EP167

Décision de limitation et arrêt des thérapeutiques en réanimation (LAT) : implication du médecin généraliste ?

A.S. Malaquin¹, C. Vanbaelinghem², H. Georges³, D. Mathieu¹, M. Jourdain¹

¹Pôle de réanimation, hôpital R.-Salengro, CHRU de Lille, Lille, France

²Service de réanimation médicale, CH de Roubaix, Roubaix, France

³Réanimation polyvalente, CH de Tourcoing, Tourcoing, France

Introduction : La place du médecin généraliste au cours des décisions de limitation et arrêt des thérapeutiques (LAT) en réanimation est peu discutée. Le médecin généraliste est pourtant celui qui gère le plus souvent les fins de vie à domicile. Le recueil de son avis est conseillé dans les dernières recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française. Les objectifs de ce travail étaient d'évaluer l'implication des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais au cours des décisions de LAT prises en réanimation et de rechercher les facteurs influençant leur motivation à participer à ces décisions.

Matériels et méthodes : étude prospective descriptive élaborée par questionnaire envoyé par courrier électronique à 186 médecins généralistes de la région Nord-Pas-de-Calais. Un autre questionnaire était destiné aux médecins réanimateurs de trois services de réanimation polyvalente de la métropole lilloise.

Résultats : Parmi les 84 médecins généralistes interrogés, 79 (94 %) déclaraient avoir déjà eu des patients hospitalisés en réanimation. Parmi eux, 44 (56 %) avaient déjà eu des patients ayant fait l'objet de décision de LAT. Quinze médecins (34 %) déclaraient avoir déjà été sollicités lors des situations de LAT. De manière générale, 73 (92 %) des médecins généralistes aimeraient être sollicités. Cinquante-six (88 %) étaient favorables au recueil des directives anticipées et la déclaration de la personne de confiance à l'occasion d'une consultation dédiée en ville, 64 (89 %) jugeaient utile l'organisation d'une campagne de sensibilisation auprès du grand public et 72 (92 %) étaient favorables à la traçabilité de cette décision dans le dossier médical ou à domicile. Ni l'ancienneté d'installation ($p = 0,542$), ni le type d'exercice médical ($p = 0,822$), ni même une participation antérieure à une décision de LAT ($p = 0,237$) ne semblaient influencer significativement l'implication des médecins dans ces décisions. Pour les patients hospitalisés en réanimation, le médecin traitant était informé dans 14 % qu'un processus de LAT était en cours et une fois la décision prise, il était informé et en accord dans 28 % des cas.

Conclusion : Les médecins généralistes interrogés ne participaient que dans un tiers des cas aux décisions de LAT prises en réanimation. On retrouvait pourtant un grand intérêt pour cette question avec une réelle volonté d'être sollicité et d'aider leurs patients en anticipant les

demandes et les situations complexes. Une demande de collaboration avec les médecins spécialistes était mise en évidence. Aucun facteur influençant leur motivation n'était retrouvé. Une forte demande de formation sur cette thématique de la fin de vie était identifiée.

Bibliographie

- Ferrand E, Jabre P, Fernandez-Curiel S, et al (2006) Participation of French general practitioners in end-of-life decisions for their hospitalised patients. *J Med Ethics* 32:683-7

EP168

Implication des médecins généralistes lors des décisions de limitations et/ou d'arrêt des traitements au sein d'un service de réanimation polyvalente

M. Le Meur¹, L. Laine², N. Roucaud¹, M. Thyrault¹, R. Paulet¹, J.M. Coudray¹, L. Montesino¹

¹Réanimation polyvalente, CH de Longjumeau, Longjumeau, France

²Service de réanimation médicale et infectieuse, CHU Bichat-Claude-Bernard, Paris, France

Introduction : Dans le cas où un patient se retrouve incapable d'exprimer sa volonté, la loi « Leonetti » oblige les médecins à respecter une procédure collégiale avant d'envisager des limitations ou un arrêt des traitements (LAT). Cette procédure collégiale doit faire intervenir un médecin extérieur à l'équipe de soin appelé en qualité de consultant. Ces situations sont fréquentes en réanimation et les médecins généralistes des patients pourraient être des consultants pertinents étant donné leur connaissance globale du patient et de son environnement. L'objectif principal de notre étude est d'évaluer l'implication actuelle des médecins généralistes dans les processus collégiaux de LAT au sein d'un service de réanimation polyvalente. Les objectifs secondaires de l'étude sont de recueillir leur ressenti vis à vis des décisions prises pour leur(s) patient(s), qu'ils aient participé ou non, et d'évaluer leurs souhaits concernant la révision législative à venir.

Patients et méthodes : Pour répondre à ces objectifs, nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive au sein du service de réanimation polyvalente du centre hospitalier de Longjumeau (91160). Nous avons inclus toutes les situations cliniques de LAT de l'année 2012 pour lesquelles le recours à un consultant dans le cadre d'un processus collégial était nécessaire. Après obtention de leur accord, les médecins généralistes des patients concernés par ces décisions ont été interrogés à l'aide d'un questionnaire anonyme comprenant 32 questions en majorité à réponses fermées.

Résultats : Sur la période analysée, 59 situations cliniques ont nécessité une décision collégiale de LAT. Six ont été exclues de notre analyse pour impossibilité de contacter le médecin généraliste ou pour refus de participation. Le taux de réponse a été de 60,4 % (32/53) et seulement 18,8 % des répondants ont participé en tant que consultant à la décision de LAT de leur patient. Deux tiers des médecins généralistes déclarent ne jamais participer à de telles décisions pour leurs autres patients. Seulement 43,7 % des médecins généralistes ont été contactés par les réanimateurs durant le séjour et 21,9 % lors de la sortie ou du décès de leur patient. Les médecins généralistes ont pris des nouvelles de leur patient pendant l'hospitalisation en réanimation dans 37,5 % des cas. La totalité des médecins généralistes non impliqués n'ont pas participé par défaut de proposition de la part des réanimateurs. Concernant les médecins généralistes non impliqués, leur participation aurait pu modifier les décisions de LAT prises pour deux patients (7,7 %). Les répondants estiment en majorité être disponibles (78,1 %) et compétents (81,2 %) pour participer aux décisions encadrant la fin de vie. Un tiers a par ailleurs été questionné par la famille du patient sur ces décisions. Seuls 21,7 % des médecins généralistes déclarent bien connaître la législation française

sur la fin de vie. En cas de révision prochaine de celle-ci, deux tiers estiment important de rendre le recours aux médecins généralistes obligatoire pour de telles décisions.

Conclusion : Malgré un intérêt indéniable des médecins généralistes pour les décisions encadrant la fin de vie de leurs patients, ceux-ci ne sont que très rarement impliqués dans les processus collégiaux de LAT engagés en réanimation. L'absence de proposition de participation par les réanimateurs ainsi qu'une connaissance insuffisante de la loi actuelle par les acteurs du système de santé semblent expliquer en partie ce résultat. A l'aube d'une révision de la législation sur la fin de vie, les médecins généralistes souhaiteraient jouer un rôle plus important, et ce d'autant plus que leur participation aux décisions collégiales pourrait améliorer nos pratiques dans ce domaine.

EP169

EPP « clés en main » de la SRLF sur les LATA : l'occasion d'améliorer les pratiques au sein de quatre services de réanimation d'un même CHU

S. Viquesnel¹, R. Dumont¹, B. Dessomme², K. Asehnoune¹

¹Réanimation chirurgicale, CHU de Nantes, Hôtel-Dieu, Nantes, France

²Évaluation médicale et épidémiologie, hôpital Saint-Jacques, Nantes, France

Introduction : En Janvier 2010, la SRLF propose une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) « clés en main » concernant les limitations et arrêts thérapeutiques actifs (LATA). Notre étude fait l'état des lieux de nos pratiques dans 4 services de réanimation chirurgicale au sein d'un CHU.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle prospective, mise en place après accord du comité d'éthique local, sur la période de mars 2010 à mars 2011. Chaque patient justifiant d'une LATA ou

décédé a été inclus. Nous avons évalué les objectifs décrits dans l'EPP ainsi que l'implication des médecins traitants dans la décision de LATA.

Résultats : Sur 226 patients inclus, 60,6 % (n = 137) ont fait l'objet d'une LATA au sein des 4 réanimations (Tableau 1). Lors de la mise en place de LATA, 65,7 % (n = 90) relevaient d'une limitation et 34,3 % (n = 47) d'un arrêt des thérapeutiques actives. Pour ces 137 patients, 7 critères sur les 9 décrits dans l'EPP ont été respectés (Tableau 2). Parmi les médecins traitants retrouvés (80 %), 20,9 % (n = 23) ont été informés de la décision de LATA dont 91,3 % ont apprécié le fait d'être contacté. Pour les 79,1 % (n = 87) restants, 73,6 % auraient aimé être impliqués voire assister à la réunion pour 15,9 % d'entre eux. Pour les 89 patients décédés sans LATA, cette dernière aurait pu être justifiée dans 29,2 % (n = 26) des cas. L'obstacle principal à sa mise en place est un défaut de communication au sein des équipes (57,7 %).

Conclusion : Cette étude montre une disparité au sein des 4 réanimations d'un même CHU concernant les LATA. La majorité des critères de l'EPP sont respectés mais certains points peuvent être améliorés, comme le respect de la collégialité. Certains patients auraient pu bénéficier d'une LATA avec une meilleure communication au sein des équipes. L'étude montre l'insuffisante intégration des médecins traitants. En effet, ces derniers expriment le souhait d'être informés voire impliqués dans la prise de décision. Une nouvelle évaluation des pratiques sera réalisée après une campagne d'information et de sensibilisation des praticiens et du personnel paramédical. Un contact systématique avec les médecins traitants sera mis en place dès l'entrée des patients.

Bibliographie

- Lienhart A, Puybasset L, Beloucif S, et al (2006) Recommandations de bonnes pratiques cliniques concernant l'application de la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. *Annales Françaises d'Anesthésie Réanimation* 25:e4-e8
- SRLF (2010) Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des recommandations de la Société de réanimation de langue française. *Réanimation* 19:679-98

	Lits (n)	Admission/an (n)	Oui % (n)	Non % (n)	Décès avec LATA % (n)
Réanimation 1	6	60	80 (12)	20 (3)	100 (12)
Réanimation 2	14	900	75 (72)	25 (24)	72,2 (52)
Réanimation 3	14	1 600	35 (14)	65 (26)	100 (14)
Réanimation 4	16	900	52 (39)	48 (36)	82,1 (32)

	Oui (%)	Non (%)
<i>Objectif 1 : Éligibilité aux LATA</i>		
1- Impasse thérapeutique malgré stratégie optimale	90,5	9,5
2- Prise en charge disproportionnée ou déraisonnable	100	0
<i>Objectif 2 : Respect des principes de la loi du 22/04/2005 et de la réflexion éthique</i>		
3- Respect de la collégialité	40	60
4- Recherche de la volonté du patient	39	61
5- Annonce et explication de la décision (patient, proches)	98,5	1,5
6- Traçabilité de la décision	96,4	3,6
7- Notification des modalités de LATA	96,4	3,6
<i>Objectif 3 : Mise en place des moyens d'évaluation de la prise en charge</i>		
8- Définition de la prise en charge ultérieure	90,5	9,5
9- Définition de l'accompagnement des proches	81,8	18,2