

# Décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques en pré-hospitalier

15è « Rendez-vous de l'Urgence »

Strasbourg 27 mai 2010

Dr Jean-Bernard Havé  
Assistant Spécialiste

SAU/SMUR  
CH Haguenau



# Expériences vécues

- *Mai 2007* : le décès au domicile n'est pas accepté par la famille
- *Décembre 2009* : le maintien au domicile m'est demandé par la famille

# Contexte pré-hospitalier

- Régulation médicale des appels urgents
- Envoi d'une équipe médicale SMUR
- Orientation adaptée du patient pris en charge



# Conditions d'arrêt des thérapeutiques en pré-hospitalier

- USA :
  - Respect des testaments de vie (« Do not resuscitate order »)
  - Dans le cas contraire : risques de poursuites judiciaires
  - Malgré la pression de l'entourage

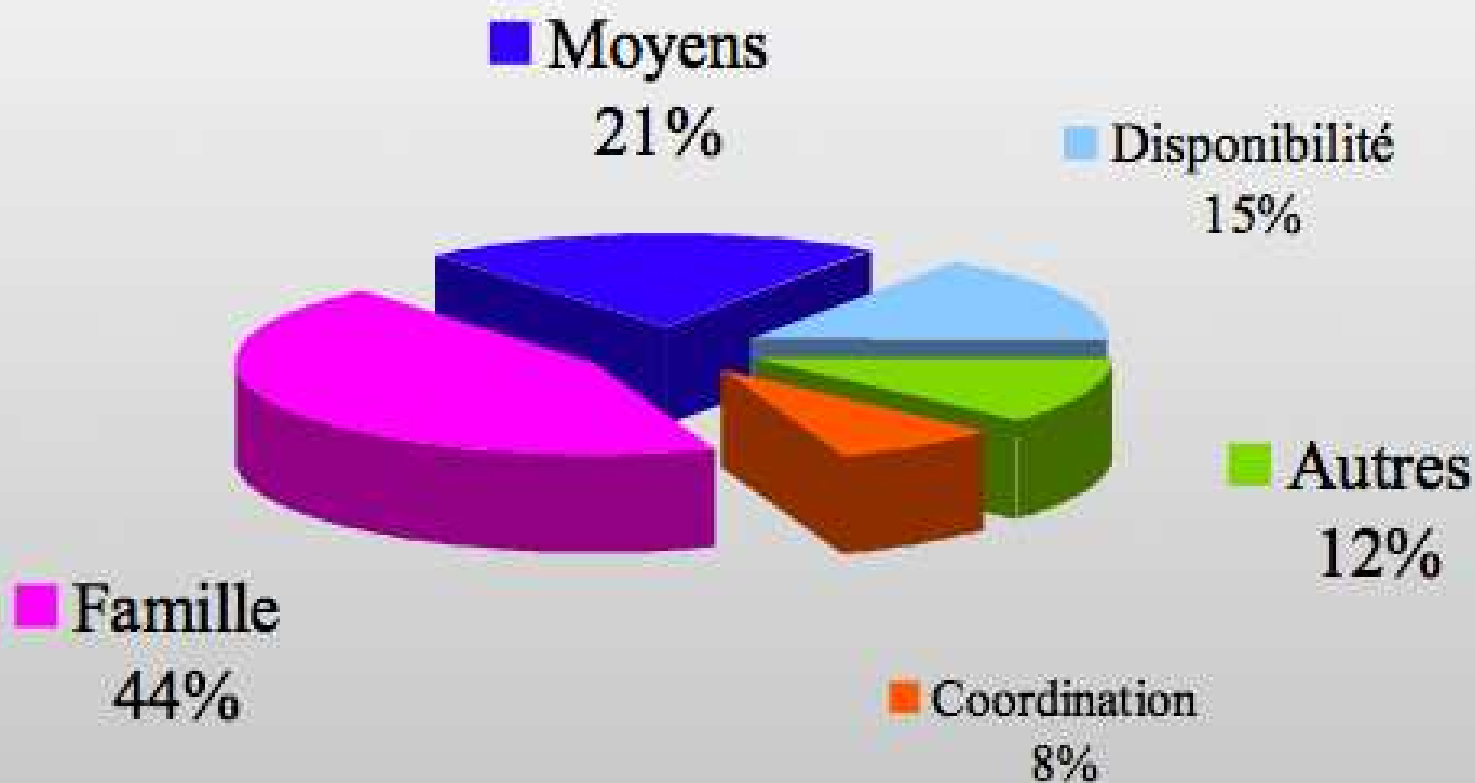
# Conditions d'arrêt des thérapeutiques en pré-hospitalier

- France : quand envisager un arrêt des thérapeutiques?
  - La loi du 22/04/2005 établit le respect des volontés du patient, critique « l'obstination déraisonnable »
  - Situation non clarifiée en pré-hospitalier
  - Pathologies chroniques en stade terminal
  - Pathologies aiguës : trauma SNC, AVC massifs
    - > réanimation pour transplantation d'organe
    - > soins de confort

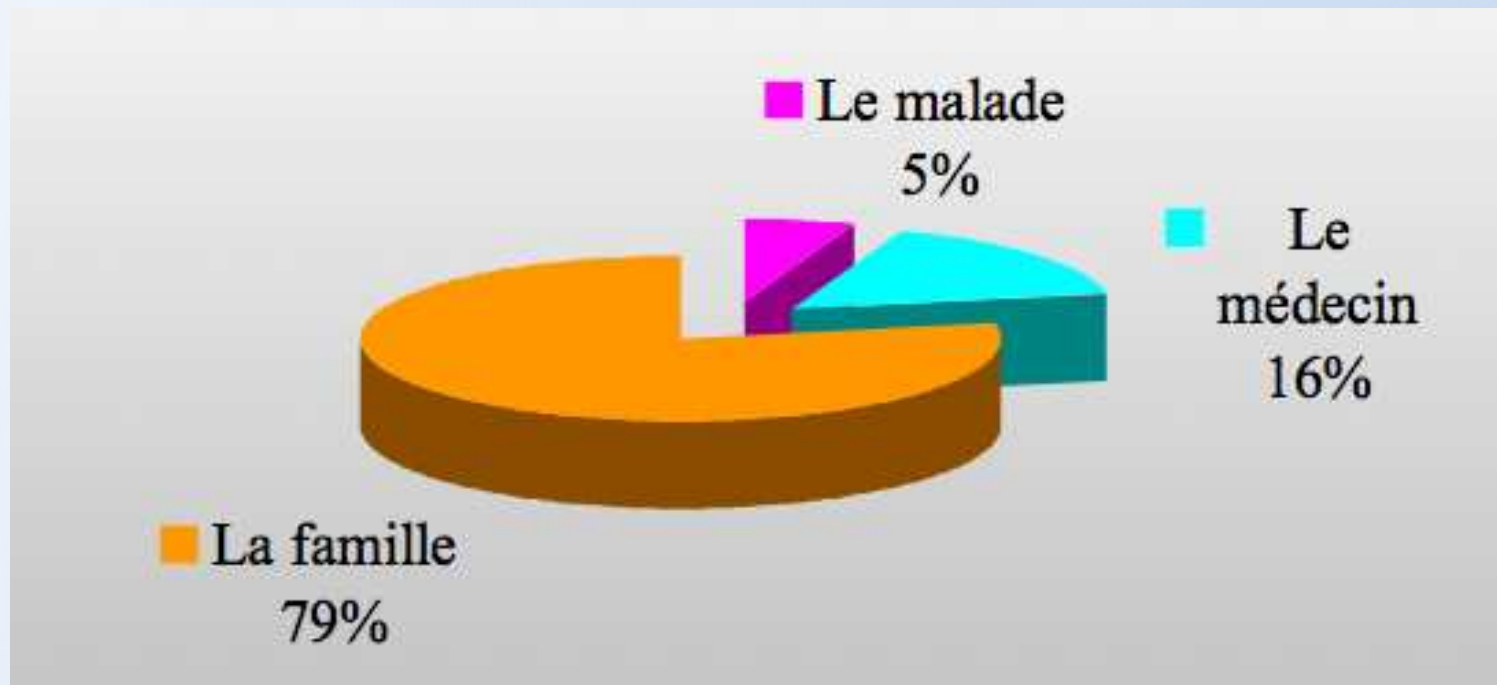
# Motifs d'appel au centre 15 (SAMU 75-2004/SAMU 67-2006)

- Évolution culturelle : refus de la mort, notamment à domicile
- Détresse des familles : méconnaissance de la réalité ou du déroulement de la fin de vie
- Détresse psychologique, épuisement de l'entourage
- Défaillance matérielle ou du personnel
- Pathologies aiguës avec ou sans rapport avec la pathologie chronique; traitement curatif à instaurer ?
- 71% des appels ont lieu la nuit, les dimanches et jours fériés, à un moment où les soignants référents ne sont pas joignables

# Pourquoi faire appel au centre 15 ? (Vantomme-Créteil 2007)



# Qui fait appel au centre 15? (Vantomme-Créteil 2007)



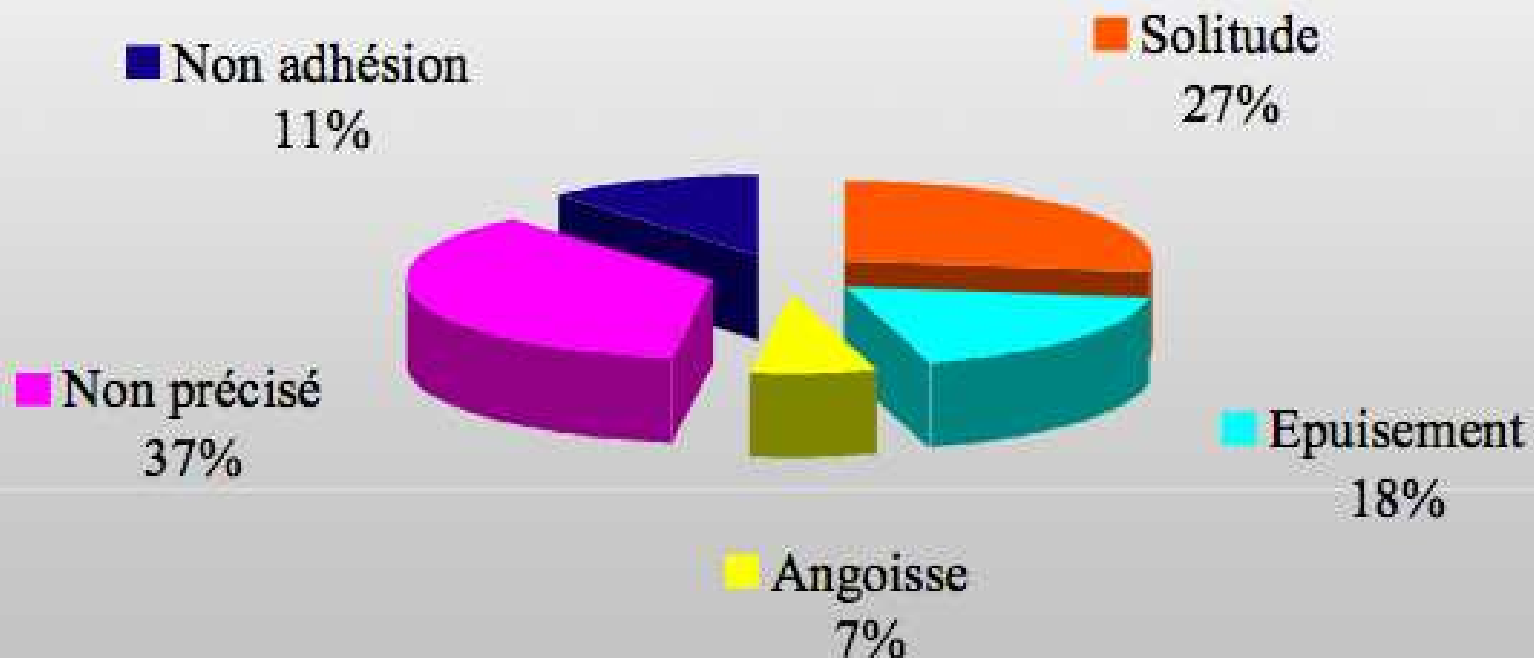


# Motifs d'appel au centre 15 (SAMU 06-2006)

- Dyspnée (68% des interventions )
  - Troubles de la conscience (39%)
  - Douleur (30%)
  - Chute (32%)
  - Angoisse (20%)
  - Agitation (17%)
- > plusieurs motifs d'appel possibles pour un même malade

# Ce qui motive la famille à faire appel au centre 15 ? (Vantomme-Créteil 2007)

## La Famille



# Décisions du médecin SMUR en pré-hospitalier

- Manque d'accès aux informations déterminantes dans la conduite à tenir :
  - Pronostic / antécédents
  - Qualité de vie
  - Avis du patient
  - Avis de la famille
  - En particulier la nuit : médecin correspondant
- Prise de décision dans l'urgence et de manière solitaire, peu de collégialité
- Données médicales incomplètes en pré-hospitalier, pas d'accès aux examens complémentaires

# Décisions du médecin SMUR en pré-hospitalier

- Dyspnée, trouble de conscience : question de l'IOT
- Limitation de traitement bien plus souvent que arrêt des thérapeutiques
- Décision de LATA dans un second temps au décours d'une réanimation :
  - d'attente
  - compassionnelle

# Devenir des patients en fin de vie pris en charge en SMUR

- « Laissé sur place »
  - Après amélioration de la symptomatologie aiguë
  - Après entretien avec la famille, l'entourage
  - Dans le respect des souhaits exprimés par le patient
- Orientation vers une Unité de Soins Palliatifs
  - Manque de lits disponibles
  - À défaut du service référent
- SAU ou UHTCD : inadapté mais devenu nécessaire

# Quelles alternatives ?

- *L'expérience niçoise de 2006 :*  
Création d'une équipe paramédicale d'urgence pour les patients en phase terminale à domicile
- *Le développement des réseaux*

# Nice 2006

- Création d'une équipe d'« Urgence Palliative » associant :
  - Un infirmier formé aux soins palliatifs et à l'organisation de l'aide médicale d'urgence
  - Un bénévole de la Croix-Rouge Française
- 24H/24 – 7 jours/7
- Après création de protocoles de traitement des urgences palliatives, avec matériel adapté à disposition dans des sacs
- Renforcée sur place par un médecin :
  - Traitant
  - De garde
  - De l'EMPS
  - Du SAMU/SMUR
- Supervision et soutien psychologique de l'équipe par un psychologue dédié

# Nice 2006

- Délai de déplacement < 20 minutes dans véhicule dédié
- L'équipe restait sur place le temps nécessaire :
  - Prise de contact
  - Recueil du consentement
- Traitement symptomatique adapté :
  - Prescriptions du médecin
  - Respect des protocoles élaborés
- Surveillance du patient
- Accompagnement, ainsi que l'entourage



# Nice 2006 : quelques chiffres

- 35 % des interventions les WE et jours fériés
- 29 % de participation des médecins SMUR
- Enquête de « satisfaction » ultérieure :
  - 99 % « tout avait été fait »
  - 86 % « soulagés et apaisés grâce à l'équipe »
  - 90 % « nous avons obtenu l'aide que nous souhaitions »
- 15 % de décès lors de la présence de l'équipe
- 4,5% de patients relevant d'une hospitalisation

# Les réseaux - Définition

“Un réseau est un ensemble de plusieurs personnes physiques ou morales dites acteurs du réseau, dispersées dans une zone territoriale de compétences différentes et complémentaires qui agissent pour un objectif commun, selon des valeurs et des normes partagées, sur la base d'une coopération volontaire pour améliorer la prise en charge d'une communauté de malades.”

# Réseaux et équipe du Nord-Alsace

- EMSP-Haguenau :
  - IDE + Médecin de l'USP se déplaçant dans les services hospitaliers ou au domicile
  - Organisation des soins palliatifs au domicile
  - En coordination avec médecin traitant, HAD
  - Parfois gestion de situations d'« urgences palliatives »
  - Inclusion du patient dans le réseau ASPAN

# Réseaux et équipe du Nord-Alsace

## Réseau ASPAN : Soins Palliatifs Alsace Nord

- Garde téléphonique de jour, et astreinte nocturne
- 24H/24-7j/7
- Par Médecin prenant en charge les dossiers informatisés de patients susceptibles d'un risque aigu ou de décompensation
- À la demande de : famille, IDE au domicile, MT, SAMU, médecin de garde, HAD, ...
- Maintien à domicile à privilégier, en réévaluant l'environnement familial

# Conditions requises pour une décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques en pré-hospitalier

- Un dossier médical accessible H 24
- Du temps
- L'accompagnement de fin de vie au domicile par des structures plus adaptées
- Une formation spécifique des médecins SMUR

# Mais aussi ...

- Une disponibilité plus large des EMSP
- Par la création de lits supplémentaires d'USP
- Développement organisé par région de structures spécifiques dédiées aux « Urgences de fin de vie » ou « Urgences palliatives »
- Renforcement du rôle des réseaux
- Renforcement et sensibilisation de l'action du médecin généraliste/traitant

# Bibliographie

- SRLF 09-2009 – « Limitation et arrêt des traitements en Réanimation adulte »
- Ciais J-F – La presse médicale 36:3-03/2007 - « Impact d'une équipe d'urgence spécialisée sur les hospitalisations non désirées de patients en phase terminale à domicile »
- Tardy B. - Réanimation, Volume 14, Issue 8, December 2005, Pages 680-685 – « Fin de vie aux Urgences »
- Chastre C. - SAMU 75 – 2004 – « Fin de vie ; faut-il un loi ? La médecine pré-hospitalière »
- Winter S. – SAMU67 – 2006 – « le SAMU face à la fin de vie : prise en charge de l'urgence en soins palliatifs »
- Vantomme C. – Thèse de médecine, Créteil 2007 :  
« Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge au domicile des patients en soins palliatifs dans le Val de Marne »