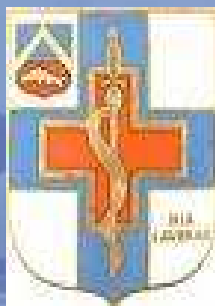
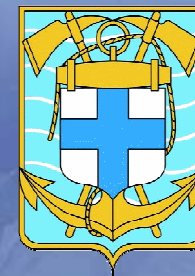


# LA FIN DE VIE EN PREHOSPITALIER



MDA BARBERIS Christophe  
Urgences HIA LAVERAN (Marseille)  
SMUR du BPPM (Marseille)



**Je n'ai aucune relation financière avec  
l'industrie**



# DEFINITIONS

□ **Euthanasie** : Acte délibéré par lequel un tiers entraîne directement la mort d'une personne malade.

□ **Soins palliatifs** : Soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires.

□ **LATA** : Non instauration ou non optimisation ou l'arrêt d'une ou plusieurs thérapeutique(s) curative(s) ou de suppléance de défaillances d'organe, dont la conséquence peut être d'avancer la mort.

# FIN DE VIE EN PREHOSPITALIER : QUELLES SITUATIONS ?

Sujets avec une pathologie  
chronique évolutive avec  
un pronostic à court terme  
défavorable en terme d'espérance  
de vie ou d'autonomie

Sujets avec une pathologie  
à caractère aiguë avec  
un caractère vitale immédiat  
nécessitant des gestes de réanimation  
sans délai

Aggravation aiguë de leur état  
dans le cadre de l'évolution  
terminale de leur maladie

Echec rapide des  
thérapeutiques entreprises

Affection médicale  
aiguë intercurrente

Evolution défavorable inéluctable

# FIN DE VIE EN PREHOSPITALIER : MYTHE OU REALITE ?

- **SAMU PARIS** : 202 appel/an pour fin de vie

*Chastre C, Lassaunière JM, Couzineau A. Patients en fin de vie à domicile et appel au SAMU. JEUR 2000 ; 13 : 206-10*

- **SAMU 13** : 82 interventions SMUR pour soins palliatifs (*code ZA 515*)

- **SMUR BMPM** : 58 interventions en 2008 sur 5826 interventions  
42 interventions en 2009 sur 5901 interventions

- **CHU St Etienne** : 9% des patients décédés au SAU et classés en fin de vie sont amenés par le SMUR

*Tardy B, Viallon A. Fin de vie aux urgences. Réanimation 2005 ; 14 : 680-685*

- **CHU Metz** : 28% des patients décédés au SAU et classés en fin de vie ont été médicalisé par un SMUR et 29% ont bénéficié de gestes de réanimation en SMUR

*Rothmann C, Evrard D. La mort aux urgences. JEUR 2005 ; 1- : 3-9*

# FIN DE VIE ET MOTIF D'APPEL

Sujets en ACR

Sujets en soins palliatifs :

- dyspnée
- troubles neurologiques : coma et convulsions
- douleur
- hémorragies
- problèmes liés aux matériels
- décès
- détresse psychologique de la famille

Sujets avec une détresse neurologique ou traumatisme encéphalique majeur

# NATURE DE L'APPELANT

- Etude prospective incluant 202 appels parvenus au SAMU de PARIS : **Qui appel le « 15 » ?**
  - 51% famille des malades
  - 19% médecins traitants
  - 14% paramédicaux
  - 11% autres
  - 5% patients eux-mêmes

*Chastre C, Lassaunière JM, Couzineau A. Patients en fin de vie à domicile et appel au SAMU. JEUR 2000 ; 13 : 206-10*



# LE PROBLEME DE LA REGULATION

- Difficulté d'identification de la situation clinique : « fin de vie », « soins palliatifs », « LATA » ...
  - Difficulté d'identifier la demande réelle de l'appelant
  - Difficulté d'adapter le moyen de secours envoyé par rapport à la demande et à l'attente de la la famille
  - Manque d'information médicale sur le patient
- 
- Problème de l'ACR et de l'arrêt de la réanimation



# SOINS PALLIATIFS ET L'URGENTISTE

- Peur de « mal faire »
- Peur du « litige »
- Difficulté de répondre aux questions de la famille  
(*Euthanasie ? Quel délai avant le décès ?...*)
- Difficulté à gérer les réactions des proches du patient
- Propre peur de la mort  
*Chang GK. End of life models and emergency département care.  
Anal Emerg Med 2004 ; 11 ; 1 : 79-86*



# AVANTAGES DU SMUR

- Equipes habituées à gérer les détresses vitales
- Equipes habituées à gérer les ACR et les décès
- Pratique régulière de la sédation et de l'analgésie
- Disponibilité des drogues nécessaires à la réalisation d'une analgésie ou une sédation
- Expériences de la gestion des situations de crise

# INCONVENIENTS DU SMUR

- Méconnaissances du patients et de la famille (*rechercher : « personne de confiance », « directives anticipées »*)
- Manque de matériel adapté aux soins palliatifs (*SC, aiguilles de Hubert...*)
- Manque d'expérience sur la prise en charge des patients en soins palliatifs
- Isolement de l'équipe du SMUR

# ATTITUDE A ADOPTER EN SMUR

- Privilégier les gestes de premier secours pour traiter les détresses vitales
- Privilégier le contact verbal avec le malade et l'entourage
- Limiter les gestes techniques « lourds » et le monitoring superflu (*alarmes...*)
- Privilégier les soins simples (*SC, porthacath...*)
- Mettre en place le matériel nécessaire au confort du malade (*oxygène...*)
- Contacter les soignants référents et laisser une trace de son intervention

# QUELLE THERAPEUTIQUE EN SMUR

- Traiter les symptômes des patients :
  - dyspnée
  - trouble de la conscience
  - douleur
  - trouble digestif
  - agitations

en fonction des recommandations sur le sujet

# ORIENTATION DES PATIENTS

- Respect de la volonté du patient (*directement exprimé ou obtenue par « la personne de confiance » ou « directives anticipées »*)
- Respect des règles éthiques en médecine (*euthanasie, acharnement thérapeutique...*)
- Organisation du transfert avec le moyen adapté vers la structure de soins de référence si possible

# LATA EN SAMU/SMUR (I)

- Enquête LATASAMU : C'est quoi ?
  - Mars/Avril 2003 : étude rétrospective
  - 192/373 centres SAMU/SMUR interrogés
  - 1069/2381 médecins
  - 76% de décisions de LATA dans les 15 jours précédents
    - ➔ Limitations de thérapeutique active : 89%
    - ➔ Arrêt des thérapeutiques actives : 11%

*Ferrand E, Marty J ; French LATASAMU Group. Prehospital withholding and withdrawal of life-sustaining treatments. The French LATASAMU survey. Intensive Care Med 2006 Oct ; 32(10) : 1464-6*



# LATA EN SAMUSMUR (II)

- Enquête LATASAMU : **Quel type de malade ?**
  - Pathologies des patients : détresses respiratoires, AVC massif, coma post anoxique, I. cardiaque chronique évoluée
  - Pathologie chronique (néoplasies) : 76%
  - Patients en soins palliatifs : 30%





# LATA EN SAMUSMUR (III)

- Enquête LATASAMU : **Qui décide ?**
  - Médecin SMUR seul : 45%
  - Autre avis médical : 55%
    - Régulateur ou réanimateur : 40%
    - Médecin traitant : 30%
  - Patients conscients et informés : 30%
  - Attitudes des proches :
    - Connaissances des volontés : 34%
    - Participation : 11%
    - Information : 62%
    - Non informés : 27%



**Annexe 1**  
**Guide d'aide à la réflexion collégiale concernant le niveau d'engagement thérapeutique**  
**(d'après le Guide LATAREA)**

Discussion n° :		Date :	
Initiateur de la réflexion (fonction et identification) :			
Réflexion(s) informelle(s) ayant précédé cette discussion : Oui   Non			
Niveau d'engagement thérapeutique ce jour : <input type="radio"/> Maximal <input type="radio"/> Ne pas réanimer un ACR (NTBR) <input type="radio"/> Limitation thérapeutique			
Consultation du patient et des proches concernant le niveau d'engagement thérapeutique avant présente discussion			
Patient : <input type="radio"/> inapte à consentir (coma ou sédation) <input type="radio"/> consulté en accord avec la stratégie <input type="radio"/> consulté en désaccord avec la stratégie			
Proches : <input type="radio"/> consultés et en accord avec la stratégie <input type="radio"/> consultés en désaccord avec la stratégie <input type="radio"/> niveau d'information insuffisant <input type="radio"/> défaut de qualité des entretiens <input type="radio"/> absence de proches connus ou joignables			
Intervenants de la réflexion collégiale (* participation indispensable si présent)			
Fonction	Identification	Fonction	Identification
* Médecin senior en charge du patient	Nom :	Chirurgien	Nom :
* Interne en charge du patient	Nom :	Médecin référent	Nom :
* Infirmier(e) en charge du patient	Nom :	Cadre infirmier	Nom :
* Aide-soignant(e) en charge du patient	Nom :	Autres paramédicaux	Noms :
Autre médecin senior	Nom :	Médecin traitant	Nom :
Défaillance(s) d'organe(s) lors de la discussion			
<input type="radio"/> Respiratoire nécessitant la ventilation artificielle		<input type="radio"/> Rénal et métabolique nécessitant l'épuration extra rénale	
<input type="radio"/> Cardiovasculaire nécessitant un support vasopresseur		<input type="radio"/> Hépatique	
<input type="radio"/> Neurologique avec anoxie/ischémie nécessitant la ventilation artificielle		<input type="radio"/> Hématologique nécessitant transfusions répétées	
<input type="radio"/> Neurologique avec anoxie/ischémie ne nécessitant pas la ventilation artificielle			
Contexte clinique			
Argumentation en faveur ou contre une limitation des traitements selon l'équipe de réanimation			
Il n'existe plus de stratégie curative possible			22 septembre 2009.
Le délai d'action est suffisant pour juger de l'inefficacité de la stratégie en cours			Oui   Non
Aucun renseignement ou examen supplémentaire n'est indispensable à la réflexion			Oui   Non
Le pronostic de la maladie de fond est objectivement désespéré à court terme			Oui   Non
L'âge est particulièrement avancé			Oui   Non
Le niveau d'engagement thérapeutique est déjà limité avant cette discussion			Oui   Non
L'autonomie antérieure à hospitalisation était limitée			Oui   Non
L'autonomie fonctionnelle future sera très limitée			Oui   Non
La qualité de vie relationnelle future sera très limitée			Oui   Non
Un refus de soins a été clairement exprimé par le patient			Oui   Non
La souffrance physique du patient est incontrôlée			Oui   Non
La souffrance morale du patient est majeure malgré une prise en charge spécifique			Oui   Non
Les proches considèrent la prise en charge comme de l'acharnement thérapeutique			Oui   Non
Il ne doit pas être tenu compte dans la réflexion d'une iatrogénie (potentielle)			Oui   Non
Commentaire :			

# CONDITIONS POUR REALISER UNE LATA EN SMUR ?

- LATA nécessite :
  - un dossier médical accessible H24/ H24
  - du temps
  - une équipe pour réaliser la prise en charge des soins palliatifs
  - une décision collégiale
  - une formation spécifique des médecins urgentistes

# CONCLUSION

- Améliorer la formation des équipes soignantes à la gestion des patients en soins palliatifs
- Améliorer ou créer des réseaux de soins palliatifs incluant les acteurs de l'urgence
- Réfléchir à l'application des LATA en SMUR en respectant les recommandations actuelles
- Diffuser au grand public l'existence des dispositions comme : « la personne de confiance » et « les directives anticipées »

# MERCI

*« En toutes circonstances, le médecin (...) doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie. » (Article 37 du code de déontologie médicale : art. R4127-37 du code de la santé publique (Décret n° 2006-120 du 6 février 2006).*

*« Le prolongement artificiel de l'existence des incurables et des mourants par l'utilisation de moyens médicaux hors de proportion avec l'état du malade fait aujourd'hui peser une menace sur les droits fondamentaux que confère à tout malade incurable et à tout mourant sa dignité d'être humain. » (Conseil de l'Europe, Assemblée parlementaire. Protection des droits de l'homme et de la dignité des malades incurables et des mourants. Recommandation 1418, 25 juin 1999)*

*« On ne cachera pas que, dans ces divers cas, la décision médicale de ne pas entreprendre une réanimation, de ne pas la prolonger ou de mettre en œuvre une sédation profonde peut avancer le moment de la mort. Il ne s'agit pas d'un arrêt délibéré de la vie mais d'admettre que la mort qui survient est la conséquence de la maladie ou de certaines décisions thérapeutiques qu'elle a pu imposer. En fait, ces situations de limitations des soins s'inscrivent dans le cadre du refus de l'acharnement thérapeutique et ne sauraient être condamnées au plan de l'éthique. » (CCNE. Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie. Avis n°63, 27 janvier 2000)*

# DE VOTRE ATTENTION