

LAT

LIMITATION ou ARRÊT  
DES THERAPEUTIQUES  
EN REANIMATION

Journée ARS 13 juin 2017 - Lyon

Dr Sandrine GAILLARD

Anne-Lise BRIERE

Réanimation - Bourg en Bresse



# CONCEPTS

## REANIMATION

- Larousse = ensemble des moyens et des soins mis en œuvre par un médecin pour rétablir ou surveiller une fonction vitale menacée à court ou moyen terme
- CSP R6123-33 = les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance

# CONCEPTS

## LAT SRLF 2002

**Limitation** = non instauration ou non optimisation - **Arrêt**

d'1 ou plusieurs thérapeutique(s) curative(s) ou de suppléance des défaillances d'organes, dont la conséquence peut être d'avancer le moment de la mort

## SOINS PALLIATIFS

Larousse = ensemble des soins et de l'accompagnement psychologique apportés à un **malade en fin de vie**

SRLF = les traitements palliatifs associent l'ensemble des mesures permettant de **lutter contre l'inconfort**, qu'il soit physique, émotionnel, spirituel ou social

Maîtrise de l'agressivité des soins en fin de vie

Amélioration de la qualité de vie et limitation des coûts

# CONCEPTS

## EUTHANASIE

- Larousse = acte d'un médecin **qui provoque la mort** d'un malade incurable pour abrégé ses souffrances ou son agonie, illégal dans la plupart des pays

*homicide volontaire selon article 221-1 du code pénal*

## ACHARNEMENT THERAPEUTIQUE

- Larousse = fait d'employer tous les moyens thérapeutiques pour maintenir en vie un malade qu'on estime dans un **état désespéré**

# ETHIQUE MEDICALE

= ensemble des règles de conduite des professionnels  
de santé vis-à-vis de leurs patients

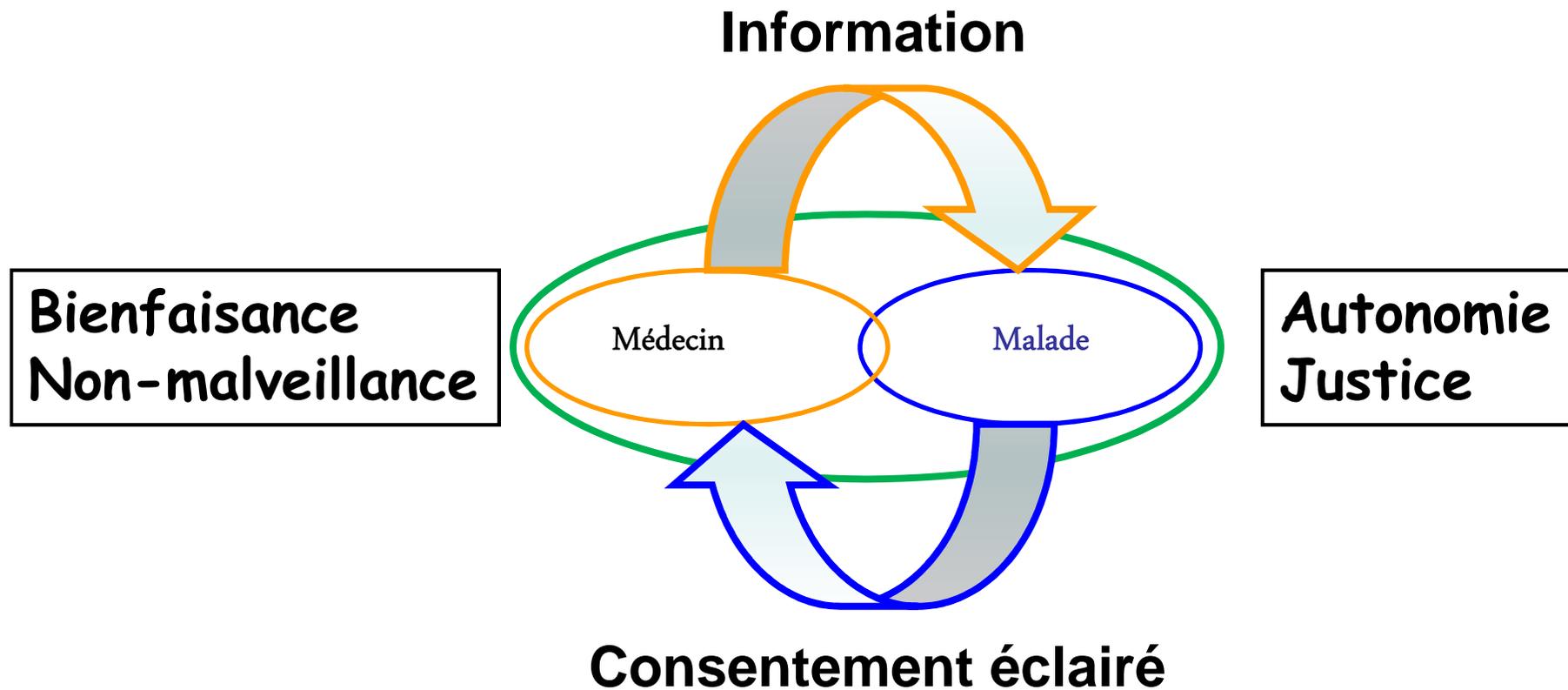
- L'éthique médicale, nécessairement complexe, participe à la fois de la **déontologie** (ensemble des règles internes à une profession), de la **morale** et de la **science**
- Le respect de l'éthique médicale constitue la meilleure **garantie de la qualité des soins et de la liberté du malade** ; il témoigne de la recherche d'une certaine forme de sagesse, de « science avec conscience », dans l'exercice de la médecine contemporaine

# ETHIQUE MEDICALE

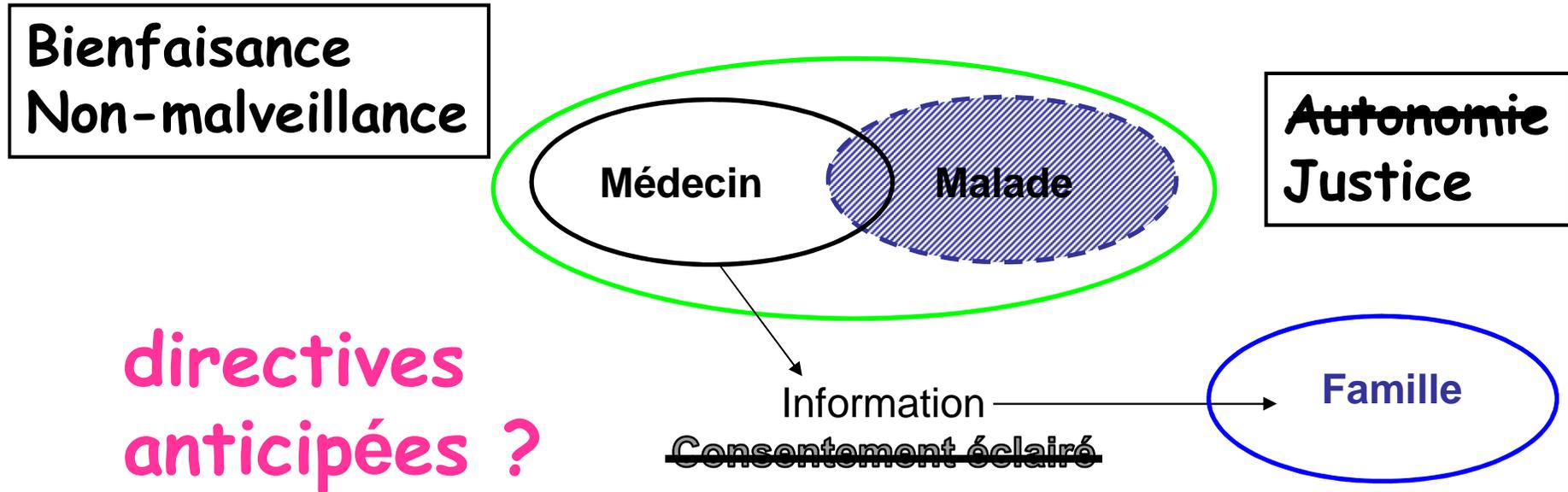
Relation médecin-malade

# ETHIQUE MEDICALE

## Relation médecin-malade



# EN REANIMATION



directives  
anticipées ?

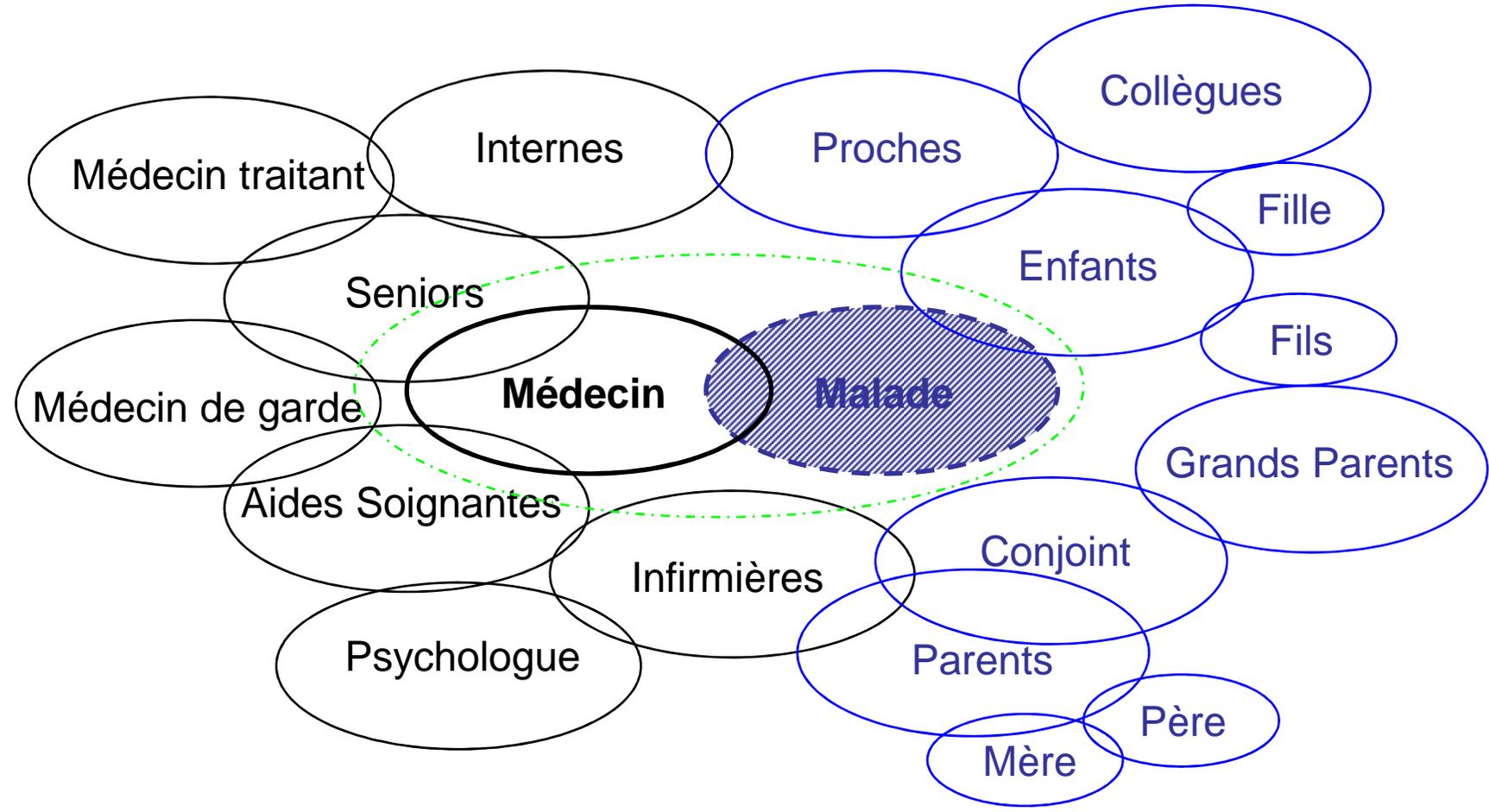
secret médical ?

personne de  
confiance ?

Le modèle de décision évolue avec l'incapacité  
liée à la situation critique

Outils d'expressions de la volonté du patient

# Entre « paternalisme » et « autonomie » : le modèle de « décision partagée »



# LAT

1998 **LATAREA** 1 décès sur 2 est précédé d'une LAT

2002 **recommandations SRLF** sur les LAT en réanimation adulte  
- groupe de travail réanimateurs/psychiatres/philosophes

2009 réactualisation

## CADRE LÉGAL

**Loi n° 2002-303** du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, aussi appelée (loi Kouchner)

**Loi n° 2005-370** du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (loi Léonetti) - décret 2006-120

**Rapport Sicard** du 18 décembre 2012 de réflexion sur la fin de vie

**Loi n° 2016-87** du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (loi Clays-Léonetti)

# Contexte juridique

## Lois Kouchner et Léonetti

Lois du 4 mars 2002 et du 22 avril 2005

Décret du 6 février 2006

- Expression de la volonté des malades en fin de vie
- Refus de « l'obstination déraisonnable »
- Directives anticipées
- Personne de confiance
- Procédure collégiale de décision pour les patients hors d'état d'exprimer leur volonté

**L'obstination déraisonnable** (art.L.1110-5,et R.4127-37 CSP) s'entend des actes de prévention, d'investigation ou de soins qui apparaîtraient «*inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie*», et qui peuvent en tant que tels, faire l'objet d'une décision de limitation ou d'arrêt des traitements actifs définie selon des critères objectifs appréciés par l'équipe en charge du patient

# OÙ ET COMMENT SE PRENNENT LES DÉCISIONS DE LAT ?

## En amont de la réanimation

pré-hospitalier / urgences / service

- non transfert en réa = décision de ne pas proposer par le médecin en charge du patient
- non admission en réa = décision de ne pas admettre par le réanimateur
- décision anticipée de ne pas recourir à certaines suppléances

Lorsque le patient n'est plus en état d'émettre sa volonté dès ce stade, la décision de LAT prise par anticipation suppose la réalisation d'une **procédure collégiale**.

## En réanimation

# EN PRATIQUE

- ✓ Processus décisionnel théorique **collégial & multidisciplinaire** avec souhait du patient et avis de la famille/personne de confiance
- ✓ Fréquence ?
  - pas du tout...
  - sur alerte
  - réunions formelles régulières
  - au quotidien
- ✓ **Traçabilité**

# EN PRATIQUE

✓ Processus décisionnel théorique **collégial & multidisciplinaire** avec souhait du patient et avis de la famille/personne de confiance

✓ Fréquence ?

• pas du +

• sur

• réun

• au ql

✓ **Traçabilité**

Intensive Care Med (2002) 28:1309-1315  
DOI 10.1007/s00134-002-1370-y

Laurent Holzapfel  
Guy Demingeon  
Bonnay Piralla  
Loïc Biot  
Brigitte Nallet

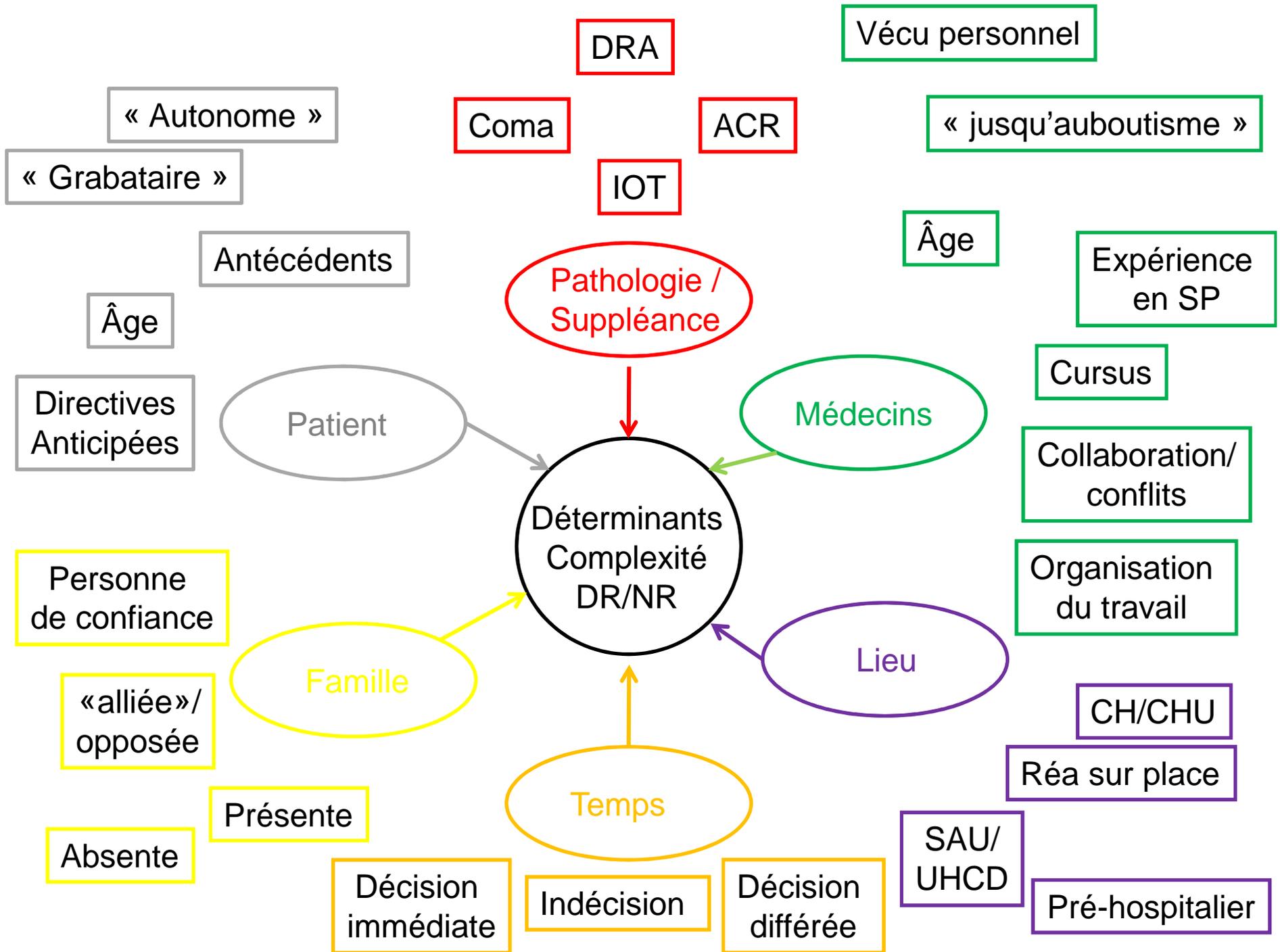
ORIGINAL

A four-step protocol for limitation of treatment  
in terminal care. An observational study  
in 475 intensive care unit patients

# AIDE A LA DECISION

- **Sur le plan médical**
  - ✓ état général et autonomie antérieurs
  - ✓ réversibilité/curabilité de l'épisode actuel
  - ✓ évaluation pronostique des maladies sous-jacentes
  - ✓ traitements ultérieurs possibles
  - ✓ séquelles prévisibles
- **Sur le plan personnel pour le patient**
  - ✓ que sait-il ?
  - ✓ que veut-il ?
  - ✓ que ne veut-il pas ?

qu'exprime la  
famille ?



# PROTOCOLE REA CHB

- Niveau A = pas de limitation
- Niveau B = pas de RCP si ACR
- Niveau C = non-escalade thérapeutique
- Niveau D = arrêt des thérapeutiques actives
- Niveau E = arrêt de la ventilation mécanique et sédation anticipative

Germe

Type d'isolement

Contact

Gouttelettes

Respiratoire

LATA

A

ALIMENTATION

Repas

Transit

SNG

Drains/

Quantité

R/O

# 1er temps : NIVEAU ÉQUIPE

- Interrogation quotidienne
- Directives anticipées
- Collégiale
- Place au doute... et on peut rétrograder



Image extraite du reportage de 7 à 8 « la décision » de février 2012

Etiquette  patient	<b><u>LATA</u></b>	Niveau équipe retenu le _____ à _____ <b>Niveau effectif retenu le _____ à _____</b>
	Age : _____	Discussion et avis de l'équipe : _____  Avis du patient si son état de conscience le permet : _____
Date et Motif d'entrée : _____		Membres de l'équipe et signatures obligatoires :
Antécédents (pathologie chronique sévère sans espoir de guérison)		Médecins
		Internes
		Cadre
		IDE
		AS
Autonomie antérieure : _____		Famille contactée le _____ à _____
Diagnostic initial : _____		Nom de la personne contactée : _____
Evolution et séquelles probables : _____		Famille rencontrée le _____ à _____
Désignation de la personne de confiance : OUI - NON		Noms des personnes présentes : _____
Directives anticipées : OUI - NON		Réactions, souhaits, rites, accompagnement, ..., de la famille : _____

**TRACABILITE +++ CSP art R4127-37**

# 2ème temps : NIVEAU EFFECTIF

- Entretien formalisé
- Implication de la famille +/- du patient
- Responsabilité médicale



Image extraite du reportage de 7 à 8 « la décision » de février 2012

# Parler juste

- Eviter la confusion des mots

- ~~« Futilité » thérapeutique :~~

- imprécis et ambigu
    - quels éléments pronostiques ?

- ~~« Euthanasie passive » :~~

- inapproprié et facteur de confusion
    - LAT ≠ euthanasie
    - « Quelle est mon/notre intention ? »

Silences

+++

- Eviter les erreurs de communication

- ~~« on arrête (tout/les soins actifs) » :~~

- ⇒ « on continue à faire le maximum » pour...

# 3ème temps : MISE EN APPLICATION DU NIVEAU

- **Accompagnement de la famille**



Image extraite du reportage de 7 à 8 « la décision » de février 2012

# Apport du protocole

- **Points positifs**

- Intensité de TTT définie et prescrite
- Remise en question selon l'évolution clinique
- Relation claire avec la famille
- Pas de tabou par rapport à la mort
- Remet de l'humain dans la technicité

- **Points négatifs**

- Parfois abordé trop précocément
- N'empêche pas les situations difficiles  
désaccord dans l'équipe / avec la famille / avec  
les correspondants

# Améliorer la PEC palliative

= corollaire indissociable  
de la décision de LAT

- Soins palliatifs = assurer la meilleure qualité de vie possible et établir un projet thérapeutique qui tient compte de l'état physique et psychologique du patient
- Soins palliatifs et traitements curatifs ne sont pas incompatibles

⇒ acquisition de compétences

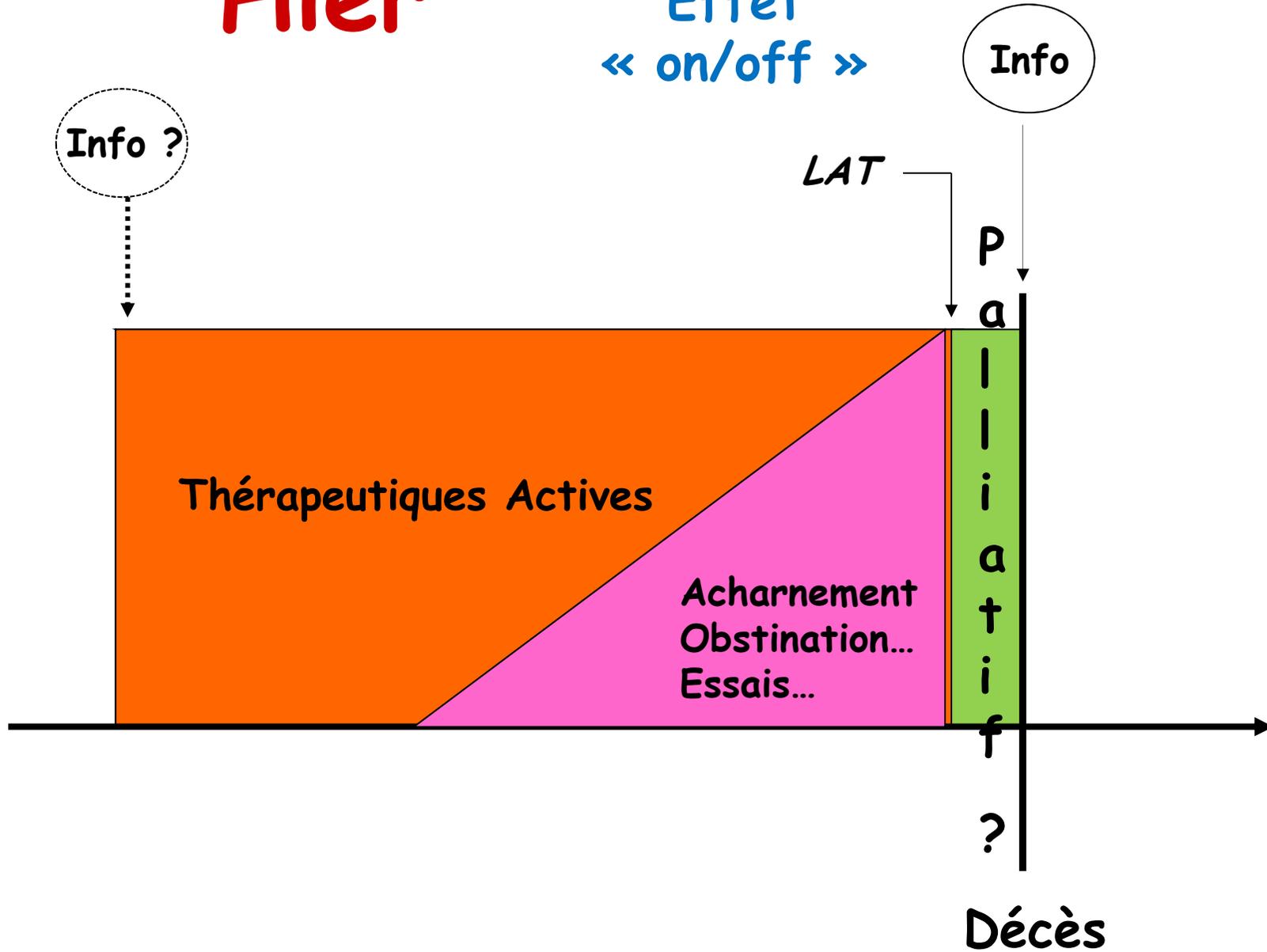
⇒ évolution des mentalités

Pas de décès  
dans 10% des  
LAT  
en réanimation

Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: A report from the IPAL-ICU Project (Improving Palliative Care in the ICU)\*

# Hier

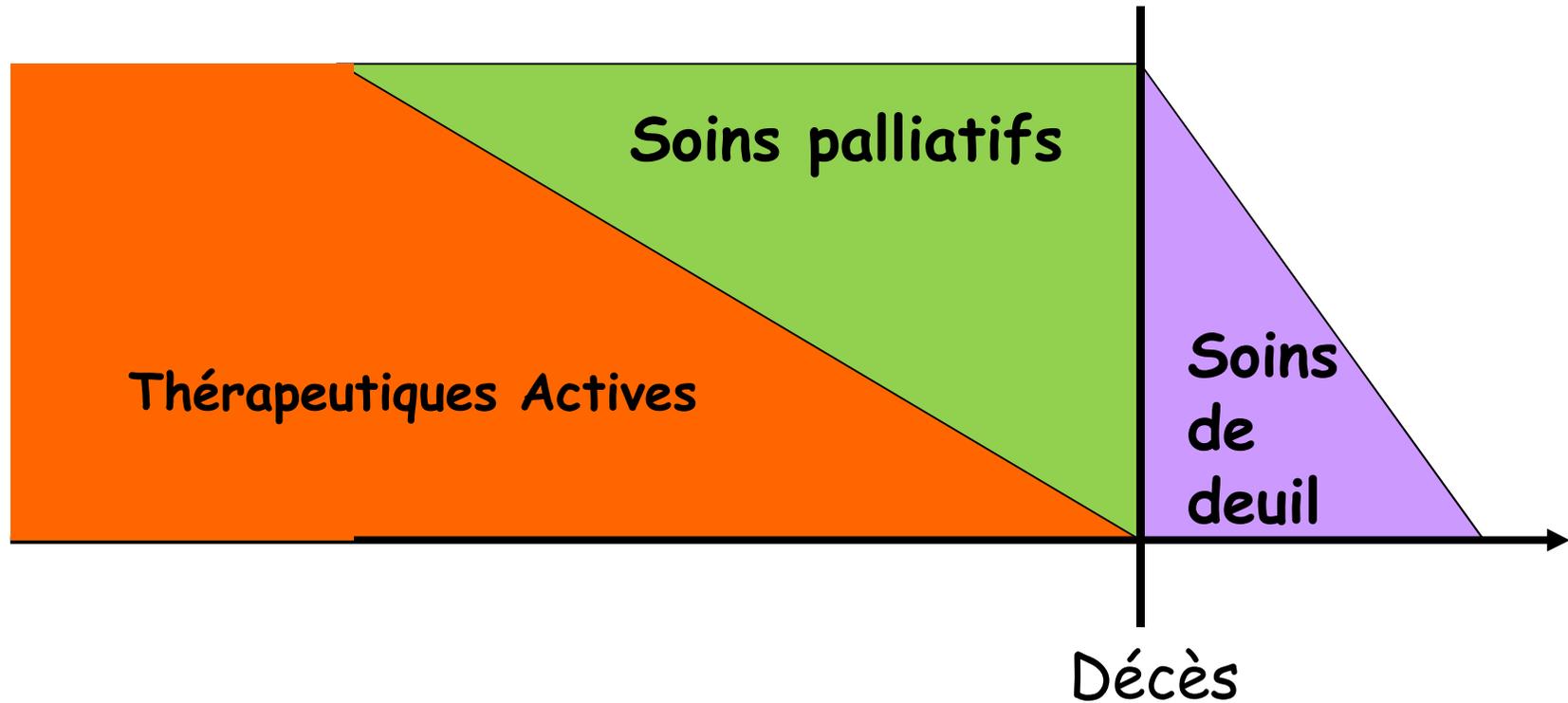
Effet  
« on/off »



# Aujourd'hui et demain...

←..... *Information et communication*.....→

←... *Processus décisionnel de LAT*.....→



# Conclusions

- LAT ajustement thérapeutique à la situation du patient à un moment donné
- Plus facile quand la décision est anticipée en amont avec le médecin référent et le patient/sa famille notamment dans les pathologies chroniques IRpC, K
- La mort fait partie de la vie
- La mort est un vêtement que tout le monde portera - *Proverbe africain*