



Limitations et Arrêt des Thérapeutiques Actives en réanimation (LATA)

A.R.C.O 2014

Réanimation Centre Hospitalier BOURGES

Historique

Suite à des difficultés de prise en charge pour la mise en place d'une LATA, **un groupe de travail** a été créé en octobre 2013.

Il se compose de 12 membres du service de Réanimation :

- ❖ **3 médecins** : Dr Gossa, Dr Boré et Dr Voellmy.
- ❖ **1 CS** : Mme Babin.
- ❖ **7 IDE** : Blandine R, Clémence D, Sonia J, Arnaud D, Eloïse S, Marie F et Claire D
- ❖ **2 AS** : Agnès D et Julie F.

Historique



Pour cela...

- ❑ **Octobre 2013** : 2 IDE ont participé à une formation à Paris sur les LATA animée par le CH d'Argenteuil.

- ❑ **Novembre-Décembre 2013** :
 - ❑ Compte rendu de la formation à Paris aux membres du groupe de travail.
 - ❑ Distribution des questionnaires aux membres de l'équipe suivi d'une synthèse.

Nos motivations



- Malaise ressenti par l'équipe lors des prises en charge de certains patients.
- Problème de communication dans l'équipe (médicale et paramédicale) orales et écrites, entraînant des difficultés de prise en charge.
- Le principal souhait de l'équipe est de « **savoir quoi faire** » en cas d'urgence, quelle attitude adopter.
- Harmoniser les pratiques de chacun dans les cas où la mise en place d'une LATA se pose.

Objectifs du groupe de travail



A court terme :

- Mise en place d'une procédure
- **Présenter et former** l'ensemble de l'équipe formation sur l'outils mis en place tout en rappelant les principes propres de la LATA.

□ A moyen terme :

- **Réévaluer les connaissances** et les pratiques après mise en place des protocoles

La LATA



- La LATA est à distinguer de l'euthanasie « active », **formellement INTERDITE en France**. La décision de LATA vise à restituer son caractère naturel à la mort.

- La LATA s'inscrit dans une **démarche éthique**. Elle demande une réflexion sur l'engagement thérapeutique à suivre.

- La LATA est **strictement légiférée**
 - Loi Kouchner
 - Loi Leonetti
 - Code de déontologie

La LATA



- Bien que la décision finale relève du rôle du médecin, **une discussion collégiale doit avoir lieu** :
 - limitation et/ou arrêt des traitements
 - modalités de la stratégie à adopter (mise en place de soins palliatifs)
 - souhaits du patient (le patient lui-même, recherche de directives anticipées, personne de confiance, familles, proches)
 - mise en œuvre (revue et réajustée régulièrement)

- Suite à la décision, **les proches doivent recevoir une information claire.**

- **N'importe qui peut avoir un doute** au sujet de la décision et doit faire reporter la discussion pour éviter les conflits dans l'équipe et les problèmes médico-judiciaires.

La LATA



- **A tout moment, il est possible d'annuler une LATA si l'état du patient évolue favorablement.**
- Dans cette démarche de prise de décision et les modalités d'application qui s'y rattachent, TOUT doit être tracé et détaillé dans le dossier médical du patient.
- En pratique, les recommandations internationales suggèrent l'élaboration d'un protocole et d'un support de traçabilité de la démarche de décision et des directives de limitations/arrêts des thérapeutiques.

La LATA



- Afin de favoriser l'adhésion d'un maximum de personnes à la mise en place de ce protocole, nous avons légitimé notre travail par le choix d'une méthodologie
 - un audit (long et difficile à réaliser)
 - **un questionnaire d'évaluation des besoins et ressentis de l'équipe.**

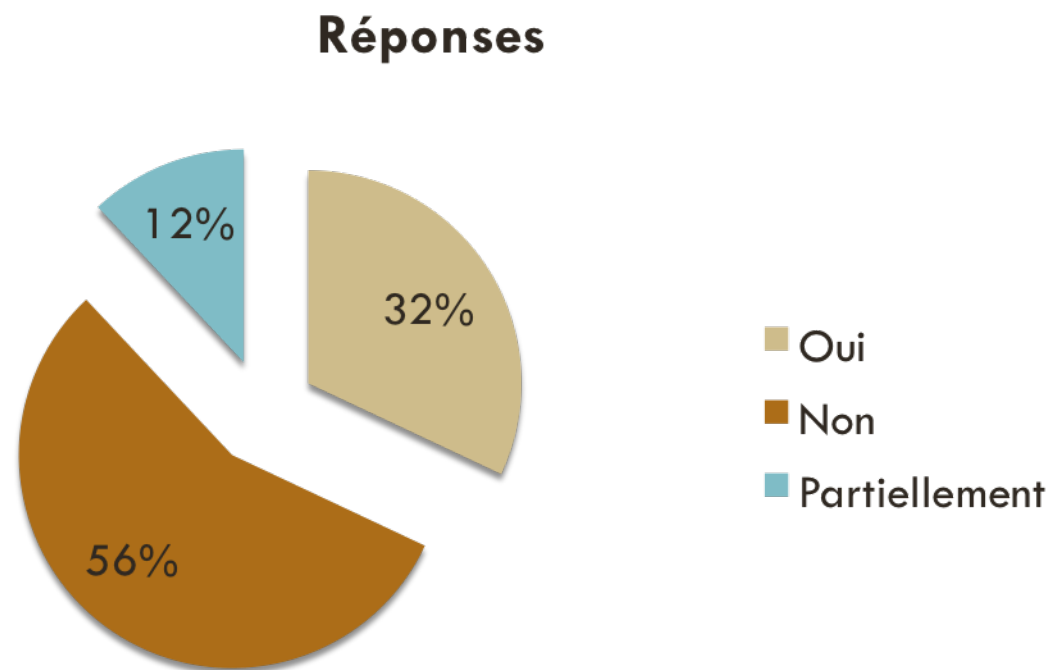
Etude du questionnaire

- **Questionnaire distribué à l'ensemble du personnel de réanimation :**
 - soit 49 personnes (6 médecins à la date de distribution).
 - 25 questionnaires rendus, soit 51 %

- **Objectifs :**
 - Légitimer notre travail
 - Connaître les attentes de nos collègues

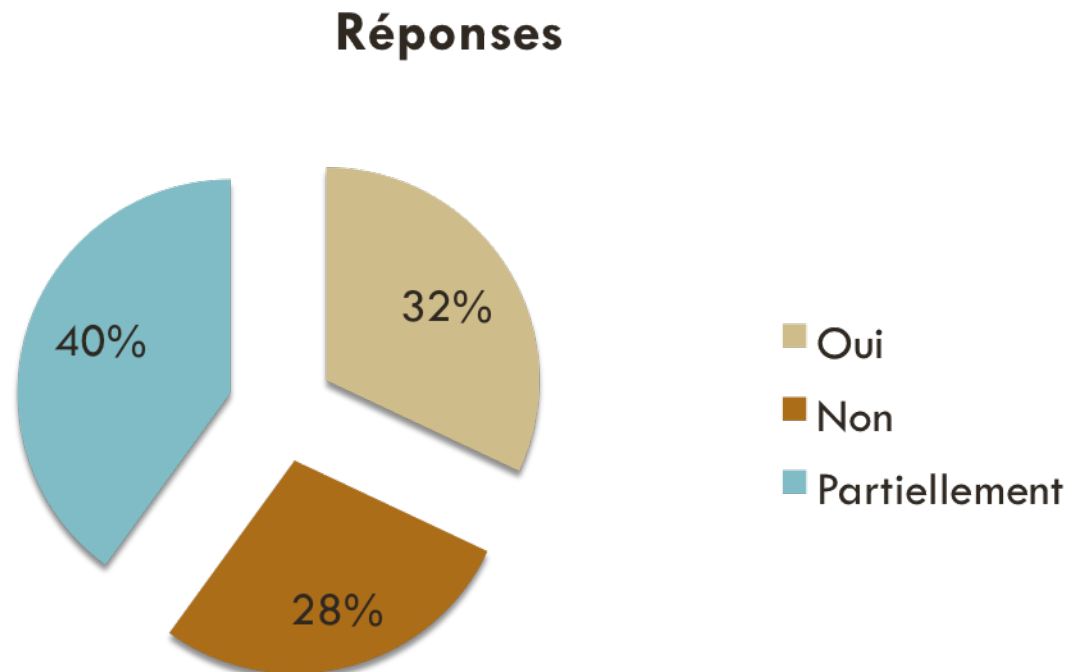
Etude du questionnaire

□ Connaissez-vous la loi Kouchner ?



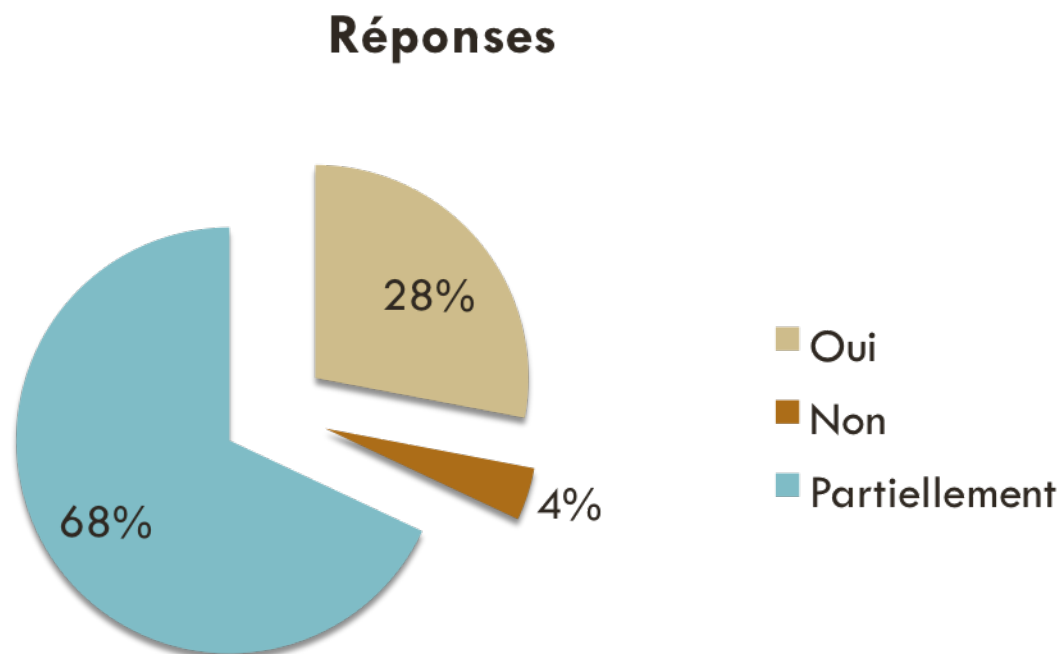
Etude du questionnaire

□ Connaissez-vous la loi Leonetti ?



Etude du questionnaire

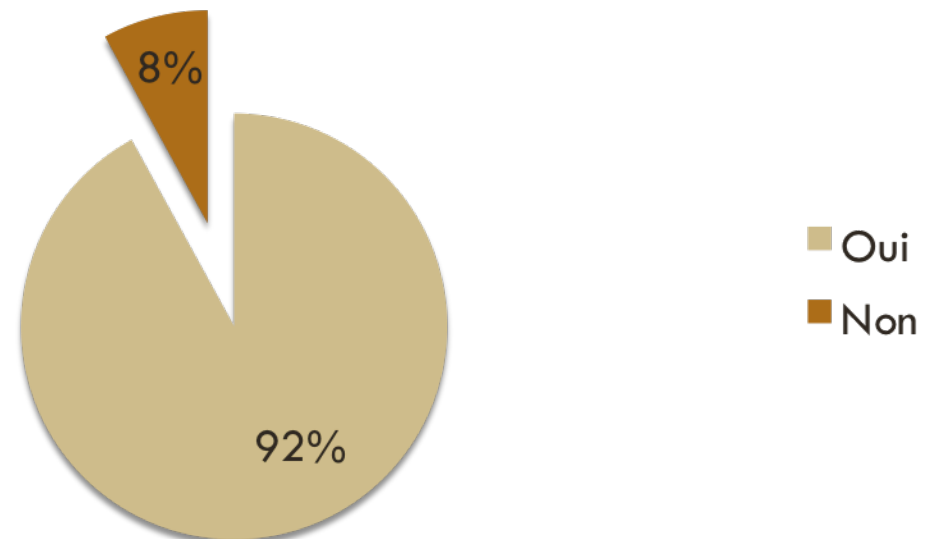
□ Que veut-dire l'abréviation LATA ?



Etude du questionnaire

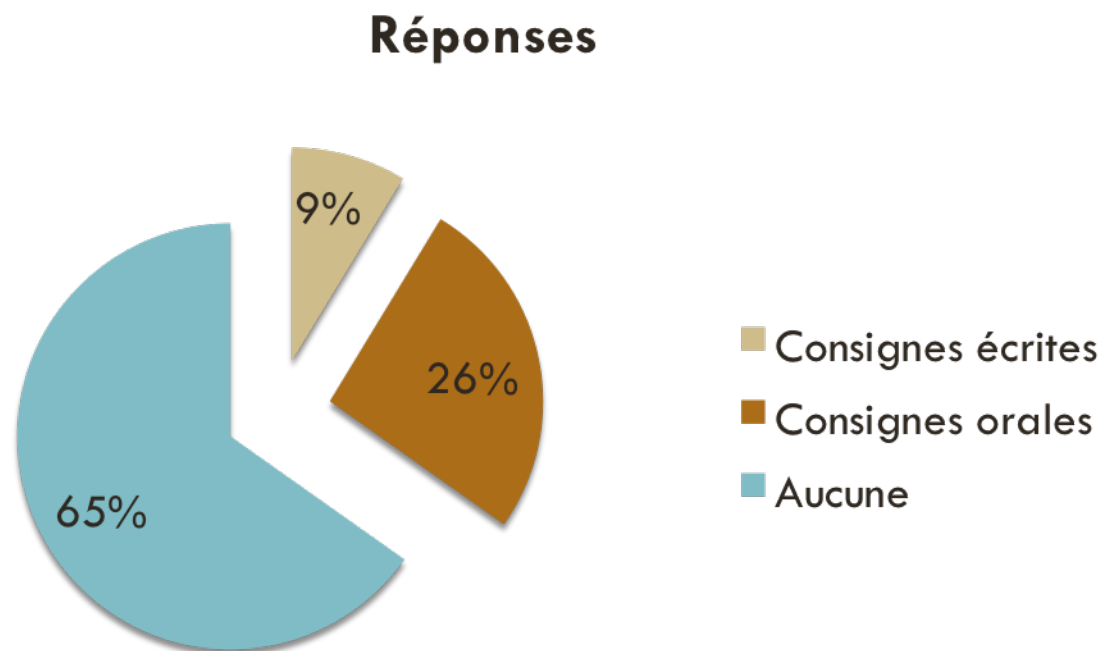
- Avez-vous déjà pris en charge un patient en LATA ?

Réponses



Etude du questionnaire

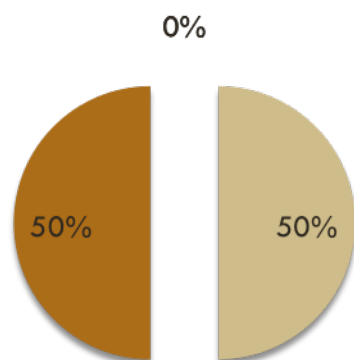
□ Avez-vous eu des consignes à suivre ?



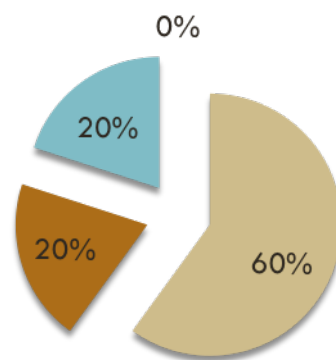
Etude du questionnaire

- A qui revient la décision d'une mise en LATA ?

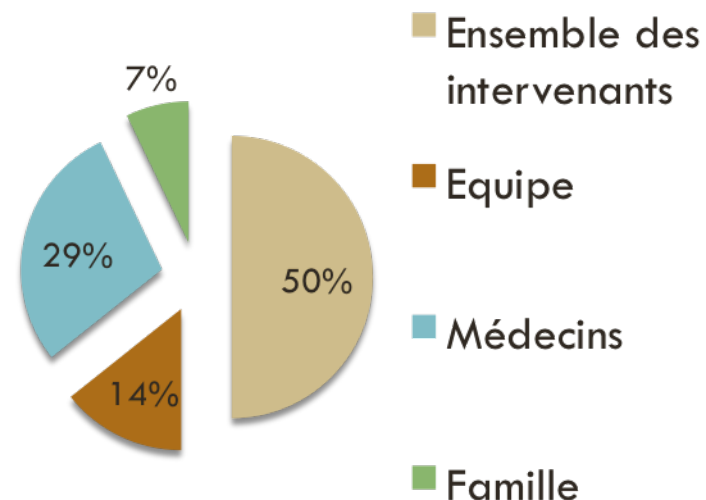
Réponses des médecins



Réponses des AS



Réponses des IDE



Etude du questionnaire

- Pensez-vous qu'il faut améliorer la PEC des patients en fin de vie ?

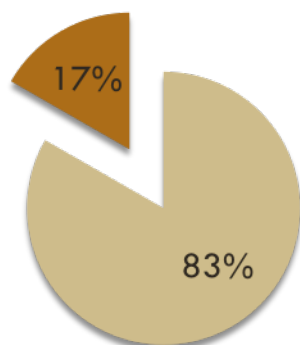
100% des interrogés répondent

OUI

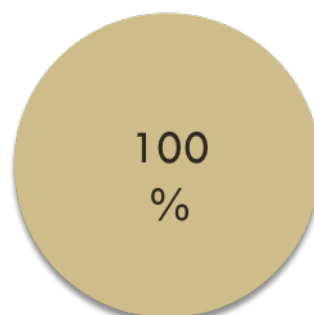
Etude du questionnaire

- Savez-vous ce qu'est la personne de confiance ? Quel est son rôle ?

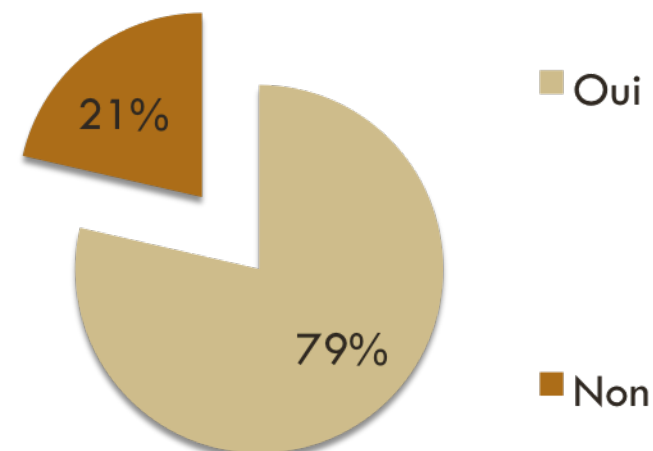
Réponses des
médecins



Réponses des
AS



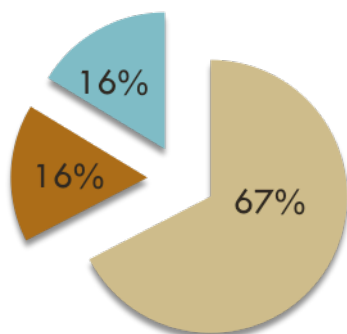
Réponses des IDE



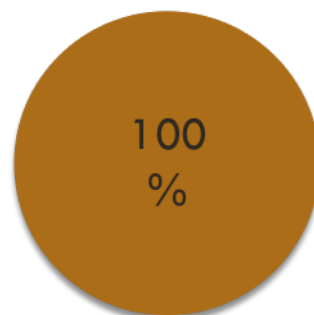
Etude du questionnaire

- Vous sentez-vous impliqués dans le processus de décision de LATA ?

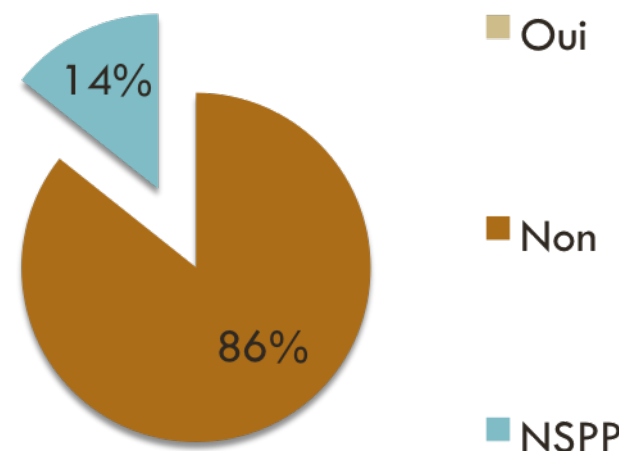
Réponses des
médecins



Réponses des
AS



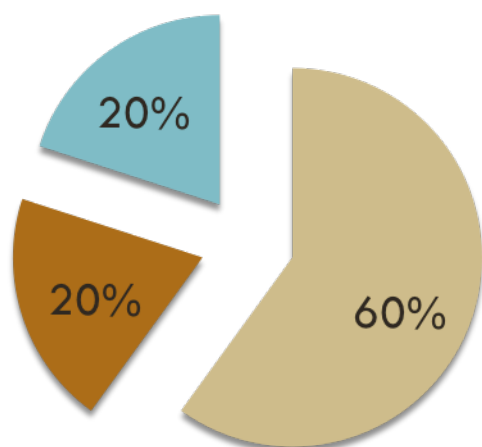
Réponses des IDE



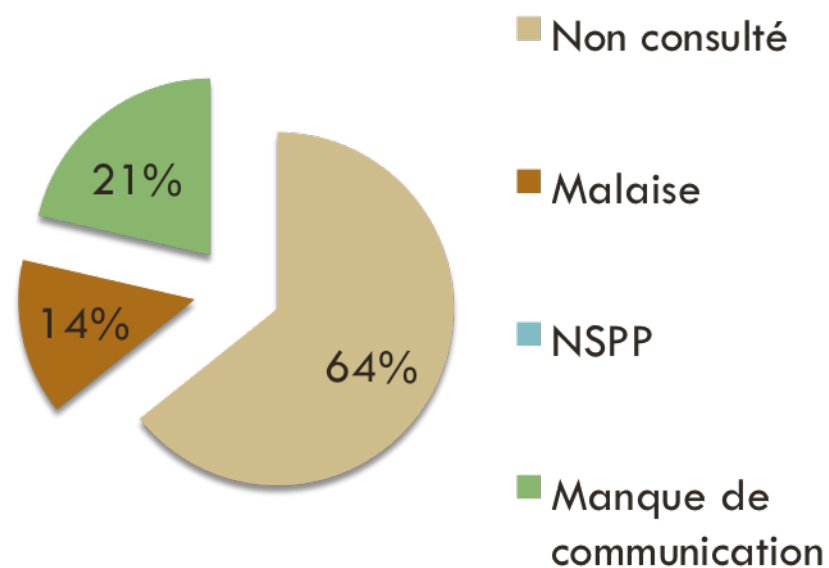
Etude du questionnaire

□ Si non, pourquoi ?

Réponses des AS



Réponses des IDE



Etude du questionnaire



Autres ressentis de l'équipe paramédicale

- Manque de transmissions écrites des médecins
- Manque de confiance en ce qui concerne les observations IDE/AS et le confort des malades
- Manque de PEC de la douleur de manière générale

Les 4 étapes de la procédure



1. Rappel de quelques définitions :

- Limitation de thérapeutiques actives
- Arrêt de thérapeutiques actives
- Concertation collégiale
- Consensus
- Notion d' équipe en réanimation
- Directives anticipées
- Personne de confiance

Les étapes de la procédure



2. Recueil des données et informations
3. Réunion collégiale et une délibération
4. Validation de la décision et mise en application

2 fiches reflexes

- **Elaboration de 2 fiches réflexes** : supports écrits afin de préserver une traçabilité de la réflexion et de la décision :
 - **Fiche 1** : Réflexion collégiale concernant le niveau d'engagement thérapeutique
 - **Fiche 2** : Projet thérapeutique

Fiche n°1
Réflexion collégiale concernant le niveau d'engagement thérapeutique

Date de la discussion :

Réflexion informelle ayant précédé cette discussion : oui non

Patient :

- consulté en accord avec la stratégie
- consulté en désaccord avec la stratégie
- inapte à consentir (coma ou sédation) :
 - Si inapte : présence de directives anticipées personne de confiance :
 - Dans l'un de ces cas, souhaits du patient :

Proches :

- absence de proches connus ou joignables
- consultés et en accord avec la stratégie
- niveau d'information insuffisant
- consultés en désaccord avec la stratégie
- défaut de qualité des entretiens

→ Synthèse de l'entretien avec les proches dans le dossier médical

Intervenants de la réflexion collégiale :

Fonction	Identification (Noms et signatures)
Médecins en charge du patient	
Consultant extérieur	
Infirmier(e) en charge du patient	
Aide soignant(e) en charge du patient	
Autre :	

Antécédents :

Autonomie antérieure :

Autonomie complète Autonomie relative (nécessité d'aide) Dépendant Grabataire

Motif d'hospitalisation :

Contexte clinique et motif de la réunion (diagnostic) :

En cas de modification de la décision : rayer cette fiche et en établir une nouvelle

Réflexion collégiale concernant le niveau d'engagement thérapeutique

Page 1

Défaillance(s) d'organe(s) lors de la discussion :

- Cardiovasculaire nécessitant un support vasopresseur
- Hématologique nécessitant transfusions répétées
- Hépatique
- Neurologique avec anoxie/ischémie nécessitant la ventilation artificielle
- Neurologique avec anoxie/ischémie ne nécessitant pas la ventilation artificielle
- Rénale et métabolique nécessitant l'épuration entra rénale
- Respiratoire nécessitant la ventilation artificielle

Etiquette du patient

Argumentation en faveur ou contre une limitation des traitements selon l'équipe de réanimation :	Oui	Non
Il n'existe plus de stratégie de traitements curative possible		
Le délai d'action est suffisant pour juger de l'inefficacité de la stratégie en cours		
Aucun renseignement ou examen supplémentaire n'est indispensable à la réflexion		
Le pronostic de la maladie de fond est objectivement désespéré à court terme		
L'âge est particulièrement avancé		
Le niveau d'engagement thérapeutique est déjà limité avant cette discussion		
L'autonomie antérieure à l'hospitalisation était limitée		
L'autonomie fonctionnelle future sera très limitée		
La qualité de vie future sera très limitée		
Un refus de soin a clairement été exprimé par le patient		
La souffrance physique du patient est incontrôlée		
La souffrance morale du patient est majeure malgré une prise en charge spécifique		
Les proches considèrent la prise en charge comme de l'acharnement thérapeutique		

Commentaires :

Niveau de consensus de la décision :

Consensus au sein de l'équipe : Non Oui → *Si non, prévoir une réunion dans les 48h* Date :

Le patient sera impliqué dans cette réflexion : Oui Non, juste informé Non, du tout
Les proches seront impliqués de cette réflexion : Oui Non, juste informé Non, du tout

Commentaires :

Stratégie proposée :

- Engagement thérapeutique maximal argumenté (= on continue la réa)
- Engagement thérapeutique maximal par insuffisance de données
- Ne pas réanimer en cas d'arrêt cardiaque (NTBR) → *Remplir la fiche de projet thérapeutique*
- Limitation des traitements et démarche palliative → *Remplir la fiche de projet thérapeutique*
- Arrêt des traitements et démarche palliative → *Remplir la fiche de projet thérapeutique*

Après consultation :

Le patient est : en accord avec la stratégie en désaccord avec la stratégie inapte à consentir
Les proches sont : en accord avec la stratégie en désaccord avec la stratégie

→ *Si désaccord prévoir un autre entretien dans un délai de 48h* Date du prochain entretien :

Commentaires :

Décision après les différentes consultations : Stratégie et projet thérapeutique : Validés Non validés

Commentaires :

Nom et Signature du/des médecin(s) responsable(s) de la décision :

En cas de modification de la décision : rayer cette fiche et en établir une nouvelle



Fiche n°2
Projet thérapeutique

Etiquette patient

Limitation des thérapeutiques actives :

- Ne pas effectuer de réanimation cardio-respi en cas d'ACR
- Ne pas effectuer de CEE en cas de TDR ventriculaire
- Ne pas effectuer de reprise chirurgicale

Ne pas instaurer ou réinstaurer :

- Amines vasopressives
- Intubation
- Ventilation mécanique invasive
- VNI
- EER
- Antibiothérapie
- Transfusions

- Ne pas augmenter : FiO2 / PEEP et sup. ventilatoire
 Amines vasopressives

Arrêt des thérapeutiques actives :

Arrêt de :

- Ventil. mécanique : FiO2 0,21 et PEEP 0
- Extubation
- VNI

- Amines vasopressives
- EER
- Alimentation : Parentérale
- Entérale

- Hydratation
- Antibiothérapie
- Anti-coagulation

Renforcement des soins de confort :

- Sédation : (benzodiazépine)
- Analgésie : (morphinique)
- Réduction des sécrétions bronchiques : Scopolamine
- Suivi psychologique

Autres mesures de confort :

- Adapter ou Annuler les limites d'alarmes des instruments de surveillance
- Arrêt des prélèvements sanguins et des examens invasifs ou de radio
- Limitation ou arrêt de paramètres de surveillance (PVC, glycémie capillaire, etc.) (préciser) :
.....

- Retrait des dispositifs invasifs : Cathéter artériel Voie veineuse
 SNG SU

- Intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs
- Intervention d'un ministre du culte à la demande du patient ou de sa famille
- Autres :

Accompagnement des proches :

- Suivi psychologique
- Elargissement des horaires de visite :
- Souhais des membres de la famille quant à leur présence au moment du décès et/ou le moment et le moyen les prévenir :

Nom et Signature du/des médecin(s) responsable(s) de la décision :

Projet thérapeutique

En cas de modification de la décision : rayer cette fiche et en établir une nouvelle

CONCLUSION

Dans la pratique, nous ne sommes
qu'au balbutiement
d'un réel travail d'EQUIPE
sur cette prise en charge de LATA

