

Groupe régional

**« LAT DANS LES SERVICES
D'URGENCES »**

**présentation au COPACAMU
23 mars 2017**

Dr Stéphane LUIGI

Chargé de mission e-Santé ORU PACA



SOMMAIRE



POURQUOI UN GROUPE LAT ET URGENCES ?



PROPOSITIONS DE FICHE LAT AVEC NIVEAUX THÉRAPEUTIQUES



TRANSMISSIONS LAT AUX URGENCES ET HORS URGENCES

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Nom	Service		Etablissement	adresse email
Dr Laurence BOIRON	URGENCES		APHM	laurence.boiron@ap-hm.fr
Dr Béatrice EON	REANIMATION POLYVALENTE PRÉSENTE	PRÉSENTE	APHM	beatrice.eon@ap-hm.fr
Dr Perrine MALZAC	EEM & DEPARTEMENT DE GENETIQUE MEDICALE	PRÉSENTE	APHM	perrine.malzac@ap-hm.fr
Dr Isabelle PONS	URGENCES		CH AUBAGNE	ipons@ch-aubagne.fr
Dr Fabienne BRANCHE	URGENCES & COMITE ETHIQUE CH AVIGNON	PRÉSENTE	CH AVIGNON	fbranche@ch-avignon.fr
Dr Christian BAR	URGENCES	PRÉSENT	CH BRIGNOLES	cbar@orupaca.fr
Dr Maya CONTANDRIOPOULOS	URGENCES		CH BRIGNOLES	m.contandriopoulos@ch-brignoles.fr
Mme Nathalie MORA	EMG	PRÉSENTE	CH BRIGNOLES	n.mora@ch-brignoles.fr
Dr Claudine CASTANY	SOINS PALLIATIFS	EXCUSÉE	CH SALON DE PROVENCE	c.castany@ch-salon.fr
M. Philippe MICHON	ESP	PRÉSENT	CH SALON DE PROVENCE	phmichon@aol.com
Dr Jean BERTHET	REANIMATION POLYVALENTE		CHICAS GAP	Jean.berthet@chicas-gap.fr
Dr Isabelle BROCHE - TASHAN	URGENCES & SOINS PALLIATIFS	PRÉSENTE	CHICAS GAP	isbroche@live.fr
Pr Dominique GRIMAUD	REANIMATION et EEA		CHU NICE	grimaud.d@chu-nice.fr
Dr Isabelle CASINI	SOINS PALLIATIFS		EMSP Cannes Grasse Antibes	isabelle.casini@e-santepaca.fr
Dr Marion DOUPLAT	URGENCES	PRÉSENTE	HCL	mdouplat@gmail.com
Dr Michaël AFANETTI	REANIMATION PEDIATRIQUE		HLN	afanetti.m@pediatrie-chulenvai-nice.fr
Dr Emmanuelle GONDON	REANIMATION PEDIATRIQUE		HLN	gondon.e@pediatrie-chulenvai-nice.fr
Dr Marie-Claude DUMONT	DIRECTION GENERALE	EXCUSÉE	ARS PACA	Marie-Claude.DUMONT@ars.sante.fr
Dr Gilles VIUDES		EXCUSÉ	E-SANTE ORUPACA	gviudes@orupaca.fr
Dr Stéphane LUIGI			E-SANTE ORUPACA	sluigi@orupaca.fr
M. Christophe ALARCON			E-SANTE ORUPACA	calarcon@orupaca.fr
M. Rémi BENIER-PISANI			E-SANTE ORUPACA	rbenierpisani@orupaca.fr

POURQUOI UN GROUPE LAT ET URGENCES ?

PROPOSITIONS DE FICHE LAT AVEC NIVEAUX THÉRAPEUTIQUES

TRANSMISSIONS LAT AUX URGENCES ET HORS URGENCES

1ère RAISON/ LA LOI DU 2 FEVRIER 2016 1/3



JORF n°0028 du 3 février 2016

texte n° 1

LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1)

Toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance, Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté.

La formation initiale et continue des médecins, des pharmaciens, IDE, AS, AD et psychologues cliniciens comporte un enseignement sur les soins palliatifs.

*Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas être mis en œuvre lorsqu'ils résultent d'une **obstination déraisonnable**. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ont d'autres effets que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris conformément à la volonté du patient et (s'il ne peut s'exprimer) à l'issue d'une **procédure collégiale***

1ère RAISON/ LA LOI DU 2 FEVRIER 2016 2/3



JORF n°0028 du 3 février 2016

texte n° 1

LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1)

*A la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, **une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie** et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie, est mis en œuvre dans les cas suivants:*

- 1° Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire aux traitements;*
- 2° Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage le pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable*

L'ensemble de la procédure suivie est inscrite au dossier médical du patient

Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

1ère RAISON/ LA LOI DU 2 FEVRIER 2016 ^{3/3}



JORF n°0028 du 3 février 2016

texte n° 1

LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1)

*Toute personne majeure peut rédiger des **directives anticipées** pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté (...) relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.(...) elles sont révisables, révocables et **rédigées selon un modèle qui sera fixé par un décret du conseil d'état.***

Les directives anticipées sont enregistrées sur un registre national

Les directives anticipées s'imposent au médecin (...) sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. Cette décision est prise à l'issue d'une procédure collégiale et est inscrite dans le dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance ou, à défaut, de la famille des proches.

Lors de toute hospitalisation il est proposé de désigner une personne de confiance

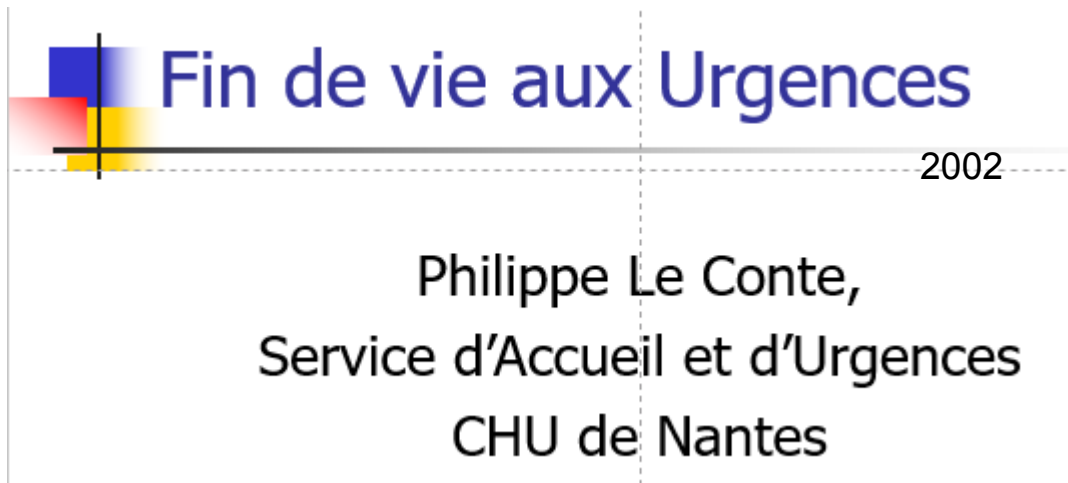
2^{ème} RAISON : LE CONSTAT AUX URGENCES

Comité de Réflexion
Ethique du CHGM

- 16/12/2015
- Emilie BEDANI

La place du médecin traitant dans le projet thérapeutique et dans les limitations de soins à l'hôpital

56 médecins généralistes, 75 questionnaires, 33 réponses
7 mois, 30 patients « LATA »,
64% ne connaissent pas les DA de leur patients,
61% connaissent la Personne de confiance
30% des patients pas de traçabilité de contact avec le MT
Demande + de relation avec l'hôpital mais n'ont pas le temps
d'assurer cette coordination, demande de cotation spécifique



63% chroniques, 37% aiguës
119 pat sur 5 mois
75 ans $\pm$ 13 ans
80% réa préalable
Admission-décision médiane: 3H
Décision-décès: médiane 16H
84% sont restées aux urgences
4% vivants à 1 mois

2ème RAISON : LE CONSTAT AUX URGENCES

Limitation des thérapeutiques aux urgences et en milieu pré-hospitalier

JRUR 2010

*Béatrice Eon
Réanimation des Urgences
Pôle RUSH AP-HM*

La Fin de vie en médecine d'urgence Epidémiologie

COPACAMU 2010

Dr Gilles Viudes



0,3-0,5% de décès aux urgences (par passages), 7,5% des décès hospitaliers
Age moyen de décès = 72 ans
Admissions-décisions 2h /décision-décès: 7,5h
Des études sur les décès aux urgences (Roupie et col, Conte...)
Mais il y a des obstacles à la prise en charge des « LATA »
Chronophage, ignorance de l'état antérieur,
pas d'évaluation possible.... Manque d'indicateurs, qui empêche une démarche d'amélioration

COMMENTAIRES DU CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE

Art 35....36....37



3^{ème} RAISON : LES RECOMMANDATIONS

Recommandations de la SFMU

Ethique et urgences Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence.

2003

«... l'urgence risque de masquer la dimension éthique du problème de santé du patient... paradoxalement c'est souvent à ce moment là que l'interrogation éthique surgit... »

A l'instar de la chaîne de survie « ... **la chaîne éthique** doit être activée... chaque maillon a sa place, le malade, la famille, l'entourage, les professionnels de santé qui concourent à la prise en charge et après le SU... »

« attitude et comportement »

« communication et dialogue »

« prendre le temps »

« Décisions collégiales pour les arrêts et abstentions thérapeutiques »... Il s'agit plus d'un savoir être que de mises en œuvre, ou non de techniques de réanimation avec une communication de tous les maillons de la chaîne éthique

« mesures de confort et soins palliatifs »toujours

Replacer la mort dans un processus de vie

Préconise la mise en place d'une formation spécifique

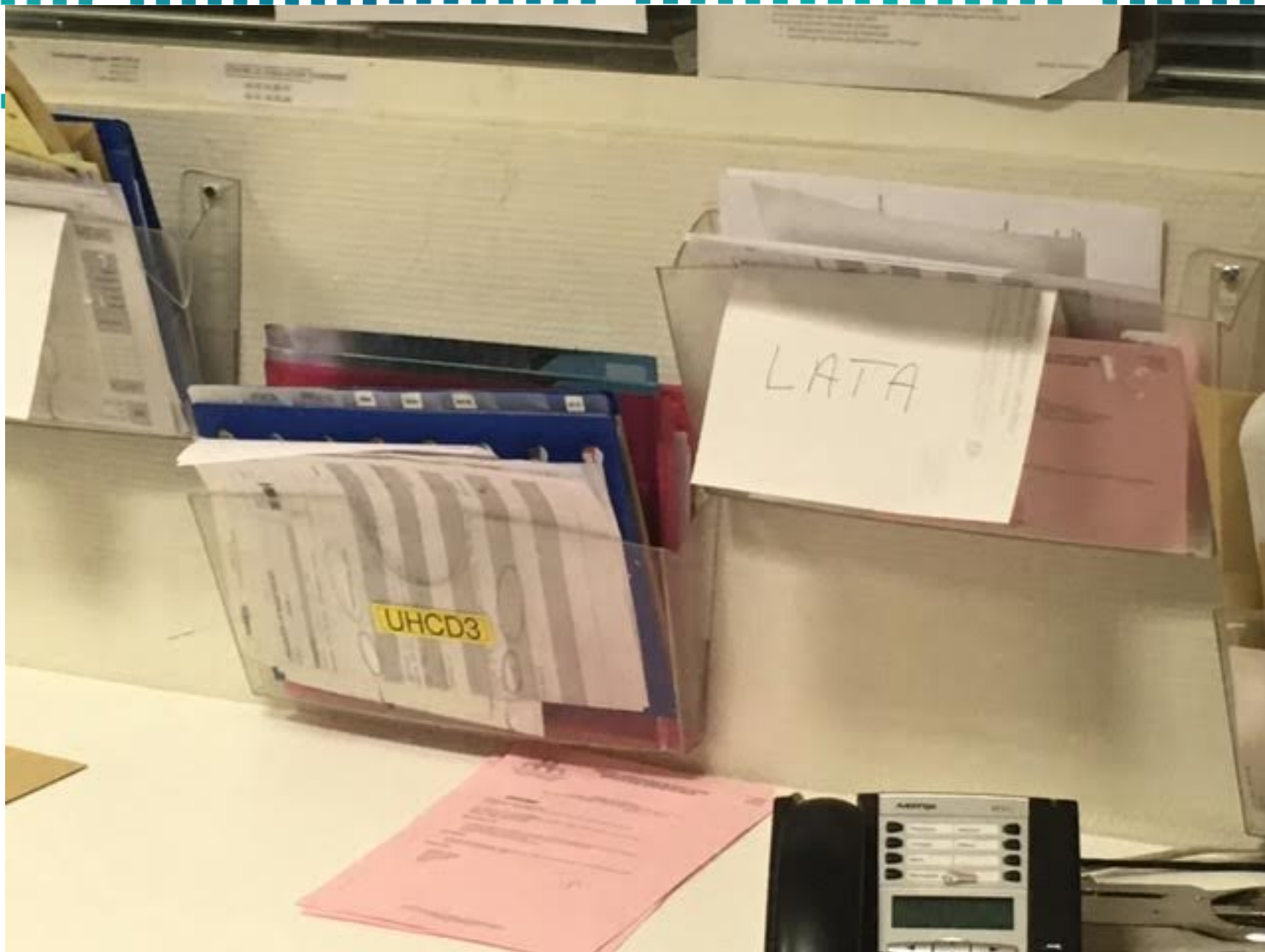


Constatations sur le terrain

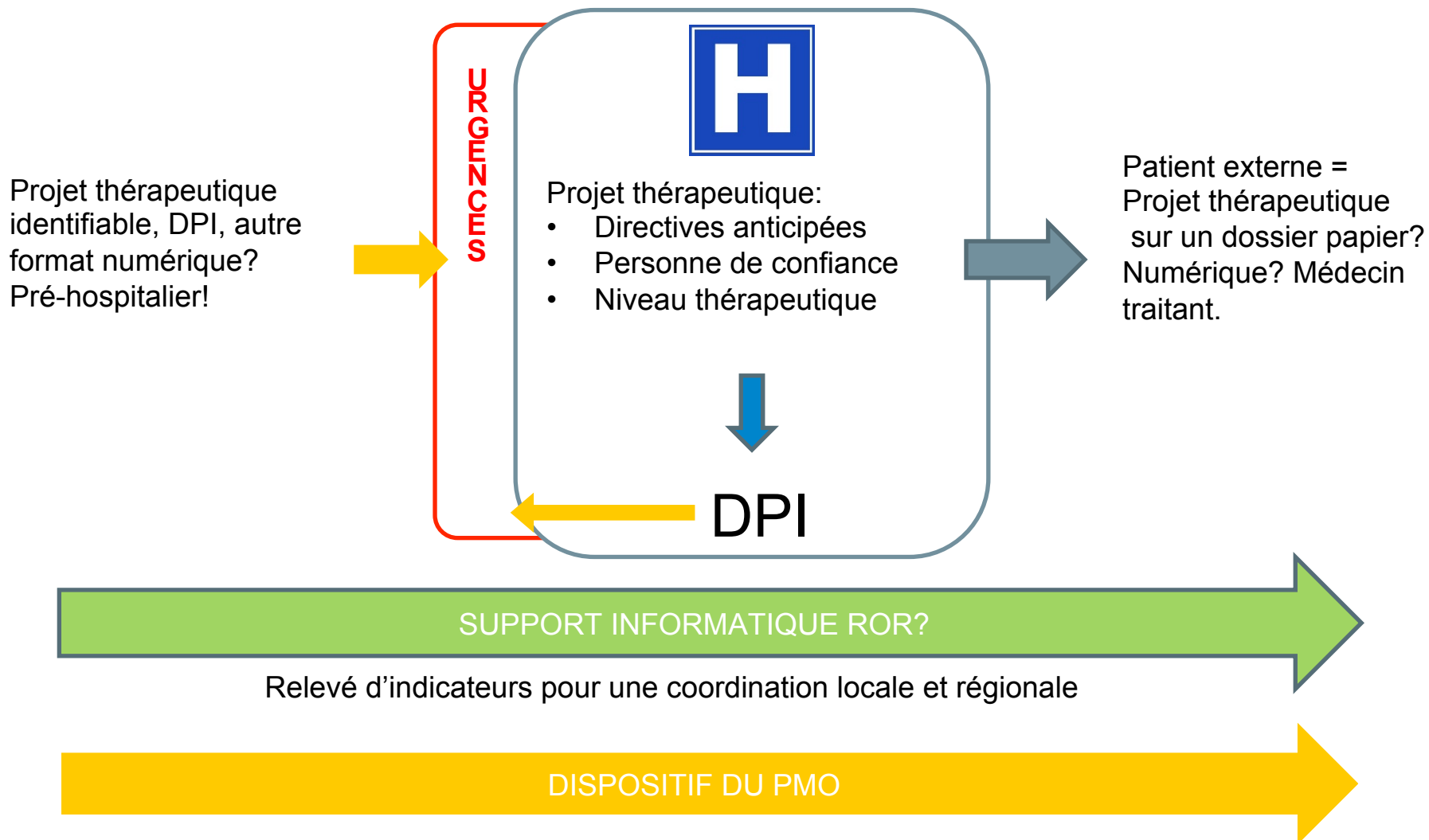
- Une étude américaine réalisée dans les hôpitaux montre que malgré les souhaits des patients, + 63% d'entre eux subissent des **traitements agressifs** incluant séjours aux soins intensifs, ventilation, réanimation cardio-pulmonaire, alimentation entérale par sonde ou intervention chirurgicale.
- Par contre, une autre série d'articles montre que **certains patients ne bénéficient pas des traitements optimaux** uniquement en raison de leur âge.

Cf Dr Gwenaël Poulain
Service de médecine gériatrique
CHU Mont-Godinne – UCL
« jusqu'ou traiter le patient âgé »





LAT ET URGENCES



GROUPE DE TRAVAIL « LAT et URGENCES »



OBJECTIFS



-Améliorer les conditions de décisions de LAT aux urgences.

-Améliorer les conditions d'application et de coordination intra et extra hospitalière des décisions de limitation et arrêt de thérapeutiques.



MOYENS

1) FICHE PROJET THERAPEUTIQUE COMMUNE (fiche LAT) **TU**

-identité

-contexte

-Utilisation d'une échelle thérapeutique A / B / C / D

2) PROTOCOLES THERAPEUTIQUES. Propositions à évaluer au sein de chaque établissement

3) TRANSMISSION INTRA ET EXTRA HOSPITALIER avec un support informatique de coordination

SOMMAIRE

POURQUOI UN GROUPE LAT ET URGENCES ?

PROPOSITIONS DE FICHE LAT AVEC NIVEAUX THÉRAPEUTIQUES

TRANSMISSIONS LAT AUX URGENCES ET HORS URGENCES

CONTENU FICHE LAT: phase d'initialisation

Patient _____	Auto _____	Tél : _____	Apte à s'exprimer	Oui / Non
N° Sécurité Sociale _____				
Personne de confiance _____	Nom _____	Tél : _____	Joint	Oui / Non
Famille _____	Nom _____	Tél : _____	Joint	Oui / Non
Parenté _____	Nom _____	Tél : _____		
Tuteur / Curateur _____	Nom _____	Tél : _____	Joint	Oui / Non
Médecin généraliste _____	Nom _____	Tél : _____	Joint	Oui / Non
Médecin spécialiste _____	Nom _____	Tél : _____	Joint	Oui / Non
EMSP/RSP Médecin _____	Nom _____	Tél : _____		
IDE 1 _____	Nom _____			
IDE 2 _____	Nom _____			

De survenue	☐ Défaillance aiguë ☐ Complication d'une pathologie chronique ☐ Évolution terminale	
Choix exprimé oralement par le patient	☐ Demande de sédation ☐ Pas d'acharnement ☐ Souhaite RAD ☐ Ne pas souffrir ☐ Ne peut pas s'exprimer ☐ Soins optimaux	Commentaires libres :
Directive anticipée	Oui / Non / NSP	
Choix du patient exprimé oralement par la personne de confiance	☐ Ne pas souffrir ☐ Pas d'acharnement ☐ Ne se prononce pas ☐ Ne pas souffrir ☐ Soins optimaux	Choix du patient exprimé par la famille et les proches ☐ Ne pas souffrir ☐ Pas d'acharnement ☐ Ne se prononce pas ☐ Ne pas souffrir ☐ Soins optimaux
Arguments de l'équipe médico soignantes en faveur d'une LAT	☐ Il n'existe pas de stratégie curative possible ☐ L'âge ☐ Le délai d'action est suffisant pour juger de l'inefficacité de la stratégie en cours ☐ L'autonomie antérieure à l'hospitalisation était limitée ☐ L'autonomie fonctionnelle future sera très limitée ☐ La qualité de vie relationnelle future sera très limitée ☐ Un refus de soins a été clairement signifié par le patient ☐ Les proches considèrent la pec comme de l'obstination déraisonnable ☐ Le niveau d'engagement thérapeutique est déjà limité avant cette discussion ☐ Le pronostic de la maladie de fond est objectivement désespéré à court terme	

CONTENU FICHE LAT: phases d'évaluation

Date et heure (initiale)

Médecin référent

IDE

Médecin consultant 1

Médecin consultant 2

Autre professionnel de santé

Niveau thérapeutique

Tenter la RCR

Famille ou proches

Observations

Validation (fige le doc)

La réévaluation se fait au changement d'état du patient et/ou selon l'avis du praticien qui le suit.

T0...

Date et heure (évolution)

Médecin référent

Equipe soignante IDE

Autre

Médecin consultant 1

Médecin consultant 2

Autre professionnel de santé

Niveau thérapeutique

Tenter la RCR

Observations

Validation (fige le doc)

La réévaluation se fait au changement d'état du patient et/ou selon l'avis du praticien qui le suit.

T + x heure ou jour

NIVEAUX DE SOINS

Niveau A

*Prolonger la vie
par tous les soins
nécessaires*

Les soins comprennent toutes les interventions médicalement appropriées et un transfert si l'intervention n'est pas disponible sur place.

Toute intervention invasive peut être envisagée, y compris, par exemple, l'intubation, les manœuvres de réanimation cardio pulmonaire et l'admission en réanimation.

Niveau B

*Prolonger la vie
par des soins
limités*

Les soins intègrent des interventions visant la prolongation de la vie qui offrent une possibilité de corriger la détérioration aiguë de l'état de santé tout en préservant la qualité de vie. **Pas de réanimation cardio-pulmonaire**

Comportent des soins proportionnés :

- Mesures diagnostiques usuelles : radiologie, biologie.
- Mesures médicales usuelles : médicaments, antibiothérapie, soluté, **nutrition artificielle**.
- Mesures chirurgicales usuelles : lors des pathologies intercurrentes risquant de limiter encore d'avantage le contrôle des symptômes.

NIVEAUX DE SOINS

Niveau C

*Assurer le confort
prioritairement à
prolonger la vie*

Les soins visent en priorité le confort du patient par le soulagement des symptômes :

- Contrôle des symptômes spécifiques : douleur, dysphagie, nausées, vomissement, fièvre. Cela peut inclure l'antibiothérapie et la chirurgie si le bénéfice en est le contrôle de ces symptômes.
- Hydratation et nutrition artificielle
- Contrôle de l'élimination : laxatifs, lavements, sondes.
- Maintien ou restauration de l'intégrité cutanée, kiné, ...

Niveau D

*Assurer le confort
uniquement
sans viser à
prolonger la vie*

Les soins visent exclusivement le maintien du confort par la gestion des symptômes sans prolonger la vie; la maladie est laissée à son cours naturel.

Comportent les soins de phase terminale :

- Arrêt des traitements visant à prolonger la vie: O2, hydratation, antibiothérapie
- Soins associés à l'hygiène corporelle et soins buccaux
- Positionnement corporel confortable
- Contrôle de la douleur et de l'inconfort
- Support émotionnel

INTERETS DE L'OUTIL

- Nuance et clarifie
- Anticipe une situation, donne une perspective, évolutif
- Vision positive en terme de projet thérapeutique (vision péjorative de LATA, non réanimatoire...)
- Communication et traçabilité
- Favorise les échanges, la concertation et la planification.
- Langage commun
- Facilite la continuité des soins au sein d'un service, d'un établissement, d'un territoire
- Rassure les soignants
- Aide le médecin de garde d'un service, des urgences, de la réanimation dans le choix des traitements et des explorations
- Evite certaines « non réanimation » ou l'inverse
- Permet une meilleure concordance entre le souhait et l'état de santé du patient et la prise en charge proposée

Cf Dr Gwenaël Poulain
Service de médecine gériatrique
CHU Mont-Godinne – UCL
« jusqu'ou traiter le patint agé »

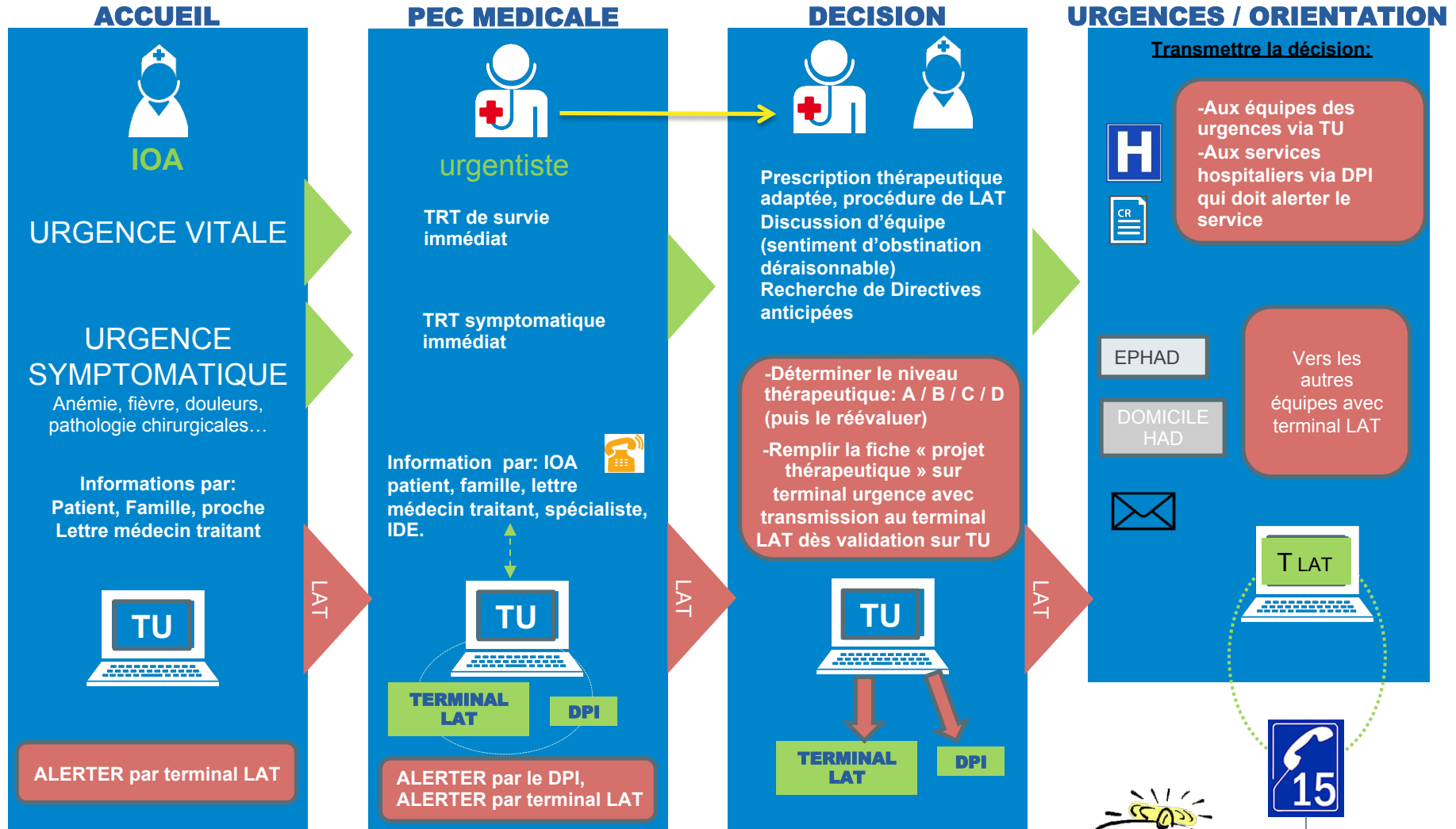
POURQUOI UN GROUPE LAT ET URGENCES ?

PROPOSITIONS DE FICHE LAT AVEC NIVEAUX THÉRAPEUTIQUES

TRANSMISSIONS LAT AUX URGENCES ET HORS URGENCES

Accès au DPI
Principe d'un terminal de coordination

PROCESSUS DECISION DE LAT URGENCES



Merci pour votre
attention

