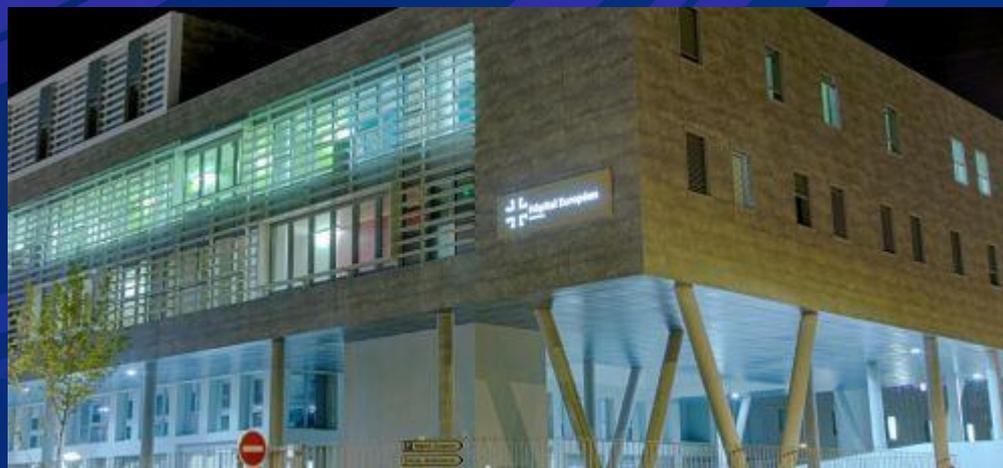


↳ **Soins Palliatifs et Réanimation:  
regards croisés**  
Dr Tuzzolino- Dr Signouret



# *Retour d'expérience*



- 1. En réanimation : Fiche LAT**
- 2. Après la réanimation: ReCorespect**
- 3. Avant la réanimation : Statut Réa**

## **1954:** Naissance de la Réanimation

- Vieillessement de la population
- Progrès des techniques d'assistance

Les situations éthiquement problématiques se rencontrent dans plus de **50 %** des décès en réanimation

## **2002:** Recommandation limitation et arrêt thérapeutique active SRLF

**2010:** Actualisation Recommandation limitation et arrêt thérapeutique active SRLF

**2018:** prise de position de la SRLF sur la loi Clayes léonetti

## Fiche LATA n°

Limitation ou arrêt de traitement

**\*\*\*PRESCRIRE OBLIGATOIREMENT L'ACTE « LATA » DANS LE PLANNING\*\*\***

**Date : report automatique**

**Date d'entrée en réanimation : report automatique**

**IPP : report automatique**

Médecins	Nom médecin	Nom Médecin	Noms médecins spécialiste
Infirmier(es), Aides soignant(e)s			
Nom Prénom Patient			
Diagnostic principal			
ATCD			

Situations		➤ Echec thérapeutique
		➤ Pronostic défavorable pour lequel la poursuite ou l'intensification des traitements apparaît déraisonnable

# Fiche LATA 4

Autonomie à l'entrée de l'hôpital		➤ Capable de mener une vie normale Autonomie complète
		➤ Nécessité d'une aide à domicile Semi autonome
		➤ Autonomie très limitée- Grabataire lit/Fauteuil
		➤ Absence totale d'autonomie- Grabataire lit
Médecin traitant ou référent		➤ Non joignable
<input type="checkbox"/> Pas de médecin traitant ou référent		➤ Souhaite une limitation
		➤ Souhaite un arrêt thérapeutique
		➤ Ne se prononce pas
		➤ Refuse
Etat de conscience		➤ Sédaté ou conscient mais Inapte
		➤ Apte à consentir
		➤ Consent à la décision de limitation
		➤ Ne veut pas participer à la décision de limitation
Directives anticipées		➤ Directives anticipées rédigées
		➤ Expression orale antérieure
		➤ pas de directive anticipée
Personne de confiance : <input type="checkbox"/> Non définie <input type="checkbox"/> Définie Et/Ou <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> pas de famille		➤ Non joignable malgré plusieurs tentatives
		➤ Information éclairée sur le niveau de gravité
		➤ Information éclairée sur l'impasse thérapeutique
		➤ Information éclairée sur le degré d'engagement

# Fiche LATA 4

Modalités		
Réanimation Arrêt cardiaque		➤ Oui
		➤ Non
Catécholamines		➤ Non instauration
		➤ Non optimisation
		➤ Dose maximale de noradrénaline :
		➤ Arrêt
		➤ Pas de limitation
Epuration extra-rénale		➤ Non instauration
		➤ Arrêt
		➤ Pas de limitation
Examens complémentaires		➤ Standards et microbiologies
		➤ Standards
		➤ Non
Transfusion produits sanguins		➤ Oui
		➤ Oui, mais avec nb de culots maximum :
		➤ Non
Thérapeutique anti-infectieuse		➤ Non instauration
		➤ Non optimisation
		➤ Arrêt
		➤ Pas de limitation
Monitoring		➤ ECG
		➤ ECG+TA
		➤ ECG+TA+SpO <sup>2</sup>
		➤ ECG+TA+SpO <sup>2</sup> +FR
Fréquence Monitoring		➤ / 2h
		➤ / 4h
Intubation oro-trachéale		➤ patient déjà intubé
		➤ Oui
		➤ Oui, de confort
		➤ Non
		➤ Pas de réintubation

# Fiche LATA 4

Assistance ventilatoire		➤ Non instauration
		➤ Non optimisation
		➤ Arrêt
		➤ Pas de limitation
Sédation		➤ Patient déjà sédaté
		➤ Sédation profonde et continue jusqu'au décès
		➤ Refus du patient d'être sédaté
Hydratation et nutrition		➤ Poursuite hydratation
		➤ Poursuite nutrition

## Accompagnement du patient et des proches

Elargissement des horaires de visites		➤ Oui
		➤ Non
Souhait d'appel d'un représentant religieux		➤ Oui
		➤ Non
Souhait de la famille		➤ Être présente lors du décès
		➤ Être prévenue quelle que soit l'heure
		➤ Être prévenue aux heures ouvrables
		➤ Nécessité d'accompagnement de la famille en rapport avec les difficultés d'information sur le niveau d'engagement

- 1. En réanimation : Fiche LAT**
- 2. Après la réanimation: ReCorespect**
- 3. Avant la réanimation : Statut Réa**

## RECORESPECT

Réunion de **CO**ncertation **Ré**animation-**Soins**  
**P**alliatifs sur l'**E**ngagement **C**ommun  
**T**hérapeutique

- **13 %** des patients ayant bénéficié d'une LAT en réanimation
- **19 %** Patients Limités sortent vivant de la réanimation

- Que faire de la limitation de réanimation en service ?
  - Pérenne ?
  - Adaptée ?
- **Délai** avant que médecin de l'EMSP soit appelé en service
- **Circuit** : Réanimation / MCO / USP

<b>PATIENT</b>	
PEC DOULEUR	OUI NON Adaptation TRT : Education opioïdes patient :
PEC PSYCHIQUE	OUI NON Adaptation TRT : Psychiatre : Psychologue :
PEC NUTRITIONNELLE	OUI NON Diététicienne NPE Gastrostomie Alimentation plaisir
PEC SPIRITUELLE	OUI NON Proposition passage représentant du culte
PEC SOCIALE	OUI NON Assistante sociale
DEVENIR	REANIMATION TRANSFERT EN LISP EN SERVICE SSR USP RAD : IDE libéraux Prestataire Réseau SP HAD
INTERVENANTS	OSTEOPATHE KINESITHERAPEUTE ORTHOPHONISTE DIETETICIENNE IDE EMAD IDE SOS BENEVOLES SOCIOESTHETICIENNE BIBLIOTHEQUE

# RECORESPECT CAS CLINIQUE

Mme F. 68 ans

Insuffisance respiratoire chronique

Décompensation respiratoire aigue type II

Hospitalisée en réanimation depuis 2 mois

Trachéotomisée-Ventilation invasive

Ne souhaite pas arrêt des traitements

Appel équipe mobile de soins palliatifs pour  
questionnement éthique: Quid de la qualité de vie  
plusieurs mois dans un service de réanimation?

Patiente en demande d'un projet thérapeutique en  
dehors VM...

# RECORESPECT CAS CLINIQUE

Présentation dossier EMSP par équipe réanimation (02/07)

1ère étape: Discussion et décision collégiale de mise en place limitation thérapeutique afin de ne pas aller au-delà engagement thérapeutique actuel

Respect volonté patient et ne pas s'inscrire dans une obstination déraisonnable

Entretien avec la patiente en binôme médecin SP- médecin réanimateur: explication décision collégiale. Patiente en accord avec celle-ci.

Entretiens réguliers avec psychologue permettant de reprendre les entretiens médicaux

# RECORESPECT CAS CLINIQUE

## 2eme étape

Limitation thérapeutique permet cheminement psychique de la patiente et à l'équipe soignante de penser projet de soins

Proposition transfert USP La Maison de Gardanne pouvant PEC patient sous VM.

Présentation projet à la patiente: Chemine sur une médicalisation moins incisive- Souhaite stopper entretien car angoissée de façon adaptée en lien avec différents sujets abordés- Demande à la fin de l'entretien que l'on rencontre sa famille afin de leur expliquer également ce projet.

Reprise de l'entretien avec la psychologue

Rencontre de la fille en binôme médecin réanimateur-médecin SP

# RECORESPECT CAS CLINIQUE

## 3eme étape

Acceptation du projet de transfert à la Maison après temps de réflexion patiente/famille

Nouvel entretien binôme patiente apaisée et souriante

Bonne intégration USP est un lieu de vie avec surveillance médicale beaucoup moins rapprochée et retour en réa difficilement envisageable.

Psychologue note une patiente qui retrouve un équilibre psychique dans ce projet de soin

Entretien régulier avec psychologue/médecin de SP/médecin réa

Prise en pluridisciplinaire avec soignants ressources EMSP (ostéopathe, bénévoles ...)

# RECORESPECT CAS CLINIQUE

## 4eme étape

Transfert USP le 02/08 en ambulance accompagné d'un des médecins de la réanimation car patiente sous VM.

Transmission faite de visu à équipe USP.

Retour réguliers de la patiente au sein service de réanimation pour changement de canule.

Décès patiente à la Maison de Gardanne fin octobre 2016

- 1. En réanimation : Fiche LAT**
- 2. Après la réanimation: ReCorespect**
- 3. Avant la réanimation : Statut Réa**

## Stratification des patients de soins palliatifs en situation de gravité sur HEM:

Ref :Aide à la décision de transfert ou non transfert en réanimation d'un patient atteint de cancer AFSOS 2015

Dr TUZZOLINO

Dr SIGNOURET

# Problématiques de décision du niveau d'engagement des patients de soins palliatifs

- Contexte de détresse vitale
- Rapidité de la décision
- Absence des médecins référents
- Méconnaissance de la volonté et du niveau d'information du patient et de la famille

# Objectifs

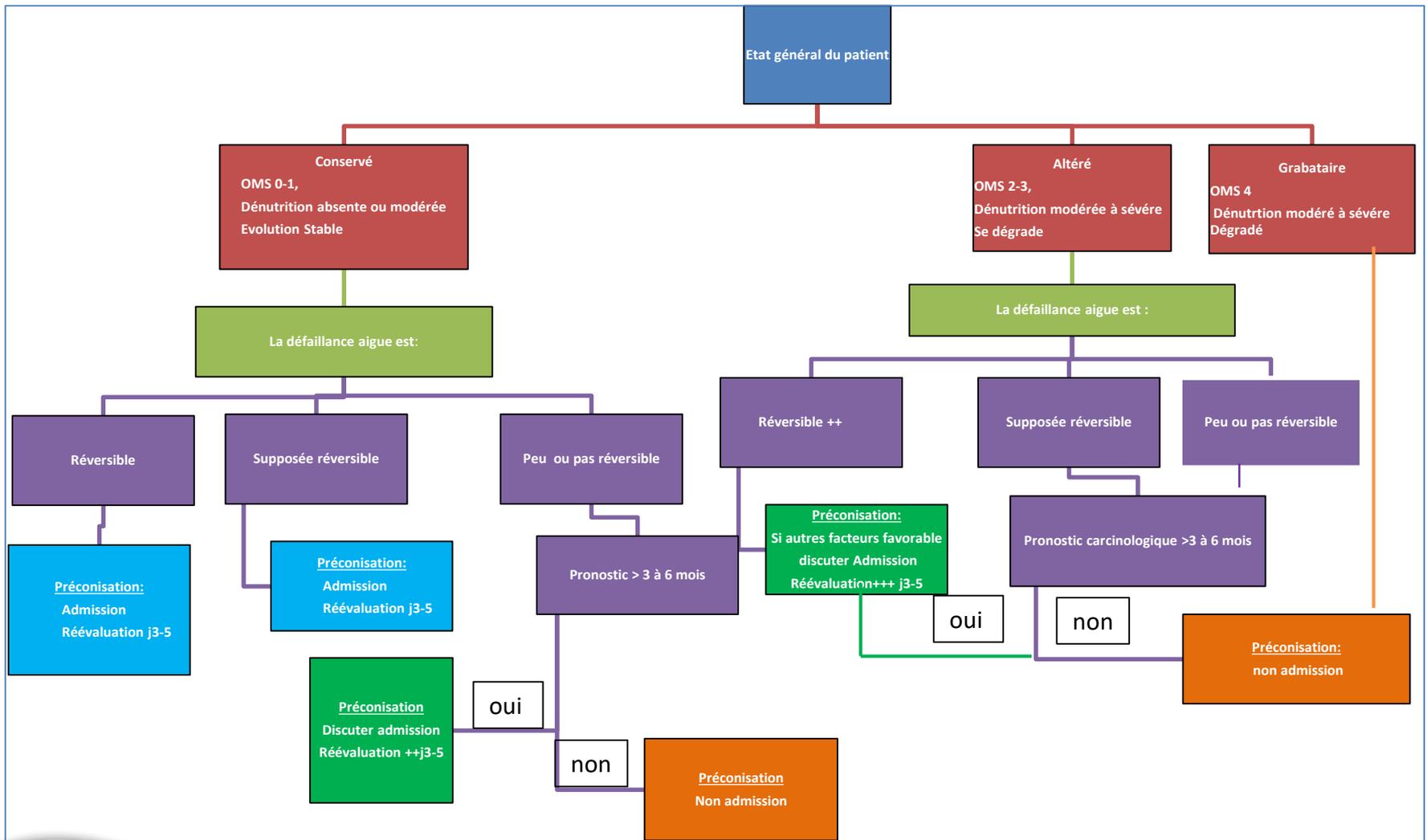
- Trouver un équilibre entre pertes de chances et obstination déraisonnable
- Anticiper des prises de décisions complexes en contexte d'urgences



# Critères d'aide à la décision (AFSOS 2015)

- Ce que doit dire l'oncologue:
  - Information et Volonté du patient
  - Information de la famille
  - Etat général: Statut OMS
  - Etat de dénutrition
  - Pronostic: (< 3 mois, 3-6 mois, > 6 mois)
- Ce que doit évaluer le réanimateur avec l'oncologue:
  - Réversibilité de l'atteinte aigue
  - Pronostic post réanimation
- Ce que doit décider le réanimateur
  - Admission en réanimation / Niveau d'engagement thérapeutique

# Aide à la décision de transfert (ou non) en réanimation d'un patient atteint de cancer AFSOS 2015





# Propositions de définitions de Quatre Stades: quels patients

## ➤ **STADE 1 :**

- Patient non palliatif (suivi EMAD dans le cadre de la douleur)
- **Patient palliatif: Bon état général, pronostic non établi**

## ➤ **STADE 2 :** Patient de soins palliatifs

- OMS 0-1 mais atteinte peu réversible et mauvais pronostic du cancer
- OMS 2-3 avec atteinte réversible et bon pronostic

➤ **STADE 3 :** Patient de soins palliatifs dont l'état général altéré et le mauvais pronostic justifie une prise en charge en étage (pas de transfert en réanimation, limitation des traitements en soi): thérapeutiques médicamenteuses, gestes ou examen complémentaires si nécessaire:

➤ **STADE 4 :** patient en phase terminale



## Propositions de définitions de Quatre Stades: Stratégie

---

- **STADE 1** : transfert en réanimation avec prise en charge maximaliste
- **STADE 2** : transfert en réanimation envisagé avec niveau d'engagement discutée en fonction de la réversibilité de l'atteinte aigue
  - Dans l'idéal au préalable entre médecin référent et réanimateur si atteinte sub aigue
  - Si possible au moment de l'entrée avec médecin d'astreinte
  - Sinon le lendemain avec niveau d'engagement possiblement plus invasif
- **STADE 3** : Prise en charge en étage (pas de transfert en réanimation): thérapeutiques médicamenteuses, gestes ou examen complémentaires si nécessaire:
- **STADE 4** : Soins de confort uniquement (sédation si besoin) par le biais d'un protocole prédéfini, prise en charge en étage:

# ↳ Affichage 4 stades dans Q care

---

➤ **STADE 1** : réanimation totale

➤ **STADE 2** : réanimation avec niveau d'engagement à discuter

➤ l'OMS,

➤ l'évolutivité de la maladie,

➤ la volonté du patient si possible

} doivent être renseignés dans QCARE

➤ **STADE 3** : Prise en charge en étage

➤ **STADE 4** : Soins de confort/ accompagnement



## Décompensation grave d'un patient de soins palliatifs: Qui appeler ?

- **STADE 1** : patient dont le niveau d'engagement thérapeutique est total
  - Appel du réanimateur
- **STADE 2** : pour un patient dont le niveau de prise en charge en réanimation doit être défini:
  - Appel du réanimateur
- **STADE 3** : Prise en charge en étage (pas de transfert en réanimation): thérapeutiques médicamenteuses, gestes ou examen complémentaires si nécessaire:
  - prise en charge par le médecin référent : journée jusqu'à 21h en semaine
  - prise en charge par le médecin d'astreinte : journée jusqu'à 21h le Week-end
  - Prise en charge par le médecin urgentiste la nuit (qui appellera le médecin référent si besoin)
- **STADE 4** : Soins de confort en étage par le biais d'un protocole prédéfini :
  - contacter médecin référent et si besoin Médecin EMAD



## Situation d'Arret cardiaque : Qui appeler ? Massage cardiaque ?

- **STADE 1** : Massage cardiaque externe
  - Appel 3030
  
- **STADE 2** : Massage cardiaque externe
  - Appel 3030
  
- **STADE 3** : Pas de Massage cardiaque externe
  - prise en charge par le médecin référent : journée jusqu'à 21h en semaine
  - prise en charge par le médecin d'astreinte : journée jusqu'à 21h le Week-end
  - Prise en charge par le médecin urgentiste la nuit (qui appellera le médecin référent si besoin)
  
- **STADE 4** : Pas de Massage cardiaque externe
  - contacter médecin référent et si besoin Médecin EMAD



# Notification dans Qcare / Onglet Transpatient / Bandeau coloré

[Med Réa \(1\)](#) [1 IDE \(5\)](#) [IDE Réa \(4\)](#) [Cancero-MedAmb](#) [Kine-Osteo-Orthophonie](#) [Nutrition](#) [Psycho](#) [HDJ MedInt](#) [USLD](#) [Notes CS \(4\)](#) [URGENCES \(12\)](#)

NFOTEST, Daenerys (F) - né(e) le 01-03-1960 (56 ans) - Médecin : Docteur Matthias CASTANIER 

**Statut réanimatoire STADE 4 (01/12/2016)**

ATCD Chirurgicaux	Allergies
térie multi-résistante (BMR) stridium difficile : 5	

[ment à l'arrivée :](#)

[es du séjour](#) ▼

énale formule de COCKROFT : -      Estimation de la fonction rénale formule MDRD simplifiée : -

u planning    
Présence du bordereau -Directives Anticipées Patient- : OUI (03/01/17 04:26)

r en cours) : Appliquer les Précautions Complémentaires d'Hygiène.

CNI (11/07/2016 14:59 REASMC) Pièce du contrôle identito vigilance : CNI (16/11/2016 16:44 REASMC) Pièce du contrôle identito vigilance : CNI (13/12/2016 15:43 REASMC) Pièce du contrôle identito vigilance : CNI (03/01/2017 04:26 REASMC)

[E :](#)

Revu le	Par	
4.01.17 0:54	SANCHEZ Marion	<b>Observation complémentaire macrocible entrée chirurgie</b> Entrée ce jour pour :  Remarques spécifiques (éléments du bilan infirmier) : cf. Formulaire Entretien accueil /Sortie IDE SMC : OUI NON Préparation/Indications Pré-Opératoires : cf. Actes du Planning et Formulaire liaison service /Bloc  Devenir /sortie à prévoir - arrêt de travail : OUI NON - ambulance : OUI NON

- S'interroger au préalable sur la décision de transfert en réa trouve son essence dans la Loi Leonetti et **son principe d'interdiction de l'obstination déraisonnable.**
- Ne pas transférer un patient en réanimation répond au **principe du dispositif LAT.**
  - La décision de Limitation ou d'Arrêt de Traitement Actif peut découler d'un refus de soin d'un patient en état d'exprimer sa volonté (art.L.1111-4, L.1111-10 et R.4127-36 et 37 CSP) ou d'un constat d'obstination déraisonnable chez un patient hors d'état d'exprimer sa volonté (art.L.1111-4, L.1111-13 et R.4127-36 et 37 CSP) et ce, que le patient soit en situation de fin de vie ou pas.
- **Implications**
  - *Information du patient,*
  - *Concertation pluri-professionnelle et familiale*
- Cette stratification est une **Aide à la décision**, le médecin intervenant en urgence reste responsable de ses décisions et peut à tout moment contacter un des médecins référents



- **Timing Stadification:**
  - En absence de gravité: Dès que possible...
  - En urgence: si tableau de gravité évident
- **Traçabilité de la collégialité dans Qcare:**
  - Médecin référent et EMAD +/- réanimateur
- **Traçabilité information dans le dossier:**
  - Information donnée à la famille et au patient, dans la mesure de ce qu'il peut entendre, sur la gravité de la pathologie sous jacente et en cas de défaillance aigue grave

# LES STATUTS RÉANIMATOIRES

Aide à la prise de décision de transfert en Réa des patients de cancérologie  
en situation de décompensation grave

	<b>QUEL PATIENT ?</b> 	<b>QUELLE STRATÉGIE PRÉCONISÉE ?</b> 	<b>QUI APPELER ?</b> 
STADE 1	PATIENT CURATIF <i>OU</i> PALLIATIF D'EXCELLENT PRONOSTIC	TRANSFERT EN RÉANIMATION	APPEL DU RÉANIMATEUR
STADE 2	PATIENT PALLIATIF MOYEN A BON PRONOSTIC	TRANSFERT EN RÉANIMATION	APPEL DU RÉANIMATEUR
STADE 3	PATIENT PALLIATIF MAUVAIS PRONOSTIC	PeC EN ÉTAGE	SEMAINE jusqu'à 21h MÉDECIN RÉFÉRENT WEEK END jusqu'à 21h MÉDECIN D'ASTREINTE LA NUIT MÉDECIN URGENTISTE <i>appelle le médecin référent si besoin</i>
STADE 4	PATIENT PALLIATIF EN PHASE TERMINALE	PeC EN ÉTAGE + SOINS DE CONFORTS	MÉDECIN RÉFÉRENT ET SI BESOIN MÉDECIN EMAD

Le statut réanimatoire du patient est une décision issue d'une réflexion collégiale associant une équipe pluridisciplinaire (consulter notes).  
Le médecin intervenant reste responsable de la décision et du niveau d'engagement thérapeutique qu'il va mettre en place.

- Couverture de l'hospitalisation des patients de soins Palliatif au sein de l'Hopital Europeen de Marseille
- Collaboration:
  - Equipe Soins Palliatifs
  - Médecins spécialistes
  - Médecins Réanimateurs
- Problèmes persistants:
  - Temps de cheminement du patient
  - Temps de discussion collégiale
  - Gravité immédiate du patient à l'entrée

« L'expérience est un lanterne  
attachée dans le dos qui n'éclaire  
jamais que le chemin parcouru »

*Confucius*