

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année : 2017

N° 147

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etudes Spécialisées en Anesthésie-Réanimation

par

Amélie TRICHOT

Née le 22 septembre 1988 à REIMS

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2017

Deuxième phase d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles concernant les
Limitations et Arrêts des Thérapeutiques
dans les services de réanimation chirurgicale du CHU de Nantes
Etude prospective observationnelle

Président : Monsieur le Professeur Karim ASEHNOUNE

Directeur de thèse : Docteur Romain DUMONT

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année : 2017

N°

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etudes Spécialisées en Anesthésie-Réanimation

par

Amélie TRICHOT

Née le 22 septembre 1988 à REIMS

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2017

Deuxième phase d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles concernant les
Limitations et Arrêts des Thérapeutiques
dans les services de réanimation chirurgicale du CHU de Nantes
Etude prospective observationnelle

Président : Monsieur le Professeur Karim ASEHNOUNE

Directeur de thèse : Docteur Romain DUMONT

Composition du Jury

Président du jury :

Monsieur le Professeur Karim ASEHNOUNE

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Bertrand ROZEC

Monsieur le Professeur Jean REIGNIER

Monsieur le Docteur Romain DUMONT

Monsieur le Docteur Mathieu CORNUAULT

Remerciements

Je remercie très sincèrement **Monsieur le Professeur Karim ASEHNOUNE**, qui me fait l'honneur de présider ma thèse. Je souhaite vous remercier pour votre disponibilité et votre enseignement. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude et l'assurance de mon profond respect.

Je remercie **Monsieur le Professeur Bertrand ROZEC**, qui me fait l'honneur de sa présence en ce jour. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et recevez l'assurance de ma gratitude.

Je remercie **Monsieur le Professeur Jean REIGNIER**, qui me fait l'honneur de participer à mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance. Je souhaite également vous remercier de m'avoir transmis en plus d'une partie de vos connaissances, la passion de la réanimation.

Je remercie **Monsieur le Docteur Romain DUMONT**, qui est à l'origine de ce travail. Merci pour ces « quelques » relectures et corrections, merci de m'avoir permis de participer à ce projet. J'espère réaliser d'autres études avec toi et poursuivre les améliorations dans la prise en charge de nos patients et de leurs proches.

Je remercie **Monsieur le Docteur Mathieu CORNUAULT**, qui me fait l'honneur de participer à mon jury de thèse. Tout comme moi, ce sujet vous passionne, j'espère que ma thèse vous plaira.

Je remercie **Simon VIQUESNEL** de m'avoir proposé la suite de sa thèse. Merci de ton aide.

Je souhaite aussi remercier tous les praticiens rencontrés pendant ces onze années d'études, qui m'ont donné l'amour de ce métier et en particulier de cette spécialité.

Je remercie **Thibault**, pour tout, tout d'abord ton soutien sans faille pendant ces longues années, mais aussi ton amour et ta gentillesse. Je te remercie aussi pour notre fils magnifique qui a quelque peu bousculé notre vie ces derniers mois.

Je remercie mon fils, **Malo**, qui remplit ma vie de bonheur à chaque instant. Ton sourire me fait tout oublier.

Je remercie **mes parents**, qui m'ont tout d'abord permis de faire ces longues études. Je vous remercie également pour votre écoute, votre présence, votre soutien et votre générosité. Je vous remercie de m'avoir offert la meilleure enfance que l'on peut espérer, de tous les sacrifices que vous avez faits pour nous. Sans vous je ne serai pas là aujourd'hui, je vous dois tout.

Je remercie **Clélie, Audrie et Gauthier, mes frère et sœurs**, pour tous ces instants de bonheur. On se voit peu et vous me manquez. Merci pour cette enfance et adolescence à vos côtés. Une famille nombreuse ça forge un caractère et je vous dois un peu ma détermination.

Je remercie **mes grands-parents**. Merci de m'avoir transmis votre simplicité, votre détermination et l'amour du travail. J'ai, en ce jour si particulier pour moi, une pensée pour ceux parti trop tôt.

Je remercie **Joumana**, ma plus belle rencontre nantaise, qui a quelque peu pris en largueur ces derniers mois. Merci pour ta gentillesse, ta délicatesse et ton empathie... Et félicitation aux futurs parents, Malo va avoir un super copain.

Je remercie **Mélanie** pour tous ces supers moments français et espagnols. Et parce que ça fait du bien de sortir de cet univers de médecins, avec une assiette de tapas, sous le soleil de Madrid.

Je remercie **mes compères de promo, Paul** jamais très loin de la mer, **Rémi** le Serial Lover, ma toute première rencontre nantaise, **Benjamin** et son bronzage légendaire, **Vincent, Maxime et Caroline**. Ils ont tous partagé mon arrivé à Nantes, la découverte du « Vestiaire » et tellement depuis.

Je remercie **mes amis de la fac de Reims : MAB, Xavier, Paul, Jerem, Mika, Jaja**. Merci pour nos longues heures de révisions à la BU, et surtout nos pauses. Maintenant éparpillés dans la France, nos retrouvailles n'en sont que meilleures.

Je remercie **Geo et Lolita**. Même si l'on se voit beaucoup moins, c'est toujours un plaisir de passer une soirée avec vous.

Je remercie **Damien et Marion**, nos amis rémois. Merci pour votre gentillesse et votre simplicité, sans oublier nos moments de bricolage...En espérant que vous restiez vivre à Nantes.

Un petit mot pour remercier aussi **Guillaume, Julien, Camille, Arnof, Antoine, Baptiste, Pierre, Fouzia, PEG, Xavier, Lorène, Yohanna, Marie, Jean**. Merci pour ces bons moments à l'hôpital et en dehors.

Table des matières

GLOSSAIRE	1
1. INTRODUCTION.....	2
2. MATERIEL ET METHODE.....	5
2.1. Fonctionnement de la réanimation chirurgicale au CHU de Nantes	6
2.2. Définition des LAT	6
2.3. Critères d'inclusion des patients	7
2.4. Critères d'exclusion des patients.....	7
2.5. Déroulement de l'étude	7
2.6. Recensement des potentiels donneurs d'organes de type Maastricht III	9
2.7. Méthode d'analyse statistique	9
3. RESULTATS	10
3.1. Nombre de patients inclus	11
3.2. Répartition des admissions et des patients inclus par service.....	12
3.3. Données épidémiologiques de la population étudiée	12
3.4. Motif d'admission.....	13
3.5. Patients du groupe « absence de LAT ».....	13
3.6. Patients du groupe « LAT »	14
3.7. Evaluation EPP	15
3.8. Utilisation de la feuille d'aide à la décision de LAT.....	19
3.9. Type de LAT initiale	19
3.10. Modification de la décision de LATA et inscription dans le dossier	20
3.11. Devenir des patients	20
3.12. Les directives anticipées	20
3.13. Enquête auprès des médecins traitants	20

3.14.	Modalité des LATA	21
3.15.	Bilan de la première année de réalisation de prélèvements d'organes Maastricht III	21
4.	<i>DISCUSSION</i>	23
4.1.	Analyse de la population et comparaison avec la première phase d'EPP	24
4.2.	Adéquation avec la loi	27
4.3.	Améliorations des pratiques	32
4.4.	Prélèvement d'organe Maastricht III	34
5.	<i>CONCLUSION</i>	36
6.	<i>ANNEXES</i>	38
7.	<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	49

Glossaire

AT : Arrêt des Thérapeutiques

CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique

CTCV : Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire

DA : Directives Anticipées

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

HAS : Haute Autorité de Santé

HD : Hôpital Hôtel Dieu

HGRL : Hôpital Guillaume et René Laennec

LAT : Limitations ou Arrêt des Thérapeutiques

LT : Limitations des Thérapeutiques

MT : Médecin Traitant

SFAR : Société Française d'Anesthésie et Réanimation

SRLF : Société de Réanimation de Langue Française

1.Introduction

L'accompagnement de la fin de vie est devenu, ces dernières années, un enjeu de santé publique. En 2013, selon l'INSEE, 60 % des français sont décédés à l'hôpital, 25% à domicile et 12% en maison de retraite. L'amélioration des soins prodigués aux personnes en fin de vie concerne donc l'ensemble des médecins, hospitaliers et libéraux.

Depuis 1999, plusieurs lois sont venues encadrer la prise en charge de la fin de vie. La loi n°2005-370 du 22 avril 2005 (1) relative aux droits des malades et à la fin de vie - et ses 3 décrets d'application (n° 2006-119, 120 et 122) (2-4) - décrit pour la première fois la notion d'obstination déraisonnable. Elle encadre également les conditions de réalisation des limitations des thérapeutiques, en particulier l'importance de la traçabilité dans le dossier, de la collégialité de la décision et de l'intervention d'un consultant extérieur. Elle promeut le concept de directives anticipées (DA). Tout récemment, la loi n°2016-87 du 2 février 2016 (5) crée de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, reprend et précise la notion d'obstination déraisonnable concernant l'hydratation et l'alimentation et explicite la notion de sédation profonde et continue. Elle insiste surtout sur l'obligation de s'enquérir de l'expression de l'avis du patient en particulier avec des DA devenues contraignantes. Dans son rapport de 2012, la commission de réflexion sur la fin de vie en France alarmait sur l'application insuffisante des lois Kouchner et Léonetti. En réponse, un plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement de la fin de vie a débuté (6). Une campagne d'information destinée au grand public et aux professionnels de santé intitulée « la fin de vie, et si on en parlait ? » a pour double objectif de promouvoir les directives anticipées ou l'usage de la personne de confiance et de mobiliser les français afin d'ouvrir la discussion sur la fin de vie avec leur proches et les professionnels de santé.

Dans les services de réanimation, la prise en charge de la fin de vie est une préoccupation quotidienne. Actuellement, 22% des patients décèdent en réanimation, et pour 55% d'entre eux après des décisions de limitations des thérapeutiques (7,8). A ce titre la SRLF (Société de Réanimation de Langue Française) a proposé en 2010 une EPP sur le sujet des Limitations et Arrêt des Thérapeutiques (LAT) (9), fondée sur les recommandations de 2008 (10), modifiées en 2010 (11). Les patients susceptibles de bénéficier de LAT sont ceux dont le pronostic vital est menacé à court terme ou ceux pour lesquels une poursuite ou une intensification des traitements semble déraisonnable ou disproportionnée. Le processus de LAT doit répondre à la législation en vigueur. La SRLF a donc établi 9 critères définissant des pratiques optimales.

Cette étude est la deuxième phase de l'étude des pratiques professionnelles (EPP) concernant les limitations et arrêts des thérapeutiques (LAT) proposée par la SRLF, au sein des services de réanimations chirurgicales du CHU de Nantes.

La première phase de l'EPP, réalisée entre mars 2011 et mars 2012, , était une étude observationnelle prospective (12). Les résultats principaux étaient qu'une décision de LAT était prise pour 4% des patients admis, et le taux décès avec LAT était de 78,5%. Concernant l'EPP, 7 critères sur 9 étaient bien respectés, les points qui restaient à améliorer étaient la recherche systématique de la volonté du patient, le respect de la collégialité et la participation des médecins traitants à la réflexion. La première phase de l'EPP a abouti à la modification de la feuille d'aide à la prescription de LAT (annexe 1). Une nouvelle campagne d'information a été réalisée auprès du personnel soignant des services de réanimation chirurgicale. L'objectif de cette deuxième phase était d'évaluer, les modifications de pratique en utilisant les mêmes critères et d'interroger de nouveaux les médecins traitants afin d'évaluer leur implication dans les décisions de LAT et leur souhait d'y être associés. Récemment la législation a donné une réelle valeur juridique aux DA, elles n'ont plus qu'un rôle informatif. Cette étude nous permettra d'évaluer l'utilisation de ces dernières dans la pratique quotidienne, ainsi que leurs limites. Nous interrogerons également les médecins traitants sur leur expérience quotidienne dans la rédaction de directives anticipées. Le CHU de Nantes a obtenu en mars 2015 l'autorisation de réaliser des prélèvements d'organes de type Maastricht III. Nous utiliserons la deuxième phase de cette EPP pour réaliser un « screening » des patients admissibles à cette démarche, ainsi qu'un recensement des procédures ayant abouties et des causes d'échec.

2. Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude monocentrique, prospective observationnelle. Elle a été réalisée au CHU de Nantes entre 2015 et 2016, dans les 3 réanimations chirurgicales.

2.1. Fonctionnement de la réanimation chirurgicale au CHU de Nantes

Au CHU de Nantes, il existe 3 services de réanimation chirurgicale, au fonctionnement indépendant les uns des autres.

Le premier est situé sur le site de l'hôpital Hôtel Dieu (Réanimation HD). Il est davantage à orientation digestive, urologique, ORL, maxillo-faciale et neuro-traumatologique. Il est également chargé de la prise en charge des polytraumatisés et des patients brûlés. Il est composé de 27 lits au total, dont 14 de réanimation, 7 de soins continus et 6 réservés aux patients brûlés.

Les 2 autres services de réanimations sont situés sur le site de l'hôpital Guillaume et René Laënnec. L'un est spécialisé dans la prise en charge post opératoire des patients de chirurgie cardio-thoracique (Réanimation CTCV). Il est composé de 15 lits de réanimation et de 8 lits de soins continus. L'autre service est à orientation davantage neurochirurgicale et vasculaire. Il reste néanmoins très polyvalent, il est composé de 16 lits de réanimation et de 4 lits d'USC (Réanimation polyvalente).

Malgré leur fonctionnement indépendant, ces services partagent des procédures communes, telle que la feuille d'aide à la prescription de LAT et de modification des LAT. Celles-ci sont disponibles sur le serveur intranet du CHU de Nantes. Elles sont présentées en annexe 1 et 2.

2.2. Définition des LAT

En réanimation, la prise en charge d'un patient associe les thérapeutiques à visée curative ou les techniques de suppléance d'organes, et les soins de support associant les soins d'hygiène, la prise en charge de la douleur et autres soins de confort. La différence est retrouvée dans la littérature anglo-saxonne, sous les intitulés « to cure » et « to care ».

L'obstination déraisonnable est défini par l'instauration ou à la poursuite d'une stratégie à visée curative inutile ou non justifiée au regard du pronostic en terme de survie ou de qualité de vie.

La limitation des thérapeutiques regroupe la non-optimisation d'un ou de plusieurs traitements dont des techniques de suppléance d'organe assurant un maintien artificiel en vie, et la non introduction d'une de ces techniques.

L'arrêt des traitements (AT) est défini par l'interruption d'un ou plusieurs traitements dont les suppléances d'organes. Les soins de support seront poursuivis systématiquement.

Trois situations doivent être à l'origine d'une réflexion quotidienne sur la limitation ou l'arrêt des thérapeutiques actives (9) :

- le patient en situation d'échec thérapeutique, malgré une stratégie thérapeutique bien conduite et une prise en charge optimale,
- le patient dont l'évolution est défavorable en termes de survie ou de qualité de vie, pour lequel la poursuite du traitement serait déraisonnable,
- le patient exprimant directement ou non son refus d'introduction ou de poursuite des traitements de suppléance.

2.3. Critères d'inclusion des patients

Pour la deuxième phase de l'EPP, nous avons également inclus l'ensemble des patients décédés dans l'un des services de réanimation au cours de leur hospitalisation, entre le 1^{er} mars 2015 et le 1^{er} mars 2016. Nous avons également inclus les patients ayant l'objet de décisions de LAT, qu'ils soient ou non décédés sur la même période.

2.4. Critères d'exclusion des patients

Les patients n'ayant pas fait l'objet de décision de LAT et étant sortis vivants de réanimation n'ont pas été inclus.

2.5. Déroulement de l'étude

Pour chaque patient inclus, il a été renseigné une feuille de recueil d'information (annexe 3). Celle-ci a été réalisée à partir de la feuille de prescription de LAT. Elle permet un recueil des informations démographiques (âge, sexe, IGSII, motif d'hospitalisation) et des motifs de non réalisation de LAT.

Dans le cadre de la deuxième phase de l'EPP, nous avons, pour les patients ayant fait l'objet de LAT, évalué les 9 critères de qualité établis par la SRLF. L'annexe 4 a été renseignée pour chacun de ces patients.

Les objectifs étaient :

- Objectifs 1 : Le contexte clinique du patient était compatible avec une réflexion en vue d'une LAT.
 - Critère 1 : Impasse thérapeutique malgré une stratégie optimale.
 - Critère 2 : Prise en charge disproportionnée ou déraisonnable compte-tenu du contexte.
- Objectif 2 : Le processus de LAT répondait aux principes définis par la loi du 22 avril 2005 et aux principes de la réflexion éthique indissociables de ces situations.

- Critère 3 : La collégialité est-elle respectée ?

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

- Critère 5 : La décision a-t-elle été expliquée (patient, personne de confiance, famille, proches) ?

- Critère 6 : La décision de LAT a-t-elle été notée et datée dans le dossier par le médecin responsable ?

- Critère 7 : Les modalités de LAT sont-elles clairement notées ?

- Objectif 3 : Les moyens d'évaluer les résultats de la prise en charge du patient ont été mis en place.

- Critère 8 : La prise en charge ultérieure du patient est-elle clairement définie ?

- Critère 9 : L'accompagnement de la famille et des proches est-il clairement défini ?

Une donnée non retrouvée dans le dossier était considérée comme n'ayant pas été réalisée, témoin d'un manque de traçabilité dans le dossier médical.

Dans les 3 mois suivants la décision de LAT, nous avons contactés les médecins traitants des patients par téléphone. Ils ont alors été interrogés afin d'évaluer leur degré d'implication dans la décision de LAT, et leur souhait d'y participer.

Les questions posées étaient les suivantes :

1. Votre patient a été hospitalisé en réanimation et a fait l'objet d'une décision de LAT. Avez-vous été contacté pour participer à la décision ?
 - si oui : L'information a-t-elle été satisfaisante ? Avez-vous participé à la décision ?
 - Si non : Auriez-vous souhaité être informé de la décision de LAT ?
2. Auriez-vous souhaitez participer à la décision ? Auriez-vous pu vous déplacer à une réunion de concertation pluridisciplinaire ?
3. Informez-vous vos patients des possibilités d'écrire des directives anticipées ? Tous les patients, les patients âgés, atteint de maladies chroniques, aucun patient ?

Les DA permettent aux médecins de recueillir l'expression de la volonté de leur patient, lorsque celui-ci est inconscient. Elles sont d'ailleurs depuis la loi n°2016-87 devenues contraignantes. Dans cette nouvelle phase de l'EPP, nous avons donc recherché la présence de DA dans les dossiers médicaux et leur validité selon les critères établis par la législation. Ce doit être un document écrit, daté et signé,

comportant le nom, prénom, la date et le lieu de naissance du patient. La durée de validités était de 3 ans lors de la réalisation de l'étude.

Pour les patients décédés en réanimation et n'ayant pas fait l'objet de LAT, nous avons étudié la cause du décès et nous les avons classé en 10 groupes : Etat de mort encéphalique (EME)/hypertension intracrânienne, choc septique, arrêt cardio-respiratoire brutal, décès per opératoire, prise en charge post opératoire, polytraumatisé, choc cardiogénique, syndrome de défaillance respiratoire aigüe, autres.

Nous avons également étudié le motif d'absence de LAT, celui-ci était séparé en 7 catégories : refus de la famille, garde ou week-end, EME avec ou non prélèvement multi-organes, décès précoce (avant le 3^{ème} jour de prise en charge), décès brutal et non prévu, décès per opératoire, absence de réflexion collégiale.

2.6. Recensement des potentiels donneurs d'organes de type Maastricht III

Le 1^{er} mars 2015, le CHU de Nantes a obtenu l'autorisation de réaliser des prélèvements d'organes de type Maastricht III. Nous avons donc profité du début de la deuxième phase de l'EPP pour modifier la feuille d'aide à la prescription de LAT et y inclure un screening des potentiels donneurs d'organes selon cette procédure. Nous avons simultanément recensé les prélèvements d'organes ayant abouti, le nombre d'échecs et leurs causes.

2.7. Méthode d'analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée à partir du logiciel de statistique Graphpad prism. Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne avec écart type et médianes, les valeurs qualitatives sont exprimées en pourcentages.

3.Résultats

3.1. Nombre de patients inclus

Deux cent trente deux patients ayant fait l'objet d'une décision de LAT ou décédés ont été inclus dans l'étude, sur un total de 3213 patients hospitalisés sur cette année. Soit 7,2% des patients admis en réanimation. Lors de la première phase de l'EPP, 226 patients ont été inclus, sur un total de 3460 patients admis.

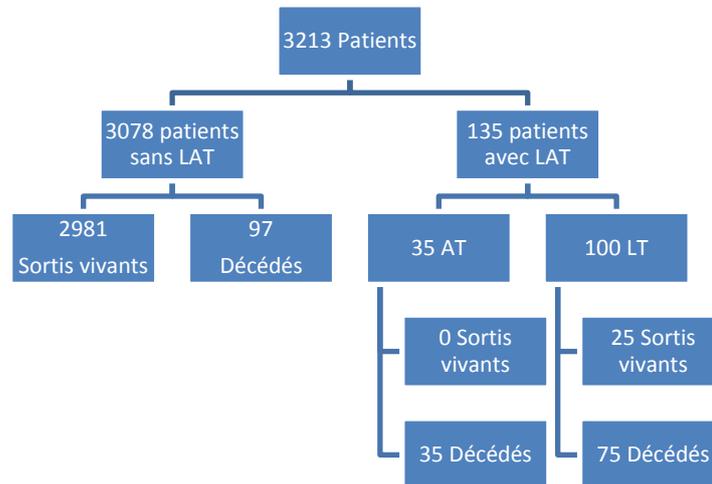


Figure 1 : Devenir des patients lors de l'étude (deuxième phase de l'EPP)

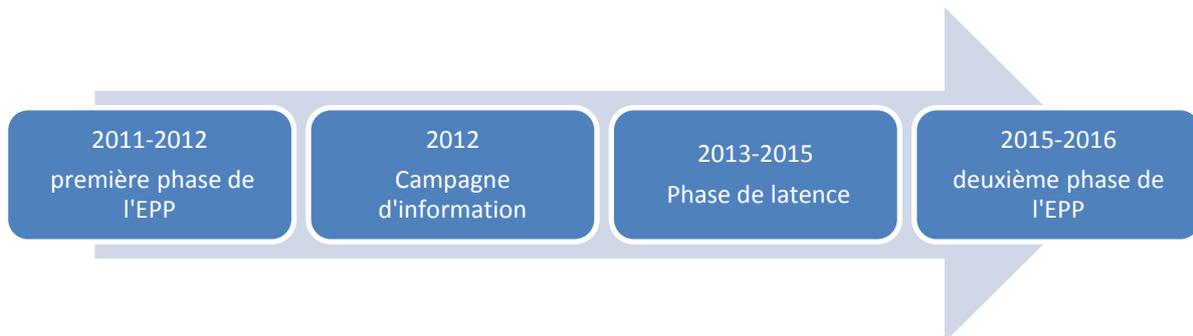


Figure 2 : Les différentes phases de l'EPP

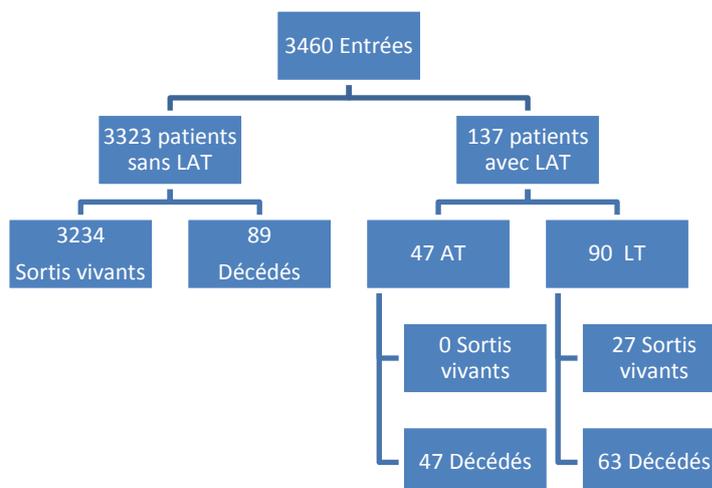


Figure 3 : Devenir des patients lors de la première phase de l'EPP

3.2. Répartition des admissions et des patients inclus par service

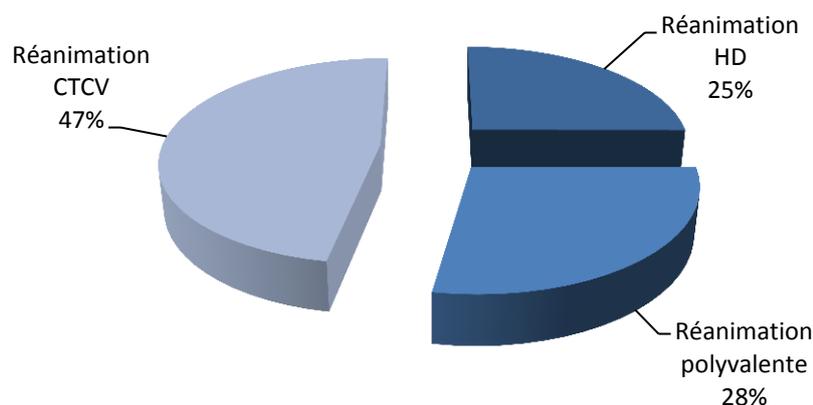


Figure 4 : Répartition des admissions selon les services

Service d'hospitalisation	Patients inclus N(%)	% rapporté au nombre de patients admis
Réanimation HD	119 (51,3)	14,8
Réanimation CTCV	62 (26,7)	7,0
Réanimation polyvalente	51 (22)	3,4
Total	232 (100)	7,2

Figure 5 : Répartition de la population étudiée selon les services

3.3. Données épidémiologiques de la population étudiée

Les patients étaient en majorité des hommes à 66,9%, ils étaient âgés de 16 à 93 ans avec une moyenne de $62,8 \pm 17,8$ ans. Leur score IGSII variait de 6 à 104, avec une moyenne de $55,4 \pm 18,9$ et une médiane de 55.

La durée de séjour (durée entre la date d'entrée dans le service et la date de sortie du service ou la date de décès) variait entre 0 et 209 jours avec une moyenne de séjour de $12,6 \pm 20,8$ jours et une médiane de 6 jours. La durée moyenne de séjour était variable d'un service à l'autre. Elle était de 6 jours en réanimation HD, 5,5 jours en Réanimation polyvalente, et de 3,4 jours en réanimation CTCV.

La population étudiée est comparable à celle de la première phase de l'EPP.

3.4. Motif d'admission

Les spécialités des motifs d'admission des patients de la population étudiée étaient : la chirurgie cardiaque et thoracique (61 patients), la neurochirurgie (33 patients), la chirurgie viscérale (31 patients), le poly-traumatisme (25 patients), la neurotraumatologie (21 patients), les brûlés (17 patients), la chirurgie vasculaire (11 patients), la chirurgie urologique (9 patients), et les pathologies médicales ou autres (24 patients).

3.5. Patients du groupe « absence de LAT »

Au total, 97 patients sont décédés dans les services de réanimation et n'ont pas fait l'objet de LAT. Lors de la première phase de l'EPP, 89 patients sont décédés en dehors de toute décision de LAT.

3.5.1. Cause de décès

Causes du décès	Nombre de patients	Fréquence
Hypertension intracrânienne	38	39,2%
Défaillance multi-viscérale	23	23,7%
Arrêt cardio-respiratoire brutal	10	10,3%
Décès per opératoire	9	9,3%
Choc septique	6	6,2%
Choc cardiogénique	3	3,1%
SDRA	3	3,1%
Polytraumatisme	3	3,1%
Post opératoire	1	1%
Autre	1	1%
TOTAL	97	100%

3.5.2. Motif d'absence de LAT

Les motifs d'absence de procédure de LAT sont :

- 36 états de mort encéphalique,
- 19 décès précoces soit avant le 3^{ème} jour d'hospitalisation,
- 26 décès brutal,
- 9 décès per opératoire,
- 2 refus de la famille,
- 5 absences de réflexion collégiale

Motifs d'absence de LAT	Fréquence lors de la 1 ^{ère} phase	Fréquence lors de la 2 ^{ème} phase
Etat de mort encéphalique	32,6	37,1
Décès avant J+3	25,8	19,6
Décès per opératoire	7,9	9,3
Décès brutal	20,2	26,8
Absence de réflexion collégiale	13,5	5,2
Opposition de la famille	0	2,1

3.5.3. Durée d'hospitalisation des patients

La durée de séjour des patients décédés en dehors d'une décision de LAT variait de moins de un jour à 82 jours, avec une moyenne de 6 ± 12 jours, et une médiane de 2 jours. Lors de la première phase de l'EPP, elle était de 7 ± 10 jours et une médiane de 2 jours.

3.6. Patients du groupe « LAT »

3.6.1. Décision de LAT

Une décision de LAT a été prise pour 135 patients, soit 4,2% des patients admis en réanimation et soit 58,2 % des patients inclus. Au total 53,1% des patients décédés le sont après une décision de LAT. La première phase de l'EPP comptabilisait 61% de patients pour lesquels il existait une décision de LAT et 55% des patients décédés l'étaient après une décision de LAT.

Le délai entre l'admission en réanimation et la décision de LATA était compris entre 0 et 205 jours. Il était en moyenne de 13 ± 23 jours et une médiane de 7 jours. Lors de la première phase, celui-ci était en moyenne de 12 ± 18 jours avec une médiane de 5 jours.

3.6.2. Répartition des LAT par services

Les patients ayant fait l'objet de LAT étaient hospitalisés soit en réanimation HD (n=70), en réanimation polyvalente (n=40) ou en réanimation CTCV (n=25).

LAT par service	Pourcentage de LAT rapporté aux entrées	
	1 ^{ère} phase de l'EPP	2 ^{ème} phase de l'EPP
Réanimation HD	8	8,7
Réanimation polyvalente	4,3	4,5
Réanimation CTCV	0,9	1,6

3.7. Evaluation EPP

3.7.1.Objectif 1 : Eligibilité aux LATA

3.7.1.1. Critère 1 : impasse thérapeutique malgré une stratégie optimale

Pour que le critère 1 soit conforme, il fallait répondre « oui » à au moins 2 des items suivants :

	N	Oui (%)	Non (%)
Item 1 Les traitements proposés ne peuvent pas modifier le pronostic	135	88,1% (n=119)	11,9% (n=16)
Item 2 Absence de réponse ou aggravation malgré une thérapeutique adaptée et bien conduite	135	63,7% (n=86)	36,3% (n=49)
Item 3 Association de plusieurs critères défavorables rendant le pronostic très sombre (dont l'âge élevé)	135	97% (n=131)	3% (n=4)

Pour conclure, le critère 1 était conforme dans 95,6% (n=129) des cas, contre 97,8% des cas lors de la première phase de l'EPP.

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

Pour que le critère 2 soit conforme, il fallait répondre « oui » à l'item 5 et à un autre des autres items suivants :

	Oui (%)	Non (%)
Item 1 Autonomie préexistante évaluée selon un score et une grille validée	83,7% (n=113)	16,3% (n=22)
Item 2 Autonomie prévisible à l'issue très limitée	75,6% (n=102)	24,4% (n=33)
Item 3 Pathologie principale et pathologies associées à l'origine d'une morbidité élevée	95,6% (n=129)	4,4% (n=6)
Item 4 Antécédents ou terrain défavorable (dont l'âge élevé)	60,7% (n=82)	39,3% (n=53)
Item 5 Les thérapeutiques proposées nécessitent un investissement important en termes de moyens humains et matériels devenant disproportionné par rapport à l'issue défavorable prévisible	100,0% (n=135)	

Pour conclure le critère 2 était conforme dans 99,3% des cas, il n'est donc pas présent dans un seul cas. Lors de la première phase de l'EPP, le critère était conforme dans tous les cas.

3.7.2.Objectif 2 : Le processus de LATA répond aux principes définis par la loi du 22 avril 2005 et aux principes de la réflexion éthique indissociables de ces situations.

3.7.2.1. Critère 3 : La collégialité est-elle respectée

Pour que le critère 3 soit conforme, il fallait répondre « oui » à tous les items suivants :

		N	Oui (%)	Non (%)
Item 1	Discussion en réunion dédiée	135	35,6% (n=48)	64,4% (n=87)
Item 2	Présence au minimum de l'équipe soignante concernée	135	53,3% (n=72)	46,7% (n=63)
Item 3	Avis du consultant extérieur	135	65,2% (n=88)	34,8% (n=47)
	a- Absence de relation hiérarchique entre le consultant extérieur et le médecin responsable du patient	88	100% (n=88)	
	b- Son avis motivé est-il formulé après une étude du dossier et un examen du patient?	88	100% (n=88)	
	c- Son avis motivé est-il noté	88	11,4% (n=10)	88,6% (n=78)

Pour conclure le critère 3 était conforme dans 11,4% des cas, contre 6,6% lors de la première phase de l'EPP.

Le consultant extérieur était dans 52,3% (n=46) des cas le chirurgien référent, dans 15,9% (n=14) le médecin référent, dans 8% (n=7) le médecin traitant, et dans 8% (n=7) un autre spécialiste (équipe mobile de soins palliatif, oncologue, rééducateur). La concertation était pluridisciplinaire dans 16% (n=14) des cas.

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

Pour que le critère 4 soit conforme, il fallait répondre « oui » à un des 3 items suivants :

		Oui (%)	Non (%)	NA (%)
Item 1	L'expression de la volonté du patient a-t-elle été recherchée auprès du patient, s'il a la capacité de l'exprimer ?	10,4% (n=14)	0%	89,6% (n=121)
Item 2	L'expression de la volonté du patient a-t-elle été recherchée auprès du patient, s'il est dans l'incapacité de l'exprimer, par la recherche des directives anticipées?	28,9% (n=39)	60,7% (n=82)	10,4% (n=14)
	Les directives anticipées sont-elles conformes au décret de 2006?	2,2% (n=3)	8,9% (n=12)	88,9% (n=120)
Item 3	L'expression de la volonté du patient a-t-elle été recherchée auprès du patient, s'il est dans l'incapacité de l'exprimer, par le questionnement de la personne de confiance, de la famille ou des proches	33,3% (n=45)	56,3% (n=76)	10,4% (n=14)

Le critère 4 était conforme dans 45,2% (n=61) des cas, contre 45,3% lors de la première phase de l'EPP.

3.7.2.3. Critère 5 : Annonce de la décision

Pour que le critère 5 soit conforme, il fallait répondre « oui » à l'item suivant :

		N	Oui (%)	Non (%)
Item 1	La décision a été annoncée et expliquée au patient, ou à défaut à la personne de confiance, à la famille ou aux proches?	135	79,3% (n=107)	20,7% (n=28)

Le critère 5 était conforme dans 79,3% (n=107) des cas. Lors de la première phase de l'EPP il était conforme dans 98,5% des cas.

3.7.2.4. Critère 6 : Traçabilité de la décision de LAT dans le dossier

Pour que le critère 6 soit conforme, il fallait pouvoir répondre « oui » à l’item suivant :

		N	Oui (%)	Non (%)
Item 1	La décision de LAT a-t-elle été notifiée et datée par le médecin responsable du patient?	135	100% (n=135)	0

Le critère 6 était conforme dans 100% des cas, contre 96,4% lors de la première phase de l’EPP.

3.7.2.5. Critère 7 : Traçabilité des modalités de LAT dans le dossier

Pour que le critère 7 soit conforme, il fallait pouvoir répondre « oui » à l’item suivant :

		N	Oui (%)	Non (%)
Item 1	Les modalités de la limitation ou d'arrêt des thérapeutiques sont-elles clairement notées?	135	97% (n=131)	3% (n=3)

Le critère 7 était conforme dans 97% (n=131) des cas. Il était conforme dans 96,4% des cas lors de la première phase de l’EPP.

3.7.3.Objectif 3 : Les moyens d’évaluer les résultats de la prise en charge du patient ont été mis en place

3.7.3.1. Critère 8 : la prise en charge ultérieure du patient a-t-elle été clairement définie ?

Pour que le critère 8 soit conforme, il fallait pouvoir répondre oui à au moins un des items suivants :

		N	Oui (%)	Non (%)
Item 1	Anxiolyse	135	83,0% (n=112)	17,0% (n=23)
Item 2	Antalgique	135	89,6% (n=121)	10,4% (n=14)
Item 3	Mise en place de soins de support	135	97,0% (n=131)	3,0% (n=4)
Item 4	Prise en charge par l'équipe mobile de soins palliatifs	135	2,2% (n= 3)	97,8% (n=132)
Item 5	Intervention d'un psychologue	135	14,1% (n=19)	85,9% (n=116)

Le critère 8 était conforme dans 97% des cas, contre 94,7% lors de la première phase de l'EPP.

3.7.3.2. Critère 9 : L'accompagnement de la famille et des proches a-t-il été clairement défini ?

Pour que le critère 9 soit conforme, il faut que les visites soient libres, que le nombre de visiteurs ne soit pas limité, ou qu'il existe la possibilité de dormir sur place. La feuille d'aide à la prescription de LAT précise l'élargissement des visites. Cependant, il n'existe pas de traçabilité des visites dans le dossier, la conformité de ce critère n'est donc pas connue. Le critère 9 était conforme dans 81,8% des cas lors de la première phase de l'EPP.

3.7.4. Comparaison avec la première phase de l'EPP

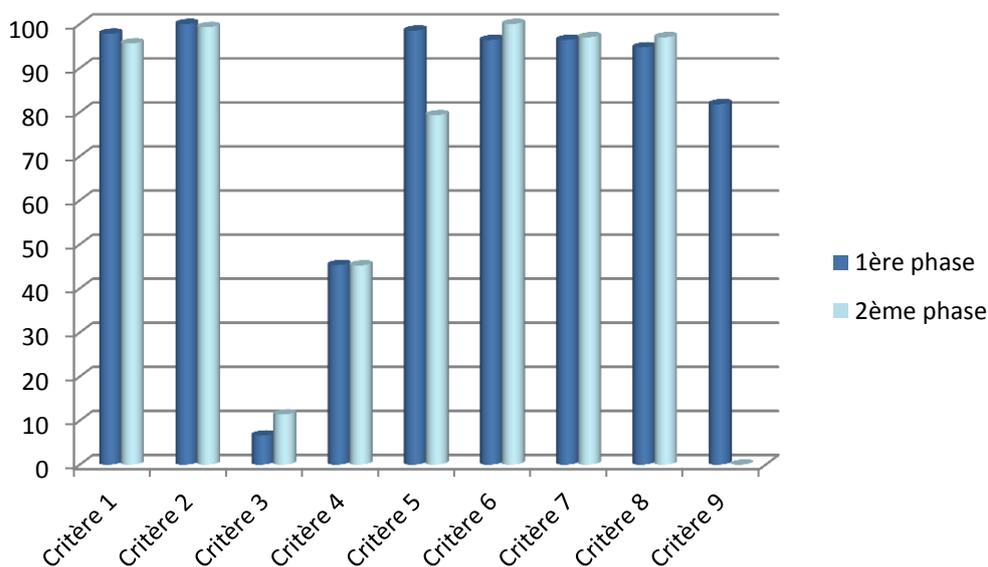


Figure 6 : Comparaison entre la 1^{ère} et la 2^{ème} phase de l'EPP

3.8. Utilisation de la feuille d'aide à la décision de LAT

La feuille de LAT était présente dans 114 dossiers médicaux sur les 135 décisions de LAT, soit dans 84,4% des cas. Celle-ci est souvent partiellement remplie sans que cela ne soit comptabilisé. Lors de la première phase de l'EPP, elle était retrouvée dans 80 % des dossiers.

3.9. Type de LAT initiale

Pour 100 patients soit 74,1 % la prescription initiale était une limitation des thérapeutiques, alors que pour 35 patients soit 25,9 % un arrêt des thérapeutiques était décidé. Le rapport était de 65,7% de limitations des thérapeutiques pour 34,3% d'arrêt de soins lors de la première phase de l'EPP.

3.10. Modification de la décision de LATA et inscription dans le dossier

Parmi les patients ayant fait l'objet de LAT, une modification de la décision a eu lieu dans 18,5 % des cas, soit pour 25 patients. La décision a été modifiée vers un arrêt des thérapeutiques pour 80% des cas soit 20 patients, et vers une majoration des limitations des thérapeutiques dans 16% des cas soit quatre patients. La modification était secondaire à une aggravation de l'état clinique pour 76% patients (n=19), et à une absence d'évolution clinique pour 20% patients (n=5). Nous avons constaté pour un seul patient une amélioration clinique, conduisant à une suppression des LAT.

La feuille de modification de LAT était présente dans 88% des dossiers (n=22), contre 63% lors de la première phase de l'EPP.

3.11. Devenir des patients

Au total, 81,5 % des patients ayant fait l'objet d'une LAT sont décédés, soit 110 patients. Cent pourcent des patients sont décédés après une décision d'arrêt des thérapeutiques (n=35). Suite à une limitation des thérapeutiques, 75 % sont décédés (n=75) et 25 % sont sortis vivants (n=25).

Six mois après leur hospitalisation en réanimation, 60% des patients des patients sortis vivants de réanimation étaient retournés vivre à domicile (n=16), 24% étaient toujours hospitalisés (n=6) et 16% étaient décédés après la réanimation (n=4). Le taux de patient vivant à leur domicile 6 mois après une LAT était donc de 11,9%.

Lors de la première phase de l'EPP, le taux de décès après une décision de LAT était de 80,3%, avec également 100% de décès après les décisions d'arrêt des thérapeutiques et 70% après les décisions de limitation. Le taux de patients retournés à domicile à 6 mois était alors de 3,6%.

3.12. Les directives anticipées

Les directives anticipées étaient recherchées dans 30,4% des cas. Pour que la recherche des directives anticipées soit considérée comme complète et validée, l'appel du médecin traitant était indispensable. Elles étaient présentes dans le dossier dans 11,1% des cas, soit dans 15 dossiers. Celles-ci étaient considérées comme non valides ou étaient non utilisables dans 80 % des cas, soit pour 12 d'entre elles.

3.13. Enquête auprès des médecins traitants

Au total, 29 médecins traitants ont été informés de la décision de LAT, soit dans 21,5 % des cas. Ils ont jugés l'information satisfaisante dans 82,8 % des cas. Deux médecins étaient non joignables. Dans 31 cas (23%) le nom du médecin traitant n'apparaissait pas dans le dossier médical. Entre l'hospitalisation et l'enquête téléphonique, un médecin a cessé son activité.

Parmi les 103 médecins ayant répondu à nos questions, 88 (85,4%) ont exprimé le souhait d'être informé de telle décision et 48 (46,6%) souhaiteraient participer aux décisions de LAT. Quatre médecins (3,9%) pensaient pouvoir se rendre disponible pour participer à une réunion pluri-disciplinaire.

Pour les directives anticipées, 43 des médecins contactés soit 41,7% informaient parfois leurs patients de la possibilité d'écrire des directives anticipées. Ils en parlaient exclusivement aux patients malades ou âgés.

3.14. Modalité des LATA

3.14.1. Les décisions de limitations des thérapeutiques

Les limitations des thérapeutiques consiste en l'absence de réalisation d'une réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire (86%), une dose maximale d'amines ou leur non introduction (69%), la non réalisation d'une intervention chirurgicale (54%), l'absence d'intubation ou de ré-intubation (45%), l'arrêt ou la non introduction de l'épuration extra rénale (43%), la non mise en place d'une assistance circulatoire (32%), l'arrêt de la transfusion ou du remplissage (28%), l'arrêt du traitement de l'hypertension intracrânienne (25%).

3.14.2. Les décisions d'arrêt des thérapeutiques

En cas d'arrêt des thérapeutiques, les patients sont extubés avec un arrêt de la ventilation mécanique dans 65,7% des cas.

3.15. Bilan de la première année de réalisation de prélèvements d'organes Maastricht III

Entre mars 2015 et mars 2016, il y a eu 11 patients éligibles à une procédure de type Maastricht III. La procédure a été réalisée dans 8 cas. Pour 3 patients la procédure n'a pas été entreprise, pour l'un suite à un refus de la famille, pour le second il existait un obstacle médico-légal. Pour le dernier la raison n'est pas connue.

Les motifs d'admission des patients étaient un traumatisme crânien (75%), un AVC (12,5%) ou un arrêt cardio-respiratoire (25%). La durée de séjour avant la décision médicale de LAT était en moyenne de 6,7 (\pm 4,2) jours avec une médiane de 6 jours. La durée de séjour avant la réalisation de LAT était de 8,3 (\pm 3,7) jours avec une médiane de 7,5 jours. Pour 100% des patients, la procédure de LAT associait extubation et sédation.

L'un des 8 patients, a été récusé par l'agence de biomédecine devant l'absence de proches connus par l'équipe soignante. Pour les trois autres patients, la procédure n'a pas abouti, car la phase agonique (délai entre la mise en place de LAT et le décès) était supérieure à 180 minutes.

Sur les huit procédures entreprises, seulement quatre ont abouti à un prélèvement d'organes. Le temps d'ischémie chaude fonctionnelle (lorsque la PAM est < 45 mmHg jusqu'au début de la circulation régionale normothermique) était compris entre 25 et 51 minutes, avec une moyenne de 40 (\pm 12) minutes. La durée entre la déclaration de décès et la canulation était en moyenne de 31 (\pm 11) minutes, et la durée de la CNR (circulation régionale normothermique) était en moyenne de 184 (\pm 30) minutes. Au total, huit reins ont été prélevés et greffés.

4. Discussion

La deuxième et dernière phase de cette EPP débutée en 2011 a été réalisée après une phase d'action, avec sensibilisation des médecins et modification de la feuille d'aide à la prescription des LAT. Cette deuxième phase, réalisée de manière prospective au sein des 3 services de réanimation chirurgicale, montre que notre pratique des LAT est conforme sur de nombreux points aux lois et recommandations en vigueur. Il existe cependant des critères à améliorer en particulier la collégialité, avec l'implication du médecin traitant et la recherche de la volonté du patient. Entre les 2 phases de l'EPP, une globale stabilité de la qualité des pratiques professionnelles des LAT est constatée. Certains éléments tels que l'existence d'un consultant extérieur et la traçabilité des décisions restent à perfectionner. Nous constatons une altération de l'information du patient et de ses proches, probablement secondaire à une mauvaise traçabilité de la communication entre les équipes médicales et la famille. Nous allons de nouveau prendre des mesures afin d'améliorer les pratiques, et d'essayer de les pérenniser.

Les limites de cette étude sont dues à sa méthodologie. Il s'agit en effet d'une étude observationnelle. De plus elle est monocentrique, elle ne concerne que le CHU de Nantes. Les 3 services de réanimations chirurgicales sont très hétérogènes. Ils diffèrent par leur recrutement et leurs pratiques. Les décisions de LAT ne sont pas prises dans les mêmes circonstances. En réanimation CTCV, lorsqu'une LAT veut être discutée, il est organisé une réunion avec les médecins du service, l'équipe soignante et d'autres médecins (chirurgien, cardiologue, autres réanimateur) selon leur disponibilité. En réanimation polyvalente, il existe une réunion hebdomadaire avec l'équipe paramédicale, permettant d'échanger sur certains dossiers et de discuter de la mise en place de LAT. En Réanimation HD, les décisions de LAT sont prises quotidiennement lors des transmissions. Cette étude n'a donc de valeur que localement, l'objectif est d'améliorer notre pratique quotidienne en pointant nos points faibles puis en mettant en place des mesures correctives. Le recueil des données était dépendant de la traçabilité de celle-ci. Nous avons constaté que la feuille d'aide à la prescription de LAT n'est fréquemment que partiellement remplie.

4.1. Analyse de la population et comparaison avec la première phase d'EPP

Les critères démographiques de notre population sont similaires aux données de la littérature, ainsi qu'à la première phase de l'EPP. L'âge (moyenne 63 ans), le sexe ratio (67% d'hommes) et l'IGSII (médiane de 55) sont comparables aux caractéristiques d'une population décédant lors de son séjour en réanimation.

Quarante-deux pourcent des patients sont décédés en dehors de toute décision de LAT, ce chiffre est comparable à celui obtenu lors de la première phase de l'EPP (39%). Dans le groupe « sans LAT », les patients ont été séparés en 6 catégories. La première inclus les patients décédés dans un contexte de mort encéphalique, pour lequel aucune LAT n'est envisagée afin de préserver la fonction des organes en vue d'un prélèvement multi-organes. Les catégories « décès avant J+3 », « décès per-opératoire » et « décès brutal » incluent des patients pour lesquels à l'instant de leur décès il n'était pas envisagé de

limitation de thérapeutiques, la démarche médicale demeurait curative. Ces patients échappent aux traitements et décèdent alors malgré les thérapeutiques entreprises. Pour les deux dernières catégories, le décès inattendu pourrait témoigner d'un état déjà altéré pour lequel une réflexion sur l'intensité des soins aurait pu être justifiée. Le groupe intitulé « absence de réflexion collégiale » regroupe les patients décédés après un séjour prolongé en réanimation au cours duquel aucune justification à l'absence de LAT n'est retrouvée. On note dans cette catégorie une amélioration des pratiques, avec 13,5% des patients du groupe « sans LAT » lors de la première phase contre 5,2% lors de la deuxième phase. Ce groupe témoigne néanmoins de la persistance de lacunes dans l'anticipation de l'évolution des patients et de l'absence de réflexion quotidienne systématique sur l'intérêt des thérapeutiques entreprises. Le dernier groupe nommé « opposition de la famille », regroupe les patients pour lesquels le dossier médical indique une réflexion collégiale et une décision de LAT, à laquelle la famille s'est opposée. Les conflits entre les familles et l'équipe soignante sont souvent la conséquence d'un défaut de communication. Cette situation reste néanmoins rare.

Pour 53,1% des patients, le décès arrive après une décision de LAT, chiffre comparable au 55% de la première phase de l'EPP. Le taux de LAT chez les patients décédés est similaire aux données de la littérature (7,13,14). Seule l'étude Ethicus (15), qui est une étude européenne, retrouve un taux de LAT chez les patients décédés plus élevé à 72%. Ces résultats restent néanmoins à nuancer car cette étude met également en évidence des différences géographiques, culturelles et religieuses. Dans certaines situations, telle que l'état de mort encéphalique ou le décès précoce du patient, une décision de LAT ne peut être envisagée. De plus nous travaillons dans un service de réanimation chirurgicale, la majorité des patients a donc bénéficié d'un acte chirurgical. Celui-ci n'avait pas été jugé en préopératoire comme disproportionné, cela suppose donc un état général relativement conservé du patient. Le délai moyen entre l'admission et la décision de LAT était de 13 jours, avec une médiane de 7 jours, contre, lors de la première phase de l'EPP, un délai moyen de 12 jours avec une médiane à 5 jours. Les principales études retrouvent des délais moindres (6,12-15). Cette différence est aisément expliquée par la différence de recrutement, en effet dans ces études les pathologies sont principalement d'ordre médical. Notre population est composée davantage de patients chirurgicaux, et dans les pathologies telles que le traumatisme crânien ou l'hémorragie méningée le pronostic neurologique ne peut être établi avant l'arrêt de la sédation du patient, qui nécessite fréquemment plusieurs jours. Des études montrent que la création de recommandations ou encore la sensibilisation des équipes à la fin de vie réduit de manière significative le délai entre l'admission et la mise en place de LAT (16,17). Dans l'EPP réalisée, le temps entre l'admission et la réflexion sur la fin de vie se majore, il est évident que malgré la différence de recrutement la réflexion sur l'intensité des traitements doit être quotidienne, il paraît donc nécessaire de réaliser de nouveau une sensibilisation de l'équipe soignante. Le taux de LAT rapporté aux admissions est de 4,2%, il est stable par rapport à la première phase (4%), mais bien inférieur au taux retrouvé habituellement dans la littérature qui est compris entre 10 et 14%

(7,13–15). Cette différence peut être en partie de nouveau justifiée par un recrutement différent. Les études incluent davantage de patients « médicaux ». Alors que dans notre étude, les services de réanimation admettent de nombreux patients pour des surveillances post-opératoires de chirurgies programmées. Par exemple, la réanimation CTCV illustre bien cette particularité en associant, l'admission de la majorité des patients, une durée de séjour brève et un taux de décès bas.

La décision initiale était davantage une limitation des thérapeutiques (74,1%). Un arrêt des thérapeutiques était réalisé dans 25,1% des cas, contre 34,3% des cas lors de la première phase de l'EPP. Le taux limitation/arrêt des thérapeutiques est très variable d'une étude à l'autre, il varie entre 94%/6% dans l'étude de Roger à 44%/56% dans l'étude EPILAT (14,18). Il existe une grande variabilité de ces taux entre les pays, entre les unités et même entre les médecins au sein d'un même service (19). Notre taux d'arrêt des thérapeutiques est faible, les patients hospitalisés pour choc septique, cardiogénique ou hémorragique justifient plus aisément des limitations. Elles sont prises à la phase aigüe pour éviter toutes thérapeutiques déraisonnables. Dans le cas d'un patient hospitalisé pour un coma post anoxique ou un AVC massif, patients admis dans des services à orientation médicale, il n'existe après quelques jours d'évolution que peu d'espoir d'amélioration clinique et la décision sera fréquemment un arrêt des thérapeutiques.

Lors de l'hospitalisation, parfois l'évolution engendre une modification de la stratégie de prise en charge des patients. Lors de la deuxième phase de l'EPP, la décision a été modifiée dans 18% des cas, contre 33,6% lors de la première phase. Si la situation clinique s'améliore, les LAT peuvent être supprimées. Dans la seconde phase de l'EPP, un seul patient a bénéficié de cette situation contre 3 lors de la première phase. Dans la plupart des cas les limitations sont majorées (16%) ou transformées en arrêt des thérapeutiques (80%). La modification de stratégie est justifiée par une aggravation de l'état clinique (76%) ou une absence d'évolution clinique (20%). Après comptabilisation des modifications de LAT, le taux d'arrêt des thérapeutiques est de 40%, contre 65% lors de la première phase. Cette différence, tout comme la réduction du taux de modification de LAT est justifiable par une meilleure projection de l'évolution des patients permettant une décision d'emblée adaptée, comprenant la non admission des patients qui lors de la première phase de l'EPP justifiaient d'un arrêt des thérapeutiques. Notre taux de modification de LAT, reste cependant très inférieur à celui d'environ 50% retrouvé dans la littérature (8,13).

La majorité des patients ayant fait l'objet de LAT sont décédés (81,5%). Cependant 25% des patients sont sortis vivants de réanimation après une décision de limitation des thérapeutiques. Dans l'étude EPILAT, 17% des patients sortent vivants de l'hôpital après une décision de LAT (14). Nous en totalisons, lors de la deuxième phase de l'EPP, 16% contre 3,6% en 2012. Les patients rentrés à domicile sont souvent très âgés, avec de nombreuses comorbidités et admis en majorité pour des chocs septiques ou hémorragiques. Pour ces patients, il est instauré précocement des limitations afin

de ne pas basculer dans des soins disproportionnés, et lorsque ces patients ne décèdent pas en réanimation, ils retournent fréquemment à domicile.

4.2. Adéquation avec la loi

La loi en vigueur lors de la réalisation de la deuxième phase de l'EPP, était la loi du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie. La législation a récemment été modifiée par la loi n°2016-87 du 2 février 2016 (5), créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Elle reprend la notion d'obstination déraisonnable en y ajoutant l'hydratation et l'alimentation. Elle explicite également la notion de sédation profonde et continue, et insiste sur l'obligation de s'enquérir de l'expression de l'avis du patient en particulier avec des DA contraignantes. Nos pistes de travail vont bien sur intégrer ces modifications.

La législation autorise l'interruption de traitements jugés inutiles, disproportionnés, avec comme seul effet le maintien artificiel en vie. Elle interdit l'obstination déraisonnable. Dans notre EPP, la réflexion sur l'intensité des soins était débutée lorsque l'on constatait une impasse thérapeutique (95,6%) ou que l'on jugeait la prise en charge disproportionnée ou déraisonnable (99,3%). La littérature retrouve aussi comme principales motivations aux LAT, la « futilité » des soins justifiée par l'absence de stratégie curative ou l'absence d'amélioration et la prise en charge disproportionnée prenant en compte la qualité de vie ancienne et future, l'âge et les comorbidités. L'âge est rarement à lui seul suffisant (20). Quand les LAT sont établies avant l'admission en réanimation, les motifs sont légèrement différents, ils ne tiennent évidemment pas compte de l'évolution, la décision est davantage fondée sur l'analyse du terrain et sur la gravité de la pathologie (21–23).

La loi Kouchner de 2002, autorise le patient à s'opposer à une investigation ou à une thérapeutique. Le respect de son avis est renforcé par la loi du 2 février 2016, elle précise que le médecin a l'obligation de s'enquérir de l'expression de sa volonté lorsqu'il est hors d'état de l'exprimer. Dans seulement 45,2% des cas l'avis du patient a été recueilli, contre 45,3% lors de la première phase de l'EPP. En réanimation, le patient est rarement conscient et en état d'exprimer sa volonté (14), 10,4% des cas dans notre étude, et les directives anticipées restent rares. Cependant la famille est quasiment toujours disponible et peut souvent nous informer sur la volonté du patient. Même si nous ne constatons pas d'amélioration de cet objectif, dans la littérature les souhaits du patient ne sont connus que dans seulement 8 à 23% des cas (7,14,24,25).

La loi 2016-87 introduit également la notion de directives anticipées contraignantes pour les médecins. Selon une étude IFOP réalisée en septembre 2016 pour la fondation ADREA (26), sur des personnes en dehors du milieu hospitalier, seulement 12% des personnes interrogées ont rédigés des directives

anticipées, alors que 92% des français considèrent qu'il est important voire primordial de faire connaître à ses proches ses volontés concernant sa fin de vie. De plus 56% des sondés n'ont jamais entendu parler de DA. Les patients interrogés en milieu hospitalier, méconnaissent tout autant la possibilité de rédiger des DA (27). D'après une étude réalisée en médecine générale, 47% des patients interrogés envisagent la rédaction de leurs DA, et 77% d'entre eux souhaitent que cette discussion soit initiée par leur médecin traitant alors qu'ils sont en bonne santé (28). Seulement sur les 103 médecins que nous avons contactés, seulement 41,7% (n=43) informent leurs patients de la possibilité de rédiger des DA, et se limitent aux patients âgés ou malades.

Dans notre EPP, des DA n'étaient présentes que dans 11,1% des dossiers médicaux, et utilisables pour seulement 2,2% des patients inclus. Les DA ont été utilisées lorsqu'elles étaient conformes à la législation, c'est à dire qu'elles comportaient le nom et le prénom du patient, avec une date et une signature et si elles dataient de moins de 3 ans. Pour qu'elles soient jugées utilisables, il était également nécessaire qu'elles décrivent la volonté du patient sur l'interrogation de l'équipe. Dans les études publiées récemment, des DA sont disponibles dans 1,3 à 7,5% des cas (14,18,25,29). Seule étude américaine retrouve un taux de DA disponibles de 72% (30). Le faible taux retrouvé n'est donc que le reflet, de la faible fréquence de rédaction par les français.

Les DA sont rarement disponibles par les médecins lors de la prise en charge du patient. Les solutions envisageables pour améliorer ces lacunes sont tout d'abord la sensibilisation des français à cet outil. Au niveau national, un plan pour le développement des soins palliatif et l'accompagnement en fin de vie a débuté en 2015 (6). Une campagne d'information destinée au grand public, est intitulée « la fin de vie, et si on en parlait ? ». Son objectif est d'informer le grand public sur des outils tel que les directives anticipées ou la personne de confiance et de mobiliser les français afin d'ouvrir la discussion sur la fin de vie avec leur proches et les professionnels de santé. Parallèlement une campagne d'information destinée aux professionnels de santé est entreprise, ayant pour but de mieux faire connaître les modifications introduites par la loi 2016-87, et de favoriser le dialogue avec les patients sur la fin de vie. Des formulaires d'aide à la rédaction des DA destinés au grand public et aux médecins sont disponibles sur le site du ministère des solidarités et de la santé et de l'HAS (31,32).

Les stratégies qui s'avèrent les plus efficaces pour augmenter le taux de rédaction des directives anticipées sont une interaction avec un professionnel de santé par un bref entretien de 3 à 5 min à la fin de chaque consultation (33). Les principaux freins à la rédaction sont pour les médecins : le faible niveau de connaissance en santé des patients, leur bonne santé, ainsi que le manque de temps et de compétences pour parler de DA. Pour les patients les freins retrouvés sont leur inutilité justifiée par la confiance en leurs proches ou en leurs médecins, l'inadéquation avec leurs convictions religieuses, l'angoisse à parler de la fin de vie et à remplir le formulaire. L'information doit pour être la plus productive possible être orale, participative, prolongée, et de manière répétée (34,35). Augmenter le

taux de rédaction des DA, est donc une mission d'intérêt public, mais elle s'avère complexe et il est probable qu'une augmentation significative du taux de DA ne soit pas observé avant de nombreuses années.

Au niveau de nos services de réanimation, lors des décisions de LAT, les médecins traitants ne sont pas systématiquement informés et donc les DA ne sont pas efficacement recherchées. Nous devons donc rappeler aux médecins prescripteurs l'importance de l'appel systématique des médecins traitants, lorsqu'une telle décision est envisagée. De plus, chaque médecin traitant reçoit lors de la prise en charge d'un de ses patients en réanimation chirurgicale, un courrier l'informant de l'hospitalisation. Dans ce dernier, il est envisageable de signaler au médecin traitant de nous faire parvenir toutes DA en sa possession. En amont de toute hospitalisation en réanimation, il serait nécessaire de sensibiliser les médecins anesthésistes et les chirurgiens, pour qu'en pré-opératoire d'une chirurgie à risque, les patients soit informés et incités à rédiger leurs DA. Il est évident qu'il ne faut pas limiter notre recherche de la volonté du patient, à la recherche des directives anticipées au vue de la fréquence de leur rédaction.

Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et qu'aucune directive anticipée n'est disponible, la volonté du patient doit être recherchée auprès de ses proches. Ce fut le cas dans seulement 33,3% des cas, contre 39,4% lors de la première phase de l'EPP. Les proches n'ont eu alors qu'un rôle consultatif, alors que 76% des patients souhaitent une participation de leur proches (36). Les médecins estiment eux aussi qu'ils doivent impliquer les proches dans les décisions de LAT. Ces derniers souhaitent leur participation pour environ la moitié d'entre eux (36). Elle peut cependant favoriser les symptômes d'anxiété, de dépression et de stress post-traumatique (37). Mais il est démontré qu'une bonne communication entre l'équipe soignante et les proches peut améliorer ses symptômes (38,39). Ils ne sont en réalité que rarement impliqués dans les décisions (7,37). La participation des familles aux décisions de LAT doit donc probablement être adaptée à celle-ci, et ne peut être généralisée. La désignation par les patients d'une personne de confiance est utile en cas de conflit intra-familial, comme le démontre par exemple le dossier de Vincent Lambert. Elle n'apparaît sur la feuille de LAT que dans 6% des cas, alors que 90% des français souhaite en désigner une (40). Nous devons veillez à renseigner sur les dossiers médicaux, la personne de confiance désignée par le patient en pré-opératoire, pour les patients déjà hospitalisés.

La loi exige que les décisions de LAT résultent d'une réflexion collégiale. La collégialité est aussi recommandée par les sociétés savantes (11,41,42). Dans l'EPP, la collégialité est définie par 3 items : l'existence d'une réunion dédiée, la présence de l'équipe soignante et la sollicitation d'un consultant extérieur. Le critère 3 était respecté dans 11,4% des cas, contre 6,6% lors de la première phase.

Tout d'abord, la décision est prise en réunion dédiée dans 35,6% des cas, contre 40,1% en 2012. Dans le service de réanimation HD, les LAT sont souvent décidées lors des transmissions matinales avec l'ensemble de l'équipe médicale. La réunion n'est donc pas dédiée mais elle a l'avantage d'être quotidienne et de regrouper les médecins du service. En réanimation polyvalente il existe une réunion dédiée mais celle-ci est hebdomadaire. Enfin en réanimation CTCV, il est organisé une réunion dédiée lorsque cela est nécessaire. Dans ces 2 services, la réunion est dédiée aux décisions de LAT mais la réflexion sur l'intensité des soins n'est entreprise quotidiennement que par le médecin en charge du patient.

L'équipe soignante concernée est présente dans 53,3% des cas. Lors de la première phase de l'EPP, cet item était positif dans 88,3% des cas. La différence entre les phases de l'EPP, peut être en partie expliquée par un défaut de traçabilité. Cependant dans le service de réanimation HD, les LAT sont décidées quotidiennement lors des transmissions matinales, le personnel paramédical n'est pas présent lors de cette réunion. L'implication de l'équipe paramédicale est très variable dans la littérature (7,8,25,43). Les équipes médicale et paramédicale souhaitent que cette décision soit collaborative. Cependant leur perception est contradictoire, alors que 79% des médecins pensent impliquer les soignants dans les décisions de LAT, seulement 31% des soignants ont ce sentiment (8). L'organisation idéale pourrait être la réalisation des transmissions quotidiennes en présence de l'équipe paramédicale, avec une période consacrée aux questions éthiques et aux discussions de LAT.

Enfin la collégialité exige l'avis motivé d'un consultant extérieur afin d'éviter le risque d'erreur collective. Le rôle du consultant extérieur est précisé dans le décret 2006-120 du 6 février 2006 et par les recommandations des sociétés savantes (11,44). Dans notre EPP, il est présent dans 65,2% des cas contre 59,9% lors de la première phase de l'EPP. Celui-ci ne doit pas avoir de relation hiérarchique avec le médecin responsable, son avis doit être motivé par un examen du dossier. L'examen clinique du patient doit être possible, mais « *ne doit être une condition absolue de la recevabilité de l'avis du consultant* » (44). Son avis motivé n'apparaît que trop rarement dans les dossiers médicaux (11,4%), et principalement lorsque le patient est entré dans une procédure de don d'organe de type Maastricht III. La prise en charge quotidienne des patients se fait en étroite collaboration avec les chirurgiens, et leur avis est recueilli de manière informelle et sans réelle traçabilité. Le consultant extérieur était dans 52,3% (n=46) des cas le chirurgien référent, dans 15,9% (n=14) le médecin référent. Il n'était que rarement le médecin traitant (8%). La concertation était pluridisciplinaire dans 16% (n=14) des cas.

Les recommandations insistent sur l'importance de la traçabilité des décisions de LAT. Dans notre EPP, le critère 6, soit la traçabilité de la décision, est présent dans 100% des cas. Le critère 7, soit la traçabilité des modalités des LAT est conforme dans 97% des cas. Ces bons résultats sont secondaires à l'existence et à l'utilisation fréquente de la feuille d'aide à la prescription de LAT (84,4%). En effet

l'utilisation de recommandations à la prescription des LAT améliore la prise en charge palliative et la satisfaction du personnel (16,45). Nous souhaitons donc améliorer ce document, afin qu'il serve également de guide lors des décisions de LAT.

L'hospitalisation d'un proche en réanimation est source d'anxiété, de symptômes dépressifs voir de stress post traumatique (37). Le partage des informations et une relation de qualité avec la famille réduit ces symptômes (24,38,39,46). Lors de la seconde phase de l'EPP, le critère 5 soit l'annonce de la décision de LAT est conforme dans 79,3% des cas, contre 98,5% lors de la première phase. Une nouvelle fois, nous expliquons en partie cette différence par un mauvais recueil de l'information transmise aux familles.

Dans notre EPP, l'accompagnement des proches n'a pu être étudié par manque de traçabilité. En effet l'élargissement des visites lors de décision de LAT est précisé sur la feuille d'aide à la prescription des LAT, mais il n'est pas tracé dans le dossier si la famille en a été informée. Les études comparant une restriction des visites et une ouverture du service 24 heures par jours, mettent en évidence une meilleure communication entre les proches et l'équipe soignante et moins d'anxiété dans l'entourage du patient (47). Seulement 23,3% des services de réanimation sont ouvert en permanence aux visites sans restriction (48). Comme dans d'autres services, à Nantes nous élargissons les horaires des visites, en vue d'une ouverture 24 heures sur 24. Nous devons accélérer cette démarche, afin de tendre rapidement vers une ouverture illimitée du service aux proches des patients. D'une manière générale, nous devons améliorer notre prise en charge des familles. Nos objectifs sont d'améliorer la communication entre les équipes et les proches des patients, avec des entretiens réguliers mais également une traçabilité des informations transmises afin d'évaluer la compréhension et d'optimiser la communication.

Les médecins traitants sont la pierre angulaire de la médecine, ils sont au centre de la prise en charge pluridisciplinaire, la coordonnent, et bénéficient également d'une proximité avec leurs patients, ils connaissent donc leurs conditions de vie et de leur autonomie. Les lois et les sociétés savantes préconisent d'ailleurs leur implication lors des décisions collégiales de LAT. Les médecins généralistes sont de plus régulièrement sollicités par les proches des patients pour répondre à leurs interrogations en particulier dans les situations de fin de vie (49).

Dans 23% des cas, le nom du médecin traitant n'apparaissait pas sur le dossier médical, chiffre légèrement inférieur aux 37% retrouvé par le groupe AzuRéa (18). La différence est cependant justifiable, notre étude est réalisée après le décès ou la sortie du patient, nous avons donc disposé de toute la durée de l'hospitalisation pour recueillir cette information, contrairement à cette étude de réalisée un jour donné.

Dans notre étude, les médecins traitants ont été informés de la décision de LAT dans seulement 21,5% (n=29) des cas, contre 20% lors de la première phase de l'EPP. Ces résultats sont inférieurs à ceux retrouvés dans deux études françaises, qui observent 44% et 55% des médecins traitants informés de la décision de LAT (49,50). Lors de notre conversation téléphonique, 85,4% (n=88) d'entre eux ont exprimé le souhait d'être informé et 46,6% (n=48) souhaiteraient y participer. Il est cependant pour eux rarement possible d'envisager d'assister à une RCP. Comparativement dans l'étude de Ferrand 70,8% des médecins généralistes interrogés estiment que leur participation est essentielle lors de décisions de LAT (50). Dans l'étude de Le Meur et al. 66% des médecins interrogés pensent que l'interrogation des médecins généralistes devrait être obligatoire pour ces décisions (49). Ces différences s'expliquent par le fait que nous avons interrogé l'ensemble des médecins généralistes par téléphone, or ces études ont été réalisées à l'aide de questionnaire, pour lesquelles, seules les personnes les plus intéressées par le sujet répondent. Lors de la deuxième phase de l'EPP, nous ne retrouvons pas l'amélioration attendue de ce point. De nombreux médecins traitant nous ont signalé méconnaître la réanimation et ne pas disposer des connaissances nécessaires aux décisions de LAT dans ce contexte. Ils ne souhaitent pas tous participer aux décisions et avoir le rôle de consultant extérieur, nous devons nous adapter à leur volonté et à leur disponibilité. La relation privilégiée dont dispose le médecin traitant avec le patient et ses proches, doit nous aider dans notre décision, en nous renseignant objectivement sur les souhaits du patient et sa qualité de vie. Nous devons cependant toujours les informer, car ces derniers sont souvent sollicités par les proches. Ils répondent fréquemment à leurs interrogations, voire reformule les informations délivrées par l'équipe médicale.

Les médecins réanimateurs jugent eux aussi la communication avec les médecins traitants insuffisante, dans l'étude de Laitre, 20% des patients sont admis avec un courrier de leur médecin généraliste, et celui-ci est jugée satisfaisant dans seulement 50% des cas (51). Soixante-dix-sept pourcent des médecins réanimateurs interrogés souhaitent augmenter les contacts avec les médecins traitants.

Une relation étroite entre les services de réanimation et les médecins a donc des intérêts multiples : approfondir les connaissances sur l'autonomie du patient, ses souhaits concernant sa fin de vie, l'anamnèse de sa pathologie et ses antécédents. Il peut de plus participer aux décisions de LAT comme consultant extérieur et servir de liaison entre les proches et les praticiens hospitaliers. De toute évidence, la communication entre les services de réanimation et les médecins traitants restent insuffisante, et malgré la sensibilisation des médecins et la modification de la feuille d'aide à la prescription des LAT, celle-ci ne s'est pas améliorée depuis la première phase de l'EPP. Nous devons absolument améliorer nos pratiques sur ce point.

4.3. Améliorations des pratiques

La deuxième phase de cette EPP nous permet de souligner nos lacunes et d'envisager des pistes d'améliorations. Nous avons observé contre toute attente une globale stabilité des pratiques sans réelle

amélioration. Il s'agit de la dernière phase de cette EPP, une nouvelle évaluation des pratiques n'est pas prévu, et celles-ci vont probablement stagner après la phase de sensibilisation des médecins. Nous devons donc trouver des solutions afin de les améliorer et de pérenniser les améliorations.

Concernant la feuille d'aide à la prescription de LAT, le fait que celle-ci soit très fréquemment utilisée prouve qu'elle remplit son objectif. Elle est cependant trop régulièrement incomplète, et cela nous indique la nécessité de rappeler aux médecins prescripteurs les objectifs des différents items, ainsi que leur responsabilité lors de la prise de telles décisions et l'importance d'une traçabilité irréprochable. La loi 2016-87 insiste de nouveau sur l'obligation de respecter la volonté du patient. Il nous semble donc nécessaire de décrire, sur la feuille de LAT, une démarche logique afin de connaître les souhaits du patient. Celle-ci indique également l'obligation de réaliser la recherche des DA. Devant le manque de communication avec les médecins traitants et l'absence d'amélioration entre les deux phases de l'EPP, nous avons précisé dans la feuille de LAT, qu'ils devaient systématiquement être informés. Nous profiterons également de la phase de présentation de la nouvelle feuille de LAT pour insister de nouveau auprès des réanimateurs sur l'importance d'informer les médecins traitants de l'hospitalisation de leurs patients en réanimation et des procédures de LAT envisagées. Pour les prescriptions d'arrêts des thérapeutiques, la feuille de LAT servira de feuille de prescription pour la gestion de la sédation terminale en particulier, afin d'homogénéiser les pratiques. Nous modifierons cette partie après avoir obtenu un consensus entre l'ensemble des médecins réanimateurs. Le nouveau document est consultable dans l'annexe 5.

Concernant l'organisation des décisions de LAT, il n'existe probablement pas d'organisation idéale qui tout en étant quotidienne et en adéquation avec l'organisation du service, n'est pas trop chronophage et respecte l'ensemble des critères de la collégialité. Il est donc nécessaire de discuter avec les équipes soignantes de chaque service pour améliorer leur organisation afin de remplir au mieux l'ensemble des critères. Pour la réanimation HD, il est proposé de faire participer le personnel paramédical aux transmissions quotidiennes réalisées chaque matin, après vérification de leur disponibilité. Pour la réanimation polyvalente, la réunion hebdomadaire, peut être réalisée de manière plus fréquente pour augmenter la fréquence de la réflexion concernant l'intensité des soins de chaque patient. L'autre solution envisageable est de l'associer aux transmissions quotidiennes. Pour la réanimation CTCV, les réunions organisées lors des décisions de LAT répondent à l'ensemble des critères de la collégialité. La réflexion sur l'intensité des soins doit néanmoins être quotidienne, mais celle-ci peut facilement être intégrée aux transmissions.

Une démarche d'élargissement des amplitudes horaires de visite est en cours dans le service de réanimation HD. Nous allons la poursuivre, et débiter une discussion avec les équipes médicales et paramédicales des autres services. L'objectif est de tendre vers une ouverture de l'ensemble des services de réanimation 24 heures sur 24.

Il sera lors de la présentation de la nouvelle feuille d'aide à la prescription des LAT, auprès des différents services de réanimation, présenté les résultats de la deuxième phase de l'EPP. Nous profiterons de cette réunion pour informer une nouvelle fois les médecins prescripteurs des points à améliorer. Nous insisterons particulièrement sur la nécessité d'avertir voir d'impliquer le médecin traitant à notre prise en charge en réanimation. Il sera également rappelé les modifications apportées par la loi Claeys Léonetti. Cette phase d'information permettra d'aviser de nouveaux, les médecins prescripteurs de leurs responsabilités lors de la prise de ces décisions, et de l'importance d'une traçabilité des différents intervenants ainsi que de l'information transmise aux proches.

Pour améliorer la communication avec les médecins traitants, nous informerons ces derniers de l'hospitalisation de leur patient en réanimation par courrier, en précisant le nom du médecin responsable et le numéro auquel il peut être contacté. Ce procédé existe déjà en réanimation HD et sera élargie aux autres réanimations pour les hospitalisations non programmées. Le courrier sera utilisé pour informer les médecins traitants de la nécessité de nous transmettre les DA en leur possession.

4.4. Prélèvement d'organe Maastricht III

Le CHU de Nantes est le deuxième centre et le premier CHU à expérimenter les procédures de types Maastricht III. Lors de cette première année, 11 patients ont été éligibles à la procédure, huit procédures ont été réalisées et quatre ont abouti permettant le prélèvement et la greffe de huit reins. Le développement du Maastricht III se poursuit, avec respectivement en 2016 et pour le premier semestre 2017 : 14 et 10 procédures avec cinq et neuf aboutissements.

Le motif d'admission des patients était principalement le traumatisme crânien (75%), puis l'arrêt cardio-respiratoire (25%) et l'AVC (12,5%). Cette répartition résulte du recrutement de nos services. Le délai entre l'admission et la décision de LAT était en moyenne de 6,7 (\pm 4,2) jours avec une médiane de 6 jours. Celui-ci est réduit par rapport à l'ensemble de notre population ou la moyenne est de 13 \pm 23 jours, une médiane de 7 jours et des extrêmes entre 0 et 205 jours. Cette différence est aisément expliquée par le fait que le pronostic est rapidement fixé dans les pathologies telles que l'AVC ou l'arrêt cardio-respiratoire. Les lésions sont existantes à l'admission et les capacités de récupération sont souvent limitées en opposition au choc septique par exemple.

Trois procédures n'ont pas abouties, la phase agonique dépassait 3 heures. Les patients ont tous été extubés selon les recommandations (52,53).

Les prélèvements d'organe de type Maastricht III, nous confronte au problème de la double intentionnalité des procédures de LAT, souligné par le comité d'éthique de la SFAR (ICARE) (54). La décision de la LAT ne doit pas être influencée par l'absence de contre-indication au Maastricht III.

Cependant le screening pour le Maastricht III et la décision de LAT sont réalisés simultanément. Celui-ci est d'ailleurs présent sur la feuille d'aide à la prescription de LAT. La principale mesure protectrice évitant les dérives est la collégialité avec en particulier la participation d'un consultant extérieur. Après information du service de coordination, de l'absence de contre-indication à la procédure Maastricht III, nous laissons le soin à leur équipe, souvent avec la présence du médecin responsable, d'expliquer la procédure aux proches et de recueillir leur non opposition. L'objectif étant de limiter au maximum la confusion pour les équipes soignantes et les familles. Dans nos service de réanimation, l'extubation fait partie des pratiques habituelles lors des procédures d'AT, elles ne sont donc pas modifiées dans les procédures Maastricht III. Le comité éthique ICARE s'interroge également sur la légitimité des traitements introduits à visée protectrice en vue du prélèvement d'organes. Les équipes sont aussi confrontées aux pressions secondaires aux contraintes temporelles du décès et aux potentielles dérives lors de l'utilisation des sédatifs. Pour répondre à ces questions, il serait intéressant de réaliser une enquête auprès du personnel médical et paramédical de réanimation, afin de les interroger sur leur ressenti et leur avis sur le déroulement de la procédure et la gestion du patient et de ses proches lors des prélèvements d'organes Maastricht III qui se sont déroulés dans leur service et qu'ils ont pu observer ou auxquels ils ont participé.

5. Conclusion

Cette deuxième et dernière phase de l'EPP réalisée dans les services de réanimation chirurgicale du CHU de Nantes a évalué les pratiques lors des décisions de LAT et des décès des patients. Elle retrouve un global respect de la législation. Des lacunes demeurent principalement dans la recherche et le respect de la volonté du patient, ainsi que dans la collégialité de la décision. Dans ces deux cas, le médecin traitant est trop rarement mis à contribution. Les directives anticipées ne sont que trop rarement rédigées, elles restent donc d'une aide limitée dans le recueil de l'avis du patient. Nos pratiques sont stables dans le temps sans réelle amélioration. Notre feuille d'aide à la prescription des LAT a été améliorée, une nouvelle campagne d'information de l'équipe soignante sera réalisée. Une nouvelle phase d'évaluation de nos pratiques n'est pas encore prévue.

6. Annexes

6.1. Feuille LAT (version initiale)

	<p style="margin: 0;">PROCEDURE</p> <p style="margin: 0;">Prescription initiale d'une limitation ou d'un arrêt de thérapeutique active (LATA)</p> <p style="margin: 0; font-size: small;">Processus : OPC-Organisation de la prise en charge du patient/Réalisation du programme de soins</p>	Diffusion par : PHU 03 - Réanimation
---	--	---

Date : _____
 Staff à J+ _____ depuis l'admission en réanimation
 en réanimation

Etiquette du patient

INTERVENANTS DANS LA REFLEXION ETHIQUE

Médecin responsable Dr : _____ Après discussion avec : _____

les autres médecins seniors de réanimation (staff du matin ou du midi)
 l'équipe soignante (IDE / ASH / cadre)
 un (ou des) médecin(s) spécialiste(s) : Dr(s)

RESUME DE LA SITUATION CLINIQUE

Grille d'évaluation IGS II : Knaus : A – B – C – D Mc Cabe : 1 - 2 – 3

Mac Cabe Pas de maladie mortelle = 1 - Maladie mortelle à 5 ans = 2 – Maladie mortelle à 1 an = 3
 Knaus A : santé normale - B : limitation modérée/traitement chronique - C : limitation importante/Handicap à l'effort/traitement anticancéreux/hémodialyse - D : patient grabataire, restriction majeure/long séjour/incapacité 100%

ATCD médicaux

<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> évolutif	<input type="checkbox"/> métastases	<input type="checkbox"/> chimiothérapie	<input type="checkbox"/> radiothérapie	
<input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire chronique sévère	<input type="checkbox"/> obstructive	<input type="checkbox"/> restrictive	<input type="checkbox"/> Greffe	<input type="checkbox"/> O2 dép.	
<input type="checkbox"/> Immunosuppression	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Corticothérapie			
<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale chronique	<input type="checkbox"/> sous dialyse				
<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque sévère	<input type="checkbox"/> Autre :				

Autonomie avant l'épisode aigu :

Vit : A domicile En institution
Autonomie : Autonome Partiellement dépendant Totalement dépendant

Diagnostic médical initial :

<input type="checkbox"/> Choc :	<input type="checkbox"/> septique	<input type="checkbox"/> cardiogénique	<input type="checkbox"/> hémorragique non contrôlable
<input type="checkbox"/> Traumatisé :	<input type="checkbox"/> thorax	<input type="checkbox"/> abdo	<input type="checkbox"/> périph
	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> avec HTIC	<input type="checkbox"/> lésion médullaire
<input type="checkbox"/> SNC :	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> HSA	<input type="checkbox"/> Coma (hors TC et AVC)
<input type="checkbox"/> Digestif :	<input type="checkbox"/> pancréatite	<input type="checkbox"/> péritonite	<input type="checkbox"/> IHC
<input type="checkbox"/> Respiratoire :	<input type="checkbox"/> SDRA	<input type="checkbox"/> détresse respiratoire aiguë (hors SDRA)	
<input type="checkbox"/> Brûlure :	<input type="checkbox"/> 3 ^{ème} degré	<input type="checkbox"/> périnée	<input type="checkbox"/> pulmonaire <input type="checkbox"/> circulaire <input type="checkbox"/> >80%
<input type="checkbox"/> Autre :			

ARGUMENTS POUR LA DECISION DE LIMITATION OU D'ARRET DES THERAPEUTIQUES ACTIVES

Expression de la volonté du patient : cherchée non retrouvée

Choix éclairé ou exprimé du patient : patient conscient directives anticipées
 Transmise par la personne de confiance : transmise par les proches

Avis d'un consultant extérieur* oui non na **Traçabilité** dans le dossier ? oui non

* médecin traitant / spécialiste / chirurgien

Situation clinique actuelle

<input type="checkbox"/> Gravité du diagnostic principal	<input type="checkbox"/> Absence d'amélioration malgré un traitement actif
<input type="checkbox"/> Défaillance multi-viscérale	<input type="checkbox"/> Irréversibilité de l'affection aiguë à très court terme
<input type="checkbox"/> Affection sous-jacente fatale à moyen terme	<input type="checkbox"/> Terrain débilité
<input type="checkbox"/> Qualité de vie antérieure	<input type="checkbox"/> Qualité de vie attendue

REA-DI-053 - V. 02 du 27/03/2015 Page 1 / 2

6.2. Feuille de modification de LAT

	<p>PROCEDURE</p> <p>Modification d'une limitation ou d'un arrêt de thérapeutique active (LATA)</p> <p>Processus : OPC-Organisation de la prise en charge du patient/Réalisation du programme de soins</p>	<p>Diffusion par : PHU 03 - Réanimation</p>												
<p>Date :</p> <p>Staff à J+ depuis l'admission en réanimation</p>		<p>Etiquette du patient</p>												
<p>INTERVENANTS DANS LA REFLEXION ETHIQUE</p>														
<p>Médecin responsable Dr :</p> <p><input type="checkbox"/> les autres médecins seniors de réanimation (staff du matin ou du midi) <input type="checkbox"/> l'équipe soignante (IDE / ASH / cadre) <input type="checkbox"/> un (ou des) médecin(s) spécialiste(s) : Dr(s)</p>		<p>Après discussion avec :</p>												
<p>EVOLUTION DE LA SITUATION CLINIQUE</p>														
<p>Depuis la décision initiale de LATA</p> <p><input type="checkbox"/> Récupération d'informations utiles à la réflexion (directives anticipées, ATCD inconnus ...)</p> <p><input type="checkbox"/> Amélioration clinique</p> <p><input type="checkbox"/> Aggravation clinique</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>														
<p>ARRET OU ALLEGEMENT DES MESURES INITIALS DE LATA</p>														
<p>En cas de nécessité, les thérapeutiques suivantes sont licites et a entreprendre</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Massage si ACR</td> <td><input type="checkbox"/> Intubation</td> <td><input type="checkbox"/> Ventilation mécanique</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Remplissage</td> <td><input type="checkbox"/> Amines</td> <td><input type="checkbox"/> Dose maxi amine : γ/kg/min</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chirurgie</td> <td><input type="checkbox"/> Dialyse</td> <td><input type="checkbox"/> Autre :</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Le patient ne relève plus d'aucune limite thérapeutique</p>			<input type="checkbox"/> Massage si ACR	<input type="checkbox"/> Intubation	<input type="checkbox"/> Ventilation mécanique	<input type="checkbox"/> Remplissage	<input type="checkbox"/> Amines	<input type="checkbox"/> Dose maxi amine : γ /kg/min	<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Dialyse	<input type="checkbox"/> Autre :			
<input type="checkbox"/> Massage si ACR	<input type="checkbox"/> Intubation	<input type="checkbox"/> Ventilation mécanique												
<input type="checkbox"/> Remplissage	<input type="checkbox"/> Amines	<input type="checkbox"/> Dose maxi amine : γ /kg/min												
<input type="checkbox"/> Chirurgie	<input type="checkbox"/> Dialyse	<input type="checkbox"/> Autre :												
<p>DECISION ET PRESCRIPTION DES LATA</p>														
<p><input type="checkbox"/> Limitation de certaines thérapeutiques actives de réanimation</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pas de réanimation si ACR</td> <td><input type="checkbox"/> Pas de ventilation mécanique</td> <td><input type="checkbox"/> Pas d'intubation/pas de réintubation</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pas de remplissage</td> <td><input type="checkbox"/> Dose maxi amine : γ/kg/min</td> <td><input type="checkbox"/> Pas d'amine</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pas de chirurgie</td> <td><input type="checkbox"/> Pas de dialyse</td> <td><input type="checkbox"/> Pas de traitement de l'HTIC</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pas de transfusion</td> <td><input type="checkbox"/> Pas d'assistance circulatoire</td> <td><input type="checkbox"/> Autre :</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Pas de réanimation si ACR	<input type="checkbox"/> Pas de ventilation mécanique	<input type="checkbox"/> Pas d'intubation/pas de réintubation	<input type="checkbox"/> Pas de remplissage	<input type="checkbox"/> Dose maxi amine : γ /kg/min	<input type="checkbox"/> Pas d'amine	<input type="checkbox"/> Pas de chirurgie	<input type="checkbox"/> Pas de dialyse	<input type="checkbox"/> Pas de traitement de l'HTIC	<input type="checkbox"/> Pas de transfusion	<input type="checkbox"/> Pas d'assistance circulatoire	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Pas de réanimation si ACR	<input type="checkbox"/> Pas de ventilation mécanique	<input type="checkbox"/> Pas d'intubation/pas de réintubation												
<input type="checkbox"/> Pas de remplissage	<input type="checkbox"/> Dose maxi amine : γ /kg/min	<input type="checkbox"/> Pas d'amine												
<input type="checkbox"/> Pas de chirurgie	<input type="checkbox"/> Pas de dialyse	<input type="checkbox"/> Pas de traitement de l'HTIC												
<input type="checkbox"/> Pas de transfusion	<input type="checkbox"/> Pas d'assistance circulatoire	<input type="checkbox"/> Autre :												
<p><input type="checkbox"/> Arrêt de certaines thérapeutiques actives de réanimation</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Arrêt de la ventilation mécanique – Mise en VS</td> <td><input type="checkbox"/> Arrêt des amines</td> <td><input type="checkbox"/> Arrêt Transfusion</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Arrêt de la dialyse</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autre :</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Arrêt de la ventilation mécanique – Mise en VS	<input type="checkbox"/> Arrêt des amines	<input type="checkbox"/> Arrêt Transfusion	<input type="checkbox"/> Arrêt de la dialyse			<input type="checkbox"/> Autre :					
<input type="checkbox"/> Arrêt de la ventilation mécanique – Mise en VS	<input type="checkbox"/> Arrêt des amines	<input type="checkbox"/> Arrêt Transfusion												
<input type="checkbox"/> Arrêt de la dialyse														
<input type="checkbox"/> Autre :														
<p>REA-DI-052 - V. 01 du 11/03/2014</p>														
		<p>Page 1 / 2</p>												

Arrêt de toutes les thérapeutiques de réanimation

- Débuter les BZD et la Morphine à 1 ou 2 mg/heure IVSE avec une adaptation continue par l'IDE ou le médecin, sans aucune restriction de dose, mais éviter les bolus.
 - Si **inconfort** respiratoire, **augmenter les BZD**
 - Si **souffrance** apparente, **augmenter la morphine**.
- **Arrêt** de toutes les thérapeutiques actives comprend aussi les **antibiotiques** et les **anticoagulants**.
- **Arrêt** de prescription des examens complémentaires **biologiques** ou **radiologiques**.

Extubation

Arrêt de l'oxygène

En cas d'extubation, a-t-on pris des **mesures de prévention** en cas de stridor ou d'inconfort du patient ?

BZD à la seringue électrique
 Scopolamine

Morphine à la seringue électrique
 Diurétiques

Corticoïdes

INFORMATIONS ET EXPLICATIONS DONNEES A LA FAMILLE

Absence de Famille / Famille injoignable

Information donnée et expliquée :

oui non

En présence de l'équipe soignante (IDE / ASH)

oui non

Intervention de la psychologue du service

oui non

Doit-on appeler la famille 24/24 pour faire état d'une éventuelle dégradation clinique ?

oui non

POURSUITE DES SOINS DE CONFORT ET MISE EN PLACE DE SOINS PALLIATIFS

- Toilette complète / Soins de bouche / Prévention d'escarre
- Antalgiques, hydratation, scopolamine et oxygène :
- Enlever sondes inutiles (SNG, PIC...) pour veiller à l'aspect du patient :
- Réglage et suppression des alarmes inutiles :

cf feuille de prescription
[voir avec médecin](#)
[voir avec médecin](#)

- Accompagnement du patient et de ses proches
- **Elargissement des horaires** de visite : accompagnement libre 24h/24h
- En cas de demande - appel d'un **représentant du culte**
 - RDV avec la **psychologue du service**

oui non
oui non

INFORMATION DU MEDECIN TRAITANT

Le **médecin traitant** a-t-il été prévenu de la mise en place de la LATA ?

oui non

EN CAS DE SORTIE VIVANT DU SERVICE

Le patient doit-il être admis à nouveau dans un service de réanimation ?

- Oui
 Non

Dans ce dernier cas, veuillez à l'écrire de manière explicite dans la conclusion du CRH de réanimation.

le
Dr

Etiquette patient

N° inclusion

Feuille de recueil de données

Date d'hospitalisation : Date d'entrée en réanimation : Date du décès :

Service : Réanimation HD CTCV Polyvalente

Mac Cabe: 1 - 2 - 3 IGSII: Knaus: A - B - C - D

Motif d'admission :

- La chirurgie cardiaque la chirurgie urologique Autres
 la neurochirurgie la chirurgie vasculaire
 la neuro-traumatologie les brûlés
 la chirurgie viscérale le poly-traumatisme

Motif d'hospitalisation :

ATCD : Cancer évolutif Insuffisance respiratoire Immunosuppression
 Insuffisance rénale chronique Insuffisance cardiaque sévère Autre :

• Patient sans LATA :

Cause décès : EME/HTIC Choc septique ACR brutal Post opératoire polytraumatisé
 décès per opératoire choc cardiogénique SDRA DMV AVC
Motif d'absence de LATA : garde weekend end EME +/- PMO Décès < J+3 Décès
brutal Décès per opératoire Pas de réflexion collégiale

• Patient avec LAT :

DATA LATA
Présence de la feuille de LAT dans dossier : oui non
Durée d'hospitalisation avant la décision de LATA : jours
Autonomie : Autonome Partiellement dépendant Totalement dépendant NC

a. Décision de LATA/ATA :

Intervenants : Médecins du service Autres médecins Equipe soignante
Avis d'un consultant extérieur : oui non
Traçabilité : oui non
Consultant : Chirurgien référent Médecin référent Unité Mobile de Soins Palliatif
 RCP de cancérologie Médecin traitant Rééducateur Autre
 Réunion pluri disciplinaire Concertation informelle

Expression de l'avis du patient : Patient conscient Personne de confiance ProchesDirectives anticipés : Oui non Recherchées : oui non

Arguments cliniques : Gravité du diagnostic principal Absence d'amélioration DMV
 Irréversibilité de l'affection aiguë à très court terme Affection sous-jacente fatale à
moyen terme Terrain débilite
 Qualité de vie antérieure Qualité de vie attendue

Information de la famille : OUI NON PAS DE FAMILLE/ NON JOIGNABLE

Présence de l'équipe soignante Psychologue Représentant du culte
 Visites libres Nombre de personnes non limité NC

Modalités de la LATA : Clairement décrite

Pas de réanimation d'un ACR Pas d'IOT/VM Pas d'EER Pas d'amine, dose max
 Pas de chirurgie Pas de transfusion Pas de traitement de l'HTIC Autre

b.AT :

Extubation Arrêt de l'O2 Anxiolyse Antalgique Prévention stridor

Modification de la décision :

Amélioration de l'état Etat stationnaire Aggravation

Transformation en AT Suppression des LAT

Inscription dossier de la modification

Devenir des patients : Retour à domicile Hospitalisé Décédé après la réanimation Perdu de vue

Appel du médecin traitant : Oui Non Nom du MT :

Information satisfaisante

Si pas informé : Aurait aimé être informé Aurait aimé participer à la décision

Possibilité de participer à une RCP

Information des patients sur les DA : Jamais si malades ou âgés toujours

Screening Maastricht III : pas de CI CI

6.4. Feuille de recueil SRLF

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

Situation clinique actuelle

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gravité du diagnostic principal | <input type="checkbox"/> Absence d'amélioration malgré un traitement actif |
| <input type="checkbox"/> Défaillance multi-viscérale | <input type="checkbox"/> Irréversibilité de l'affection aigue à court terme |
| <input type="checkbox"/> Terrain débilisé | <input type="checkbox"/> Affection sous jacente fatale à moyen terme |
| <input type="checkbox"/> Qualité de vie antérieure | <input type="checkbox"/> Qualité de vie attendue |

DECISION ET PRESCRIPTION DES LATA

LIMITATION DES THERAPEUTIQUES ACTIVES

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pas de réanimation d'un ACR | <input type="checkbox"/> FIO2 maximale : | <input type="checkbox"/> Arrêt des transfusions |
| <input type="checkbox"/> Pas d'intubation/ pas de réintubation | <input type="checkbox"/> Pas de transfusion | |
| <input type="checkbox"/> Pas de remplissage | <input type="checkbox"/> Dose max d'amine :µg/kg/min | |
| <input type="checkbox"/> Pas d'amine | <input type="checkbox"/> Pas de traitement de l'HTIC | |
| <input type="checkbox"/> Pas de chirurgie | <input type="checkbox"/> Arrêt de la dialyse | |
| <input type="checkbox"/> Pas de dialyse | | |
| <input type="checkbox"/> Pas d'assistance circulatoire | | |
| <input type="checkbox"/> Pas de réadmission en réanimation | | |
| <input type="checkbox"/> Autre : | | |

ARRET DE TOUTES LES THERAPEUTIQUES DE REANIMATION

Prescrire :

- L'arrêt de toutes les thérapeutiques actives (antibiothérapie, anticoagulation, nutrition entérale et parentérale, ECMO.....)
- L'arrêt de tous les examens complémentaires
- L'antalgie et l'anxiolyse, si non débutées, Introduire :
 - Morphine 1 mg/ml, débiter à 1 mg/h et augmenter les posologies par palier de 1 mg/h si douleur, polypnée, tirage respiratoire,...
 - Hypnovel débiter à 1 mg/h et augmenter les posologies de 1 mg/h si anxiété ou agitation.
- Déventilation : Extubation Arrêt de la VM et de l'oxygène
- Prise en charge du stridor par scopolamine si besoin.
- Poursuivre les soins de confort :
 - Toilettes /soins de bouche /prévention d'escarre
 - Antalgiques
 - Enlever les sondes inutiles (SNG, PIC, ...) pour veiller à l'aspect du patient
 - Réglages +/- suppression des alarmes

INFORMATION ET ACCOMPAGNEMENT DE LA FAMILLE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pas de famille / famille Injoignable | |
| <input type="checkbox"/> Informations données et expliquées | <input type="checkbox"/> en présence de l'équipe paramédicale |

La famille souhaite (à proposer systématiquement) :

- | | | |
|---|----------------------------------|----------------------------------|
| • Etre présente 24h sur 24 | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Etre prévenue en cas d'aggravation | <input type="checkbox"/> le jour | <input type="checkbox"/> la nuit |
| • L'intervention d'un représentant du culte | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • Une consultation avec la psychologue | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

SCREENING MAA STRICHT III

Existe-t-il des contre-indications au prélèvement d'organe sur des donneurs de la catégorie Maastricht III ?

- >65 ans
- défaillance multi-viscérale
- état septique non contrôlé
- cancer évolutif
- étiologie de la pathologie initiale indéterminée
- évolution possible vers état de mort encéphalique
- sérologie VHB/VHC/CIH/HTLV positive, tuberculose active, rage, suspicion de Creutzfeldt-Jacob

0 croix



Appel de la coordination (87.447 ou 06.34.45.35.29)

7. Bibliographie

1. Ministère des solidarités, de la santé et de la famille. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Journal officiel (JO) n° 95 du 23 avril 2005 (rectificatif paru au JO n° 116 du 20 mai 2005), 7089-91.
2. Ministère des solidarités, de la santé et de la famille. Décret n°2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique. JO n°32 du 7 février 2006, 1973.
3. Ministère des solidarités, de la santé et de la famille. Décret n°2006-120 du 6 février 2006 relatif à la procédure collégiale prévue par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique. JO n°32 du 7 février 2006, 1974.
4. Ministère des solidarités, de la santé et de la famille. Décret n° 2006-122 du 6 février 2006 relatif au contenu du projet d'établissement ou de service social ou médico-social en matière de soins palliatifs. JO n°32 du 7 février 2006, 1977.
5. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. JORF n°0028 du 3 février 2016, 41-44.
6. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie [en ligne]. disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf (consulté le 19 septembre 2017).
7. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F, French LATAREA Group. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. Lancet Lond Engl. 2001 ; 357 : 9-14.
8. Ferrand E, Jabre P, Vincent-Genod C. Décisions de limitations et d'arrêts des thérapeutiques actives en réanimation, 7 ans après l'étude LATAREA —Étude LATAREA. Réanimation ; 17 : 51.
9. Villers D, Renault A, Le Gall G, Boles J-M. Limitation et arrêt des traitements en réanimation : comment évaluer et améliorer nos pratiques. Réanimation. 2010 ; 19 : 706-17.
10. Société de réanimation de langue française. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte Actualisation des Recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française [en ligne]. 2009. disponible sur : https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/12/2008_-actualisation_des-recommandations_de_la_SRLF_concernant_les_limitations_therapeutiques.pdf (consulté le 19 septembre 2017).
11. Société de réanimation de langue française. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des recommandations de la Société de réanimation de langue française. Réanimation. 2010 ; 19 : 679-98.

12. Viquesnel S, Dumont R. Première phase d'une évaluation des pratiques professionnelles concernant les limitations et arrêts des thérapeutiques dans les services de réanimation chirurgicale du CHU de Nantes : étude prospective observationnelle [Thèse d'exercice Médecine. Anesthésie et réanimation]. Faculté de médecine de Nantes ; 2014 : 47.
13. Lautrette A, Garrouste-Orgeas M, Bertrand P-M, Goldgran-Toledano D, Jamali S, Laurent V, et al. Respective impact of no escalation of treatment, withholding and withdrawal of life-sustaining treatment on ICU patients' prognosis : a multicenter study of the Outcomerea Research Group. *Intensive Care Med.* 2015 ; 41 : 1763-72.
14. Lesieur O, Leloup M, Gonzalez F, Mamzer M-F, EPILAT study group. Withholding or withdrawal of treatment under French rules : a study performed in 43 intensive care units. *Ann Intensive Care.* 2015 ; 5 : 56-62.
15. Sprung CL, Cohen SL, Sjokvist P, Baras M, Bulow H-H, Hovilehto S, et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA.* 2003 ; 290 : 790-7.
16. Jensen HI, Ammentorp J, Ording H. Guidelines for withholding and withdrawing therapy in the ICU: impact on decision-making process and interdisciplinary collaboration. *Heart Lung Vessels.* 2013 ; 5 : 158-67.
17. Quenot JP, Rigaud JP, Prin S, Barbar S, Pavon A, Hamet M, et al. Impact of an intensive communication strategy on end-of-life practices in the intensive care unit. *Intensive Care Med.* 2012 ; 38 : 145-52.
18. Roger C, Morel J, Molinari N, Orban JC, Jung B, Futier E, et al. Practices of end-of-life decisions in 66 southern French ICUs 4 years after an official legal framework : A 1-day audit. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2015 ; 34 : 73-7.
19. Mark NM, Rayner SG, Lee NJ, Curtis JR. Global variability in withholding and withdrawal of life-sustaining treatment in the intensive care unit: a systematic review. *Intensive Care Med.* 2015 ; 41 : 1572-85.
20. Guidet B, Hodgson E, Feldman C, Paruk F, Lipman J, Koh Y, et al. The Durban World Congress Ethics Round Table Conference Report: II. Withholding or withdrawing of treatment in elderly patients admitted to the intensive care unit. *J Crit Care.* 2014 ; 29 : 896-901.
21. Dumont R, Asehnoune K, Pouplin L, Volteau C, Simonneau F, Lejus C. Withholding or withdrawing of life sustaining therapies in emergency context. Perception by anaesthesiologists. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2010 ; 29 : 425-30.
22. Le Conte P, Baron D, Trewick D, Touzé MD, Longo C, Vial I, et al. Withholding and withdrawing life-support therapy in an Emergency Department: prospective survey. *Intensive Care Med.* 2004 ; 30 : 2216-21.
23. Ferrand E, Marty J, French LATASAMU Group. Prehospital withholding and withdrawal of life-sustaining treatments. The French LATASAMU survey. *Intensive Care Med.* 2006 ; 32 : 1498-505.

24. Pochard F, Azoulay E, Chevret S, Vinsonneau C, Grassin M, Lemaire F, et al. French intensivists do not apply American recommendations regarding decisions to forgo life-sustaining therapy. *Crit Care Med.* 2001 ; 29 : 1887-92.
25. Cohen S, Sprung C, Sjøkvist P, Lippert A, Ricou B, Baras M, et al. Communication of end-of-life decisions in European intensive care units. *Intensive Care Med.* 2005 ; 31 : 1215-21.
26. Fondation ADREA. Enquête IFOP sur la fin de vie réalisée en septembre 2016 pour la fondation ADREA. disponible sur : <https://www.adrea.fr/la-mutuelle-adrea/actualites/fondation/article/la-fondation-adrea-devoile-son-enquete-ifop-sur-la-fin-de-vie/> (consulté le 17 septembre 2017).
27. Guyon G, Garbacz L, Baumann A, Bohl E, Maheut-Bosser A, Coudane H, et al. Personne de confiance et directives anticipées : défaut d'information et de mise en œuvre. *Rev Médecine Interne.* 2014 ; 35 : 643-8.
28. Bigourdan Brouard M. Applicabilité du recueil des directives anticipées prévu par la loi Leonetti : enquête auprès de patients en médecine générale en Vendée et Loire-Atlantique. [Thèse d'exercice Médecine. Médecine générale]. Faculté de médecine de Nantes ; 2016 : 97.
29. Reuter P-G, Agostinucci J-M, Bertrand P, Gonzalez G, De Stefano C, Hennequin B, et al. Prevalence of advance directives and impact on advanced life support in out-of-hospital cardiac arrest victims. *Resuscitation.* 2017 ; 116 : 105-8.
30. Silveira MJ, Wiitala W, Piette J. Advance directive completion by elderly Americans : a decade of change. *J Am Geriatr Soc.* 2014 ; 62 : 706-10.
31. Ministère de la santé. Fin de vie : rédiger ses directives anticipées; Fiche pratique. 2016. disponible sur : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F32010> (consulté le 17 septembre 2017).
32. HAS. Les directives anticipées concernant les situations de fin de vie, guide pour le grand public. 2016. disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/directives_anticipees_concernant_les_situations_de_fin_de_vie_v16.pdf (consulté le 17 septembre 2017).
33. Ramsaroop SD, Reid MC, Adelman RD. Completing an advance directive in the primary care setting: what do we need for success? *J Am Geriatr Soc.* 2007 ; 55 : 277-83.
34. Jezewski MA, Meeker MA, Sessanna L, Finnell DS. The effectiveness of interventions to increase advance directive completion rates. *J Aging Health.* 2007 ; 19 : 519-36.
35. Bravo G, Dubois M-F, Wagneur B. Assessing the effectiveness of interventions to promote advance directives among older adults: a systematic review and multi-level analysis. *Soc Sci Med* 1982. 2008 ; 67 : 1122-32.

36. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Adrie C, Annane D, Bleichner G, et al. Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision-making process: a study in 78 French intensive care units. *Crit Care Med.* 2004 ; 32 : 1832-8.
37. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 2005 ; 171 : 987-94.
38. Wintermann G-B, Weidner K, Strauß B, Rosendahl J, Petrowski K. Predictors of posttraumatic stress and quality of life in family members of chronically critically ill patients after intensive care. *Ann Intensive Care.* 2016 ; 6 : 69-80.
39. Curtis JR, Vincent J-L. Ethics and end-of-life care for adults in the intensive care unit. *The Lancet.* 2010 ; 376 : 1347-53.
40. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Adrie C, Bollaert P-E, Brun F, et al. Opinions about surrogate designation: a population survey in France. *Crit Care Med.* 2003 ; 31 : 1711-4.
41. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine: *Crit Care Med.* 2008 ; 36 : 953-63.
42. Lienhart A, Puybasset L, Beloucif S, Boulard G, Groupe Réflexion Ethique de la Sfar, Alazia M, et al. Recommendations for good clinical practice concerning law number 2005-370 of April 22, 2005 relative to the treatment of disease at the end of life. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2006 ; 25 : 912-7.
43. Pennec S, Monnier A, Pontone S, Aubry R. End-of-life medical decisions in France: a death certificate follow-up survey 5 years after the 2005 act of parliament on patients' rights and end of life. *BMC Palliat Care.* 2012 ; 11: 25-31.
44. Cremer R, Graftieaux J-P, Renault A, Le Gall G, Haddad L, Dreyfuss D. Le consultant pour les limitations et les arrêts de traitement en réanimation. *Réanimation.* 2012 ; 21 : 231-5.
45. Chastrusse M, Fulgencio J-P, Julien F, Naudin B, Argo V, Bonnet F, et al. The law number 2005-370 of April 22, 2005 concerning the patients' rights at the end-of-life: improvement of the withholding and withdrawing treatment decision-making process by an educational program. A monocenter prospective and retrospective pilot study. *Presse Medicale Paris Fr 1983.* 2012 ; 41 : 539-546.
46. Gries CJ, Curtis JR, Wall RJ, Engelberg RA. Family Member Satisfaction With End-of-Life Decision Making in the ICU. *Chest.* 2008 ; 133 : 704-12.
47. Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, Diaw F, Willems V, Tabah A, et al. Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2008 ; 36 : 30-5.

48. Garrouste-Orgeas M, Vinatier I, Tabah A, Misset B, Timsit J-F. Reappraisal of visiting policies and procedures of patient's family information in 188 French ICUs: a report of the Outcomerea Research Group. *Ann Intensive Care*. 2016 ; 6 : 82-89.
49. Le Meur M, Lainé L, Roucaud N, Muller N, Paulet R, Thyrault M, et al. Inadequate involvement of general practitioners in end-of-life's decisions in an intensive care unit. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 2014 ; 43 : 377-383.
50. Ferrand E, Jabre P, Fernandez-Curiel S, Morin F, Vincent-Genod C, Duvaldestin P, et al. Participation of French general practitioners in end-of-life decisions for their hospitalised patients. *J Med Ethics*. 2006 ; 32 : 683-7.
51. de Laitre V, Lefrant J-Y, Jaber S, Baudot J, Papazian L, Muller L, et al. Relations entre médecin traitant et médecin réanimateur : l'opinion des réanimateurs de huit départements du sud de la France. *Ann Fr Anesth Réanimation*. 2006 ; 25 : 493-500.
52. Suntharalingam C, Sharples L, Dudley C, Bradley JA, Watson CJE. Time to cardiac death after withdrawal of life-sustaining treatment in potential organ donors. *Am J Transplant Off J Am Soc Transplant Am Soc Transpl Surg*. 2009 ; 9 : 2157-65.
53. Agence de Biomédecine Française. Protocole : Prélèvement d'organes Maastricht III - Version n°6-Mai 2016. 2016. disponible sur : https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/v6_guide_procedures_ddac_miii_052016.pdf (consulté le 17 septembre 2017).
54. Puybasset L, Bazin J-E, Beloucif S, Bizouarn P, Crozier S, Devalois B, et al. Critical appraisal of organ procurement under Maastricht 3 condition. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2012 ; 31 : 454-61.

Vu, le Président du Jury,

(tampon et signature)

Professeur Karim ASEHNOUNE

Vu, le Directeur de Thèse,

(tampon et signature)

Docteur Romain DUMONT

Vu, le Doyen de la Faculté,

Professeur Pascal JOLLIET

NOM : TRICHOT

PRENOM : Amélie

Titre de Thèse : Deuxième phase d'une Evaluation des Pratiques Professionnelles concernant les Limitations et Arrêts des Thérapeutiques dans les services de réanimation chirurgicale du CHU de Nantes : Etude prospective observationnelle.

RESUME (10 lignes)

Introduction : Nous avons réalisé la deuxième phase d'une évaluation des pratiques professionnelles concernant les décisions de Limitations et Arrêt des Thérapeutiques (LAT) dans les réanimations chirurgicales du CHU de Nantes. La première phase a été réalisée en entre 2011 et 2012. Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude prospective observationnelle, réalisée entre mars 2015 et mars 2016. Résultats : Des décisions de LAT sont prises pour 4.2% des patients admis en réanimation et 53,1% des patients décèdent après une décision de LAT. Dans le cadre de l'EPP, 7 critères sur 9 sont respectés. Des améliorations restent nécessaires, concernant par exemple le respect de l'avis du patient, la participation d'un consultant extérieur ou encore la communication entre l'équipe médicale et le médecin traitant. Des directives anticipées sont rarement rédigées et utilisables. Conclusion : La feuille d'aide à la prescription de LAT a été modifiée dans l'objectif d'améliorer nos pratiques.

MOTS-CLES

Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques ; Evaluation des Pratiques Professionnelles ; Réanimation chirurgicale ; Directives Anticipées ; Médecin Traitant.