



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Limitation et arrêt des traitements en réanimation : comment évaluer et améliorer nos pratiques

Withholding and withdrawing of life support in Intensive Care Unit: How evaluate our practices

D. Villers^{a,*}, A. Renault^b, G. Le Gall^c, J.-M. Boles^{b,d}

^a Service de réanimation médicale, CHU Hôtel-Dieu, 44093 Nantes cedex 01, France

^b Service de réanimation médicale, CHU La-Cavale-Blanche 29000 Brest, France

^c Service de réanimation médicale, CHG des Pays-de-Morlaix, 29600 Morlaix, France

^d « Éthique, professionnalisme et santé », JE2535, UBO, 29000 Brest, France

Reçu le 16 juillet 2010 ; accepté le 11 octobre 2010

Disponible sur Internet le 2 novembre 2010

MOTS CLÉS

Éthique ;
Limitation des soins ;
Évaluation des
pratiques
professionnelles ;
Réanimation

Résumé Les réanimateurs sont quotidiennement confrontés à des décisions de limitations et/ou arrêt des traitements (LAT). Des lois et des décrets encadrent ces décisions, comme le rappelle la récente mise à jour des recommandations de la SRLF qui souligne la nécessité de mettre en place une organisation formalisée et d'évaluer les procédures adoptées. La démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) se prête idéalement à cette évaluation. La Commission éthique de la SRLF a élaboré trois documents d'EPP qui peuvent aider les équipes de réanimation à s'autoévaluer et, lorsque c'est nécessaire, à améliorer leur pratique : EPP rétrospective permettant de dresser l'état des lieux ; EPP prospective destinée à l'autoévaluation des procédures utilisées ; le chemin clinique permettant d'améliorer ses pratiques au fur et à mesure du déroulement des décisions de LAT. Les critères d'autoévaluation de chacune de ces EPP sont présentés dans le texte. Les grilles correspondantes et nécessaires à la notation sont disponibles sur : <http://www.srlf.org/Data/ModuleGestionDeContenu/application/848.pdf> (référentiel EPP).
© 2010 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : daniel.villers@chu-nantes.fr (D. Villers).

KEYWORDS

Ethic;
Withholding and
withdrawing of life
support;
Evaluation;
Intensive care

Summary Withholding and withdrawing of life support is a daily question for intensive care unit physicians. Accordingly with recent French laws, these procedures must be formalized and organized in each intensive Care Unit. In order to allow local organization and procedures evaluation, three documents have been made available by the Ethic Committee of the *Société de réanimation de langue française*. These documents called *évaluation des pratiques professionnelles* are presented herein (also available on: <http://www.srlf.org/Data/ModuleGestionDeContenu/application/848.pdf>) and may be utilized for retrospective and prospective evaluation of the withholding and withdrawing of life support procedures.

© 2010 Société de réanimation de langue française. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Les décisions de limitation et arrêt des traitements (LAT) sont fréquentes en réanimation et sont encadrées par deux textes de loi [1,2].

Ces décisions de LAT font partie intégrale du métier de réanimateur. Les lois et les décrets [1–4], et notamment les deux textes de la Société de réanimation de langue française (SRLF) [5,6] portant sur les LAT recommandent la mise en place d'une organisation formalisée au sein de chaque service. Si des difficultés d'ordre éthique sont beaucoup plus fréquentes que celles qui relèvent du domaine judiciaire, ces dernières mettent le plus souvent en cause le non-respect des textes et la rareté des arguments formalisés dans les dossiers médicaux. C'est pourquoi les procédures mises en place doivent être évaluées afin de les améliorer là où elles sont défectueuses ou incomplètement appliquées. La démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) se prête idéalement à cette évaluation.

La Commission éthique de la SRLF a élaboré trois documents d'EPP qui peuvent aider les équipes de réanimation à s'autoévaluer et, lorsque c'est nécessaire, à améliorer leur pratique :

- l'EPP rétrospective permettant de dresser l'état des lieux ;
- l'EPP prospective destinée à l'autoévaluation des procédures utilisées ;
- le chemin clinique permettant d'améliorer les pratiques au fur et à mesure du déroulement des décisions de LAT [7].

Ces trois méthodes peuvent être appliquées indépendamment l'une de l'autre. Elles sont cependant complémentaires et il est souhaitable de mener soit l'audit clinique rétrospectif suivi de l'audit clinique prospectif, soit le chemin clinique.

Ces trois EPP, rédigées selon les recommandations de l'HAS, ont été validées par la Commission des référentiels et l'OA SRLF, et permettent de réaliser des EPP valides pour la formation médicale continue. Ces trois EPP font l'objet du présent texte et sont disponibles sur le site de la SRLF (<http://www.srlf.org>) à la rubrique « EPP-accréditation » avec les grilles d'autoévaluation correspondantes.

Évaluation des pratiques professionnelles

Un programme d'EPP consiste en l'analyse des pratiques professionnelles en référence à des recommandations et

selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé (HAS). Le programme comporte ensuite, obligatoirement, la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. Les critères d'évaluation et d'amélioration des pratiques reposent sur des objectifs de qualité à atteindre. Ils sont sélectionnés dans des recommandations professionnelles valides ou dans des textes réglementaires. Les critères sélectionnés pour l'EPP sont des éléments concrets permettant d'évaluer si les objectifs sont atteints.

Principaux textes réglementaires et recommandations concernant les limitations et arrêt des traitements

La loi du 4 mars 2002 [1] dite de démocratie sanitaire a renforcé l'autonomie du patient vis-à-vis de la décision thérapeutique et créé la personne de confiance, qui est consultée en cas d'incapacité du malade à consentir.

En juin 2002, la SRLF a rédigé « des recommandations pour les limitations et arrêt de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte » [5].

La loi du 22 avril 2005 [2] et les décrets d'application du 6 février 2006 [3–4] concernant la fin de vie ont permis d'introduire la notion de refus de l'obstination déraisonnable et la traduction de la volonté des malades à travers des directives anticipées qui s'appliquent lorsque ces derniers ne sont pas aptes à exprimer leur volonté.

En 2009, la SRLF a publié une actualisation sur les LAT en réanimation adulte <http://www.srlf.org/03-commissions/Ethique/OB-publications.asp> et dans ce même numéro [6].

Déroulement de la démarche pour l'audit clinique ciblé rétrospectif

L'information du programme EPP doit être apportée à l'ensemble de l'équipe soignante par le médecin responsable de l'unité, service ou département.

Au moins 15 dossiers – patients consécutifs comportant une limitation ou arrêt des thérapeutiques sont inclus dans l'audit.

Pour chaque dossier, les critères proposés par l'EPP seront évalués à l'aide d'une fiche. L'ensemble des fiches seront analysés et notés à l'aide d'une grille de notation par un médecin (grilles

de notation disponibles sur le site de la SRLF : <http://www.srlf.org/Data/ModuleGestionDeContenu/application/848.pdf>.

Pour justifier sa participation active au programme EPP, un médecin doit avoir lu l'intégralité de ce document, lu la loi du 22 avril 2005 et ses décrets d'application et examiné lui-même un minimum de cinq dossiers – patients et rempli les grilles d'évaluation correspondantes.

La synthèse est exposée à l'équipe soignante par un médecin au cours d'une réunion. Des décisions pour modifier les pratiques pourront être prises à cette occasion.

Cet audit clinique rétrospectif sera renouvelé tous les deux ans.

Critères d'évaluation utilisés pour l'audit rétrospectif

Ces critères sont au nombre de quatre et constituent les objectifs de l'évaluation :

- l'objectif n° 1 : les recommandations, les règles juridiques et les principes de la réflexion éthique doivent être connus de tous ;
- l'objectif n° 2 : sont seuls susceptibles de bénéficier de LAT les patients répondant aux situations suivantes :
 - le patient dont le pronostic vital à court terme est menacé,
 - le patient pour lequel une poursuite ou une intensification du traitement serait déraisonnable ou disproportionnée au regard de cette situation :
- l'objectif n° 3 : le processus de LAT doit répondre aux principes définis par les lois du 4 mars 2002 et du 22 avril 2005 et aux principes éthiques indissociables de ces situations ;
- l'objectif n° 4 : des moyens doivent être mis en place pour évaluer la prise en charge du patient et de ses proches et les répercussions sur l'équipe soignante.

Fiches d'autoévaluation

Objectif n° 1

« Les recommandations, les règles juridiques et les principes de la réflexion éthique doivent être connus de tous ».

Critère organisationnel. Les recommandations sont accessibles à l'ensemble du personnel médical et paramédical.

« Répondre Oui » si les quatre documents sources principaux : la loi du 22 avril 2005 ; les décrets d'application du 6 février 2006 ; le code de déontologie médicale ; la loi du 4 mars 2002 (notamment les articles suivants : articles L1110-1, 2, 5, 9, 10 et les articles L1111-4 et 5) sont disponibles librement pour toute l'équipe médicale et paramédicale soit sous forme papier dans un lieu connu de tous, soit in extenso sous forme électronique dans un dossier spécifique sur un ordinateur libre d'accès.

« On peut également répondre oui » si un protocole de service a été réalisé à partir de ces recommandations.

« Répondre Non » dans les autres cas ou lorsque l'accès électronique est dépendant d'une connexion internet.

Objectif n° 2

« Les patients répondant aux situations de LAT doivent être bien identifiés ».

Critère 1. Les motifs ayant conduit à proposer des LAT sont retrouvés dans le dossier du patient.

« Pour répondre Oui », il faut l'une des deux situations suivantes :

- le pronostic vital à court terme du patient est menacé en raison d'une pathologie incurable : le diagnostic doit être précis et le stade d'évolution bien établi pour répondre oui ;
- l'intensification ou une poursuite du traitement serait déraisonnable ou disproportionnée en regard de la situation du patient. L'argumentaire est fondé notamment sur l'état antérieur avec en particulier l'évaluation de l'autonomie, les séquelles probables compte tenu des connaissances dans la pathologie en cause et la discussion argumentée sur le principe bénéfices/risques, voire sur l'âge.

NB : Il est rappelé que chaque patient doit bénéficier quotidiennement d'une réflexion sur l'intensité des traitements en cours.

Objectif n° 3

« Le processus de LAT doit répondre aux principes définis par la loi du 22 avril 2005 et aux principes de la réflexion éthique indissociables de ces situations ».

Critère 2. Le questionnement sur le niveau d'autonomie et la « qualité de vie » du patient apparaissent dans le dossier malade.

« Répondre Oui » si cette notion apparaît clairement.

Critère 3. L'évaluation du pronostic à partir de l'état clinique, de la pathologie actuelle et de l'état médical et thérapeutique antérieur apparaît clairement dans le dossier.

« Répondre Oui » si le dossier comporte une description bien détaillée.

Critère 4. Les motif(s) de la limitation et/ou arrêt sur la base du pronostic et des séquelles probables sont exposés.

« Répondre Oui » si les raisons de l'impasse thérapeutique sont bien documentées ou si la discussion sur la proportionnalité est bien argumentée et traduit une évolution vers un acharnement déraisonnable.

Critère 5. Collégialité dans la discussion (médicale et paramédicale).

« Répondre Oui » si cette discussion collégiale a été recueillie lors « d'une réunion et qu'elle est bien notée » dans le dossier.

Critère 6. Consultant médical extérieur.

« Répondre Oui » si un consultant médical extérieur au service a été appelé pour formuler un avis écrit sur la stratégie de soins.

Critère 7. Information du patient conscient sur son état de santé.

« Répondre Oui » si l'information en termes clairs et appropriés a été fournie au patient et s'il en est fait mention dans le dossier.

Critère 8. Information dans le cadre d'un patient inconscient.

« Répondre Oui » si l'information a été donnée à la personne de confiance, la famille ou ses proches et s'il existe une trace écrite dans le dossier.

Critère 9. Information dans le cadre d'un patient sous tutelle.

« Répondre Oui » si le tuteur et le juge des tutelles ont été informés.

Critère 10. Recherche de l'existence de directives anticipées si elles existent.

« Répondre Oui » :

- si ces directives comprennent le nom, prénom, date et lieu de naissance du patient ainsi que la signature de ce même patient ;
- si l'auteur est, lors de la rédaction, en état d'exprimer sa volonté mais dans l'impossibilité d'écrire et de signer ce document, il faut pour répondre oui, deux témoins (dont l'un doit être la personne de confiance si elle a été désignée) qui attestent que le document qu'il n'a pu rédiger lui-même est l'expression de sa volonté libre et éclairée. Ces deux témoins ont inscrit leur nom et qualité sur un document joint aux directives anticipées.

Critère 11. Décision médicale de LAT.

« Répondre Oui » si la décision apparaît clairement dans le dossier.

Critère 12. Médecin responsable identifié dans le dossier.

« Répondre Oui » si le médecin en charge du malade a signé la décision médicale retenue dans le dossier.

Critère 13. Les modalités de limitation ou d'arrêt des traitements sont notées et signées.

« Répondre Oui » si les modalités d'arrêt des traitements sont bien notées dans le dossier (date et signature du médecin responsable).

Critère 14. Existe-t-il une évaluation des critères de douleurs physiques ou souffrances morales chez ce malade ?

« Répondre Oui » si la notion de recherche de cette douleur physique ou morale apparaît dans le dossier.

Critère 15. Des traitements palliatifs de confort physique ou moral ont-elles été instituées ?

« Répondre Oui » si à partir d'une évaluation de cette souffrance physique ou morale, un anxiolytique ou un analgésique a été prescrit et adapté.

Objectif n° 4

« Les moyens d'évaluer les résultats de la prise en charge du patient (sur le plan du confort ou des soins palliatifs en général) et de ses proches mais aussi des répercussions sur l'équipe soignante ont été mis en place ».

Critère 16. Accompagnement de la famille et des proches.

« Répondre Oui » (si au moins trois critères sont présents) :

- si une pièce dédiée a été mise à leur disposition ;
- si un ministre du culte leur a été proposé ;
- si le service leur a été ouvert 24/24 heures ;
- s'ils ont eu les entretiens voulus avec l'équipe paramédicale et médicale tout au long de l'évolution du patient.

Ces documents et les grilles de notation correspondant à cette démarche sont disponibles sur le site de la SRLF <http://www.srlf.org/Data/ModuleGestionDeContenu/application/848.pdf>.

Déroulement de la démarche pour l'audit clinique ciblé prospectif

Une information du programme EPP est apportée à l'ensemble de l'équipe soignante (paramédicale et médicale) sous la responsabilité du médecin responsable de l'unité, service ou département.

Les textes réglementaires et les recommandations sont diffusés à l'ensemble de l'équipe médicale soignante.

Une information sur le programme et le déroulement de cette évaluation est effectuée, en réunion médicale par un médecin.

L'audit clinique ciblé prospectif comporte obligatoirement une participation de l'ensemble de l'équipe soignante, il convient donc d'informer l'équipe au préalable.

La méthodologie repose sur l'autoévaluation. Chaque période d'évaluation ne devra pas excéder une durée de six mois. La première évaluation de LAT comporte un minimum de 15 patients consécutifs ayant eu un protocole de LAT. Ces dossiers sont revus en rétrospectif afin de ne pas modifier les pratiques. Le médecin, ou l'équipe médicale, s'étant évalués une première fois par cette méthode d'audit clinique prospectif, doivent renouveler cette évaluation dans les deux ans. La seconde période d'évaluation intervient après la mise en place d'éventuelles actions correctrices sur un minimum de 15 protocoles de LAT.

Chaque séquence de LAT mise en place fera l'objet du remplissage d'une fiche d'autoévaluation (cf. infra) qui analyse les conditions de mise en place de la procédure. Pour que le programme EPP ait une efficacité optimale en termes d'amélioration des pratiques, il est préférable qu'au sein d'une équipe, plusieurs ou mieux, la totalité des médecins participent à cette autoévaluation.

Les fiches d'autoévaluation remplies par chaque médecin (Annexe 1) doivent être colligées et analysées. Cette analyse, réalisée avec l'aide des « grilles de notation » disponibles sur le site de la SRLF : <http://www.srlf.org/Data/ModuleGestionDeContenu/application/848.pdf>, peut être effectuée par un seul médecin de l'équipe au cas où plusieurs médecins ont participé.

La synthèse est exposée à l'équipe soignante par un médecin, au cours d'une réunion. Des décisions pour modifier les pratiques pourront être prises à cette occasion.

Déroulement de la démarche pour le chemin clinique

Une information du programme EPP est apportée à l'ensemble de l'équipe soignante (paramédicale et médicale), par un médecin désigné de l'unité, service ou département au cours d'une réunion. Les recommandations sont diffusées à l'ensemble de l'équipe soignante. Une information sur le programme et le déroulement de cette évaluation est effectuée, en réunion par ce médecin.

La méthodologie repose sur l'autoévaluation et l'accompagnement du médecin responsable grâce à une fiche à « renseigner en temps réel », au fur et à mesure de la démarche de LAT : discussion, décision et mise en application.

Lors de la première évaluation par le chemin clinique, chaque médecin doit évaluer un minimum de cinq décisions de LAT.

Le médecin s'étant évalué une première fois par cette méthode doit renouveler cette évaluation dans les deux ans. La seconde évaluation intervient après mise en place d'éventuelles actions correctrices, sur un minimum de cinq décisions de LAT par médecin. Chaque période d'évaluation ne devra pas excéder une durée de trois mois. Les formulaires du chemin clinique renseignés par chaque médecin (Annexe 2) doivent être colligés et analysés. Cette analyse peut être effectuée par un seul médecin de l'équipe.

La synthèse est exposée à l'équipe soignante par un médecin au cours d'une réunion. Des décisions pour modifier les pratiques pourront être prises à cette occasion.

Le chemin clinique concernant les décisions de LAT doit formaliser l'ensemble de la démarche allant de

«l'inventaire des situations» pouvant amener à ce type de décision jusqu'à la prise en charge après le décès.

Conclusion

Les trois EPP présentées ici sont également disponibles sur le site de la SRLF où se trouvent également les grilles de notation. Ces documents permettent à chaque service volontaire de s'autoévaluer sur ses pratiques de LAT et de satisfaire aux obligations réglementaires de l'EPP.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Annexe 1. Fiche d'autoévaluation pour l'audit clinique ciblé prospectif

À renseigner par le médecin responsable du patient

NOM du médecin responsable

Date :

Objectif 1 : Le patient est éligible aux LAT

ÉLIGIBILITÉ aux LAT

Critère 1 : Impasse thérapeutique malgré une stratégie optimale

Répondre par OUI, NON ou non applicable (NA)

- 1 – Les traitements proposés ne peuvent pas modifier le pronostic
- 2 – Absence de réponse, voire une aggravation malgré une thérapeutique adaptée et bien conduite
- 3 – Association de plusieurs critères défavorables rendant le pronostic très sombre (dont l'âge élevé)

ÉLIGIBILITÉ aux LAT

Critère 2 : Prise en charge disproportionnée ou déraisonnable compte-tenu du contexte

Répondre par OUI, NON ou non applicable (NA)

- 1 – Autonomie préexistante évaluée selon un score ou une grille validés
- 2 – Autonomie prévisible à l'issue très limitée
- 3 – Pathologie principale et pathologies associées à l'origine d'une morbidité élevée
- 4 – Antécédents ou terrain (dont l'âge élevé)
- 5 – Les traitements proposés nécessitent un investissement important en termes de moyens humains et matériels devenant disproportionnés par rapport à l'issue défavorable

Objectif 2 : «Le processus de limitation ou d'arrêt des traitements doit répondre aux principes définis par la loi du 22 avril 2005 et aux principes de la réflexion éthique indissociable de ces situations»

Critère 3 : La collégialité est respectée

Répondre par OUI, NON ou non applicable (NA)

- 1 – Discussion en réunion dédiée
- 2 – Présence au minimum de l'équipe soignante concernée
- 3 – Avis du consultant extérieur
 - A/ absence de relation hiérarchique entre le consultant extérieur et le médecin responsable du patient
 - B/ son avis motivé est-il formulé après une étude du dossier et un examen du patient ?
 - C/ son avis motivé est-il noté ?

Critère 4 : L'expression de la volonté du patient a-t-elle été recherchée

Répondre par OUI, NON ou non applicable (NA)

1 – L'expression de la volonté du patient a-t-elle été recherchée auprès du patient s'il a la capacité de l'exprimer ?

2a – L'expression de la volonté du patient a-t-elle été recherchée, s'il est dans l'incapacité de l'exprimer par la recherche des directives anticipées ?

2b – Les directives anticipées sont-elles conformes au décret de 2006 ?

3 – L'expression de la volonté du patient a-t-elle été recherchée, s'il est dans l'incapacité de l'exprimer par le questionnement de la personne de confiance, de la famille ou des proches

Critère 5

Répondre par OUI, NON ou non applicable (NA)

La décision a été annoncée et expliquée au patient, ou à défaut à la personne de confiance, à la famille ou aux proches ?

Critère 6

Répondre par OUI, NON ou non applicable (NA)

La décision de LAT est-elle notifiée et datée par le médecin responsable du patient ?

Critère 7

Répondre par OUI, NON ou non applicable (NA)

Les modalités de la limitation ou d'arrêt des traitements sont-elles clairement notées ?

Objectif 3 : Les moyens d'évaluer les résultats de la prise en charge du patient (sur le plan du confort et des soins palliatifs en général, mais aussi de la personne de confiance, de la famille ou des proches ont été mis en place

Critère 8

Répondre par OUI, si au moins un des items est +

La prise en charge ultérieure du patient a-t-elle été clairement définie ?

Répondre par + ou – selon les cas

Anxiolyse

Antalgique

Mise en place de soins de support

Prise en charge par l'EMSP

Intervention d'un psychologue

Critère 9

Répondre par OUI, si au moins un des items est +

L'accompagnement de la famille et des proches a-t-il été clairement défini ? Répondre

par + ou – selon les cas

Visites libres

Nombre de personnes non limité

Possibilité de dormir sur place

Annexe 2.

Chemin clinique LAT

Renseigné par.....

Date.....

Situations suscitant une réflexion sur l'intensité des traitements en cours		Oui/Non	Actions d'amélioration
Patient éligible à cette réflexion	<p>Les traitements en cours ou les traitements proposés ne peuvent modifier le pronostic</p> <p>Absence de réponse voire aggravation malgré une thérapeutique adaptée et bien conduite</p> <p>Association de plusieurs critères défavorables rendant le pronostic très sombre :</p> <ul style="list-style-type: none"> Autonomie préexistante évaluée selon un score ou une grille validés Autonomie prévisible à l'issue très limitée Antécédents ou terrain <p>Les thérapeutiques proposées nécessitent un investissement important en termes de moyens humains et matériels devenant disproportionnés par rapport à l'issue défavorable</p> <p>Autre? (À préciser).....</p>		
Initiative de la démarche	<p>Par qui ?</p> <p>IDE/AS/Cadre/Médecin/Patient/Personne de confiance/Famille/Proches</p> <p>Autres.....</p> <p>À quelle occasion ?</p> <p>Visites médicales/Staff/Rencontres familles</p>		

Le processus de LAT répond aux principes définis par la loi du 22 avril 2005 et aux principes éthiques indissociables de ces situations

1 ^{er} temps : Discussion collégiale		Oui/Non	Actions d'amélioration
Soignants modalités	<p>Discussion en réunion dédiée</p> <p>Soignants médicaux et paramédicaux présents au cours de cette réunion</p> <p>Au minimum, le médecin et l'équipe paramédicale en charge du patient</p> <p>Peuvent être présents</p> <ul style="list-style-type: none"> Les correspondants médicaux réguliers du patient Intervenants extérieurs comme l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) Autres (À préciser)..... <p>Consultant extérieur</p> <p>N'a pas de relation hiérarchique avec le médecin en charge du patient</p> <p>Consulte le dossier et examine le patient avant de donner un avis</p> <p>Note son avis sur l'opportunité de LAT et l'écrit dans le dossier du patient</p>		

<p>Volonté du patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● L'expression de la volonté du patient Le patient est en capacité de l'exprimer, après une information claire <ul style="list-style-type: none"> Son avis lui est demandé Respect de son avis Le patient n'est pas en capacité d'exprimer sa volonté Elle est recherchée dans ses directives anticipées <ul style="list-style-type: none"> Elles sont conformes à la loi – décret de 2006 (datées, signées par le patient et datant de moins de 3 ans) Elle est recherchée auprès de la personne de confiance <ul style="list-style-type: none"> La personne de confiance a été désignée par le patient conformément à la loi (datée, signé par le patient) Son avis sur ce qu'aurait voulu le patient a été recherché Elle est recherchée auprès de la famille ou des proches 	<p>Oui/Non Actions d'amélioration</p>
<p>1^{er} temps : Discussion collégiale</p>		
<p>Information du questionnaire</p> <p>Critères d'argumentation</p>	<p>Le patient ou à défaut la personne de confiance/la famille ou les proches sont informés du questionnaire en cours</p> <p>Discussion sur critères médicaux objectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> HDM/diagnostic/pronostic actuel/Âge et terrain Prise en charge jusqu'à ce jour/efficacité des traitements entrepris Réversibilité potentielle des pathologies actuelles et antérieures Survenue d'événements iatrogènes <p>Discussion sur critères scientifiques</p> <ul style="list-style-type: none"> Données de la littérature sur ce type de situation Rapport bénéfique/risque des possibilités de prise en charge <p>Discussion sur les critères contextuels</p> <ul style="list-style-type: none"> Prise en compte de l'histoire du patient, des souhaits de celui-ci ou exprimés par la personne de confiance (PDC)/famille ou proches ainsi que la position de la PDC/famille ou proches dans leurs dimensions psychologiques et spirituelles <p>Discussion selon des repères éthiques</p> <ul style="list-style-type: none"> Autonomie/Consentement/Information <ul style="list-style-type: none"> Respect du droit du patient, de sa liberté de juger de ce qui « est bien pour lui » Après une information « loyale, claire et appropriée » Bienfaisance : Objectif du traitement = bénéfique réel pour le patient Non-malfaisance : Objectif du traitement = ne nuit pas ou n'engendre pas de contraintes inacceptables Proportionnalité : la solution envisagée est proportionnelle à la situation globale du patient, incluant son contexte et ses perspectives de vie, au-delà de la simple balance bénéfique/risque Justice distributive : Prise en compte du rapport « coût-efficacité » 	<p>Oui/Non Actions d'amélioration</p>
<p>2^e temps : Prise de décision</p>		
<p>Argumentation et prise de décision</p> <p>Type de décision</p>	<p>L'argumentation est retracée dans le dossier du patient</p> <p>La décision de LAT est notifiée dans le dossier, datée par le médecin en charge du patient</p> <p>Décision de poursuite des traitements/même intensité</p> <p>Information</p> <p>ou</p> <p>Décision de LAT</p> <p>cf. information et modalités</p> <p>ou</p> <p>Impossibilité de parvenir à une décision</p> <p>Poursuite de la même prise en charge</p> <p>Poursuite de la réflexion ultérieurement (délai à définir)</p>	<p>Oui/Non Actions d'amélioration</p>

3 ^e temps : Communication/Information de la décision		Oui/Non	Actions d'amélioration
Communication Information de la décision	<p>Le patient est informé de la décision s'il est en capacité de l'entendre au cours d'un entretien spécifique avec les soignants médicaux et paramédicaux en charge du patient</p> <p>La personne de confiance, la famille ou les proches sont informés de la décision au cours d'un entretien spécifique avec les soignants médicaux et paramédicaux en charge du patient</p> <p>Information du médecin traitant Information des autres correspondants médicaux réguliers du patient par le médecin responsable du patient</p>		
Modalités des LAT – thérapeutiques		Oui/Non	Actions d'amélioration
Limitation des traitements	<input type="radio"/> MCE <input type="radio"/> CEE <input type="radio"/> Médicaments inotropes <input type="radio"/> Ne pas débiter <input type="radio"/> Si déjà prescrit Médicaments.....	<input type="radio"/> Intubation <input type="radio"/> Trachéotomie <input type="radio"/> VNI <input type="radio"/> Oxygène	
ne pas faire ou ne pas débiter	Dose max..... <input type="radio"/> Nutrition <input type="radio"/> Apports hydriques <input type="radio"/> Antibiotiques <input type="radio"/> Autres traitements.....	<input type="radio"/> EER <input type="radio"/> Chirurgie <input type="radio"/> Transfusion CG plaques autres <input type="radio"/> Anticoagulants	
Arrêt des traitements	<input type="radio"/> Nutrition <input type="radio"/> Apports hydriques <input type="radio"/> Antibiotiques <input type="radio"/> Transfusion CG Plq autres <input type="radio"/> Anticoagulants <input type="radio"/> Autres traitements.....	<input type="radio"/> Intubation <input type="radio"/> Trachéotomie <input type="radio"/> VNI <input type="radio"/> Oxygène <input type="radio"/> EER	
Modalités des LAT – surveillance et examens complémentaires		Oui/Non	Actions d'amélioration
Arrêt	<input type="radio"/> Monitoring ECG/TA/SpO ₂ /FR <input type="radio"/> RP		
Modalités de surveillance	<input type="radio"/> Examens radiologiques IRM/TDM <input type="radio"/> Échographie <input type="radio"/> Prélèvements sang/urines/bactériologiques		
Examens paracliniques	<input type="radio"/> Suppression des alarmes moniteur/respirateur <input type="radio"/> Suppression VVC/SAD/SG/Drains/autres.....		

Modalités des LAT – Démarche palliative

Oui/Non Actions d'amélioration

Patient**Prise en charge de la douleur physique**

- Évaluation
- Instauration d'un traitement antalgique (selon un protocole de service préétabli)
- Réévaluation

Prise en charge de la douleur morale/psychologique

- Évaluation (confusion/agitation/angoisse/dépression...)
- Instauration d'un traitement anxiolytique
- Autres traitements
- Recours aux personnes ressources

Prise en charge de symptômes respiratoires (dyspnée/encombrement)

- Évaluation
- Instauration d'un traitement (selon un protocole de service préétabli)

Prise en charge d'autres symptômes**Prise en charge du patient lors d'une extubation « terminale »**

- selon un protocole de service préétabli

Recours à une sédation en situation de fin de vie

- selon un protocole de service préétabli

Soins de base du patient

- Nursing IDE/AS
- Visite médicale

Devenir du patient**Devenir du patient**

- Reste en réanimation
- Autres CS
- USP
- HAD
- Autres
- Transmission ou concertation avec équipe d'aval
- Décision inscrite dans le courrier de sortie

Modalités des LAT – démarche palliative Prise en charge de la famille/proches		Oui/Non	Actions d'amélioration
Famille et proches	<p>Accueil de la famille/des proches</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> La famille souhaite être présente <ul style="list-style-type: none"> Peut rester en permanence Peut dormir sur place Pas de nombre limité de personnes <input type="radio"/> La famille souhaite être prévenue de l'aggravation <input type="radio"/> La famille souhaite être présente au moment du décès <input type="radio"/> La famille ne veut pas être présente <p>Mise à disposition d'un espace pour la famille/les proches</p> <p>Réunions avec le médecin et les paramédicaux ayant en charge le patient</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Rencontres programmées/non programmées <input type="radio"/> Remise d'un livret de fin de vie <p>Proposition de prise en charge psychologique de la famille/les proches</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Rencontre avec personnes ressources <input type="radio"/> Recours aux personnes ou structures ressources <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> à l'EMSP <input type="radio"/> Psychologue/psychiatre <input type="radio"/> Ministère du culte <input type="radio"/> Bénévoles accompagnants <input type="radio"/> Assistante sociale <input type="radio"/> Autres..... <p>Proposition de prise en charge de la famille après le décès</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Accompagnement auprès du défunt/possibilité de réaliser des rites culturels <input type="radio"/> Accompagnement pour les démarches administratives <input type="radio"/> Accompagnement pour les temps à venir (papiers, discussions...) 		
Soutien de l'équipe soignante dans la démarche globale de LAT		Oui/Non	Actions d'amélioration
Équipe soignante	<p>Soutien psychologique</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Psychologue <input type="radio"/> Groupe de paroles <input type="radio"/> Lieu de rencontre <input type="radio"/> EMSP 		
Nécessité de formation des soignants		Oui/Non	Actions d'amélioration
Formation des soignants	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Relation/communication <input type="radio"/> Relation/communication <input type="radio"/> Processus de mort <input type="radio"/> Démarche palliative <input type="radio"/> Connaissance des lois <input type="radio"/> Formations institutionnelles (locale, SRLF...) <input type="radio"/> Groupe de travail <ul style="list-style-type: none"> Mise en place de procédure Mise en place de protocoles 		

Références

- [1] E.Ferrand. Les limitations et arrêts des thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte: recommandations de la Société de réanimation de langue française. *Reanimation* 2002;11:442–9 (<http://www.srlf.org>, suivre commissions puis commission d'éthique).
- [2] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal officiel de la République française*;5 mars 2002:4118–59.
- [3] Loi n° 2005 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. *Journal officiel de la République française*;23 avril 2005.
- [4] Décret n° 2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi du 22 avril 2005 (<http://www.legifrance.gouv.fr>).
- [5] Décret n° 2006-120 du 6 février 2006 relatif à la procédure collégiale prévue par la loi du 22 avril 2005 (<http://www.legifrance.gouv.fr>).
- [6] E.Ferrand; B.Regneir; JM Boles et C.Melot. Limitations et arrêt des traitements en réanimation adulte: actualisation 2009 des recommandations de la SRLF. *Reanimation* 2010, dans ce même numéro (<http://www.srlf.org>).
- [7] Chemin clinique. Une amélioration de la qualité. HAS. Service évaluation des pratiques;2004 (<http://www.anaes.fr>).