

Les Rendez-vous du SAMU 67, juin 2006

LE SAMU FACE A LA FIN DE VIE :

PRISE EN CHARGE DE L'URGENCE EN
SOINS PALLIATIFS

Dr Sophie WINTER

PLAN

- I. Quelques définitions autour de la fin de vie
- II. Législation en vigueur en France
- III. Prise en charge de la fin de vie en pré-hospitalier : les études
- IV. Résultats – Discussion
- V. Propositions
- VI. Conclusions

I. Quelques définitions autour de la fin de vie

II. Législation en vigueur en France

III. Prise en charge de la fin de vie en pré-hospitalier : les études

IV. Résultats – Discussion

V. Propositions

VI. Conclusions

I. Quelques définitions autour de la fin de vie

- SOINS PALLIATIFS (ANAES 2002, OMS 2002)
 - Des soins actifs, continus et évolutifs
 - Prise en charge globale et pluriprofessionnelle
 - Cherchent à éviter l'obstination déraisonnable
 - Maintien d'une qualité de vie
 - Accompagnement des familles et assistance au deuil
 - Considèrent la mort comme un processus naturel, qu'il ne convient ni de repousser ni d'accélérer
 - N'excluent pas la poursuite de soins à visée curative

- **ACHARNEMENT THERAPEUTIQUE**

- « C'est une attitude qui consiste à poursuivre une thérapie lourde à visée curative alors même qu'il n'existe aucun espoir réel d'obtenir une amélioration de l'état du malade et qui a pour résultat de prolonger simplement la vie » (Dictionnaire permanent de bioéthique)

- **LATA : limitation / arrêt de thérapeutique active de réanimation**

- Évolution de la notion de respect de la vie : au-delà d'un simple prolongement de la vie
- C'est le patient qui définit les limites de l'acharnement, en fonction de ce qui est tolérable et supportable pour lui
- Ne concerne en aucun cas les soins de base et de confort
- Différence avec l'euthanasie passive ou indirecte repose sur l'intentionnalité du geste, mais distinction parfois tangente

- EUTHANASIE

- Étymologiquement « bonne mort »
- 1771 Trévoux : « l'art de rendre la mort douce »
- Notion actuelle : l'ensemble des pratiques qui permettent de hâter la mort sans souffrance

I. Quelques définitions autour de la fin de vie

II. Législation en vigueur en France

III. Prise en charge de la fin de vie en pré-hospitalier : les études

IV. Résultats – Discussion

V. Propositions

VI. Conclusions

II. Législation en vigueur en France

- Avant 2005 : vide juridique autour des LATA et du principe de double effet
- 1986 : circulaire Laroque (organisation soins et accompagnement patients en phase terminale)
- Les avancées de la loi du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie :
 - Inscription dans la loi du refus de l'obstination déraisonnable et de la possibilité d'arrêter ou de ne pas entreprendre de soins inutiles, tout en assurant la qualité de vie du malade
 - Droit pour tout malade à l'abstention ou l'arrêt de tout traitement, y compris si cela risque d'entraîner la mort
 - Des modalités claires de prise de décisions pour les patients inconscients
 - Résolution des situations de double effet
 - Réaffirmation législative de l'importance d'ancrer les soins palliatifs dans les politiques de santé publique

I. Quelques définitions autour de la fin de vie

II. Législation en vigueur en France

III. Prise en charge de la fin de vie en pré-hospitalier : les études

IV. Résultats – Discussion

V. Propositions

VI. Conclusions

III. Prise en charge de la fin de vie en pré-hospitalier : les études

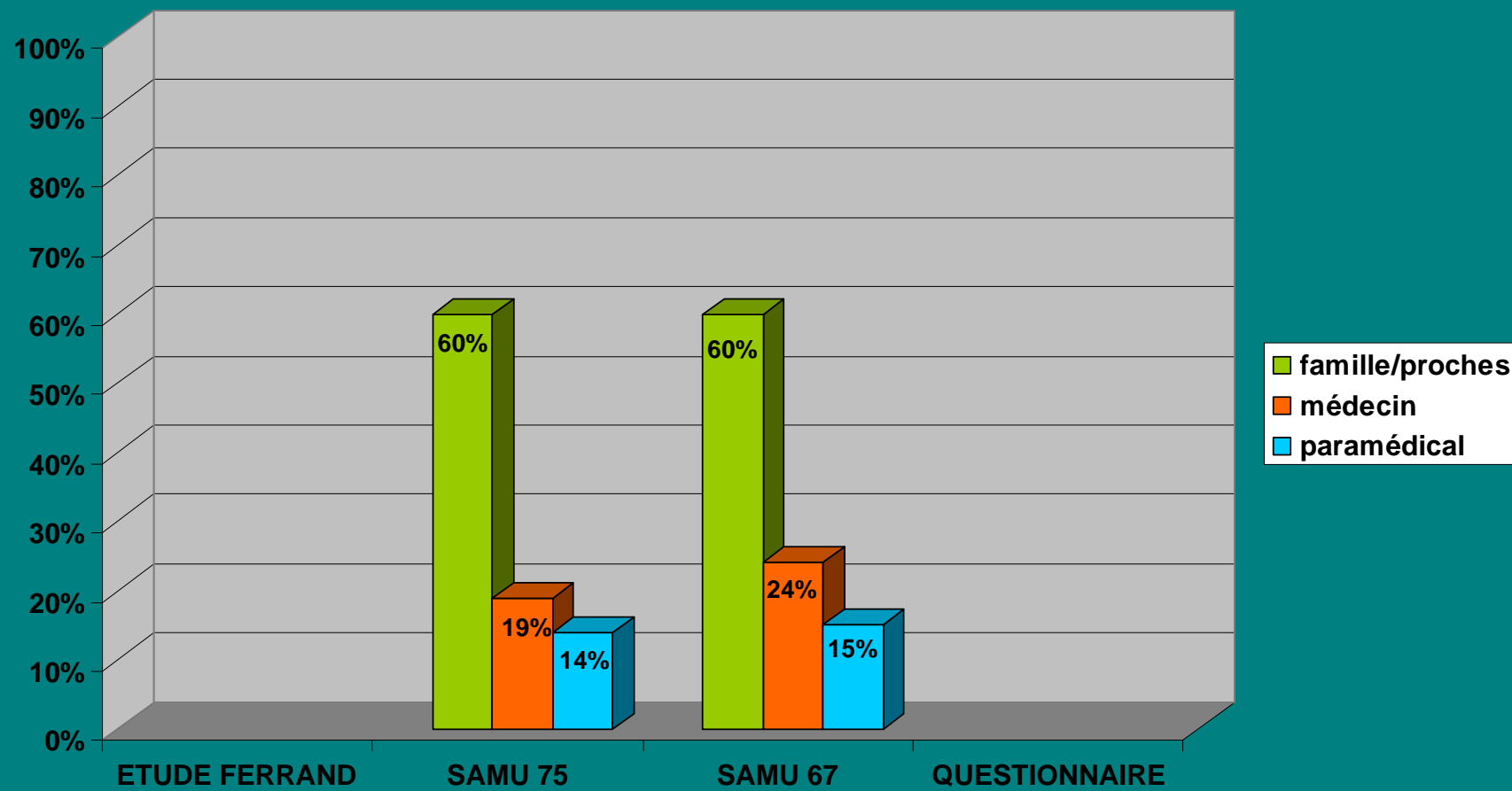
- Questionnaire adressé au personnel du SAMU 67
 - Modalités
 - Éléments étudiés
 - Commentaires libres
- Étude de dossiers du SAMU 67 de 1998 à 2005
 - Recrutement : Centaure 15
 - Éléments étudiés
- Comparaison des résultats avec deux études menées sur le sujet dans la littérature : enquête LATA-SAMU (Dr E. Ferrand, 2005) et étude au SAMU 75 (Dr A. Couzineau, 1996)

- I. Quelques définitions autour de la fin de vie
- II. Législation en vigueur en France
- III. Prise en charge de la fin de vie en pré-hospitalier : les études
- IV. Résultats – Discussion***
- V. Propositions
- VI. Conclusions

IV. Résultats - Discussion

1. L'intervention du SAMU en soins palliatifs : une activité réelle et justifiée
 - Augmentation des appels au 15 pour des personnes en fin de vie

Appelant



IV. Résultats - Discussion

1. L'intervention du SAMU en soins palliatifs : une activité réelle et justifiée

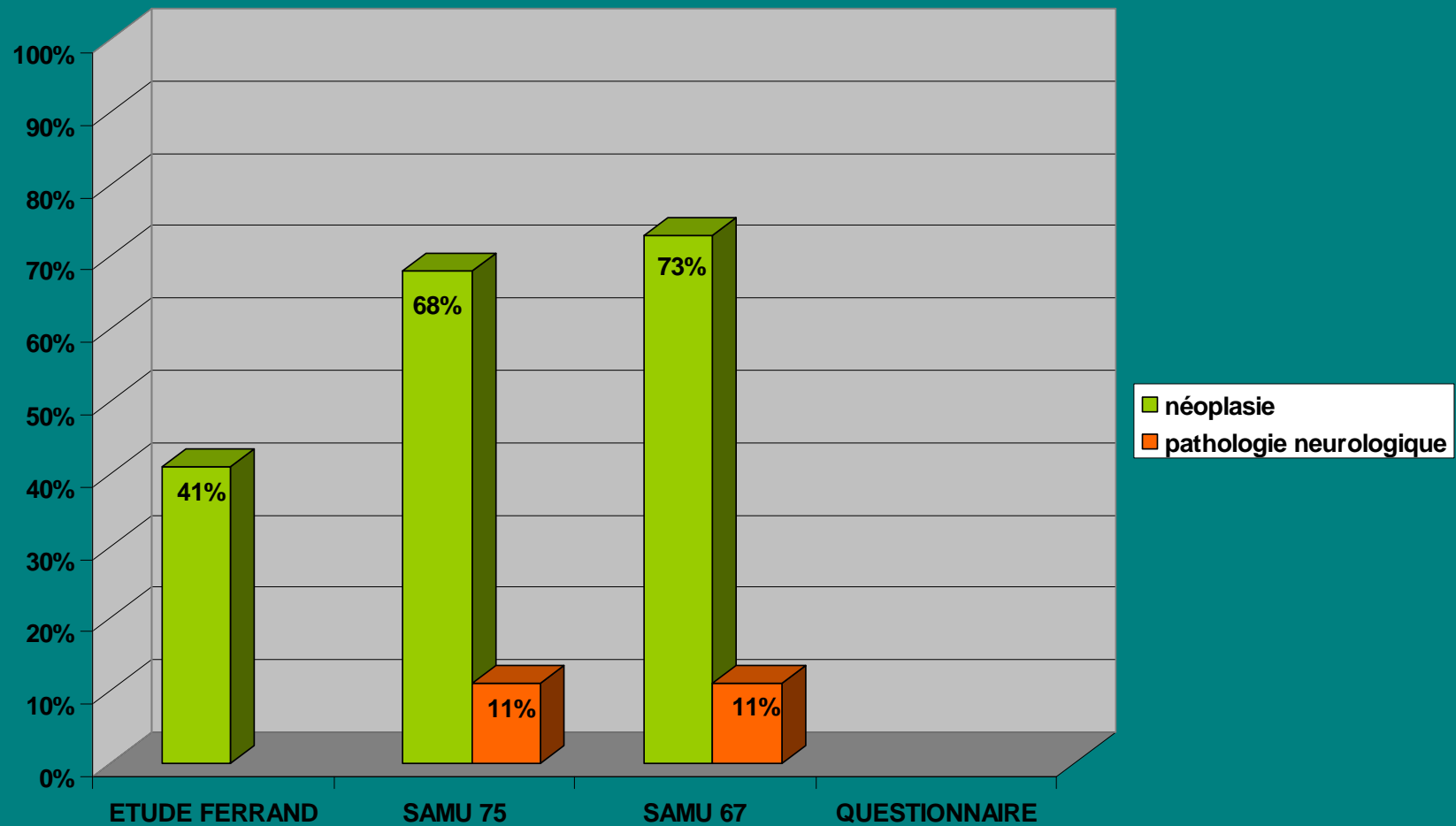
- Augmentation des appels au 15 pour des personnes en fin de vie
 - Évolution culturelle, refus de la mort, notamment à domicile
 - Détresse des familles : méconnaissance de la réalité / déroulement de la fin de vie
 - Manque de cohésion familiale
 - Épuisement de l'entourage
 - Rôle du médecin traitant

IV. Résultats - Discussion

1. L'intervention du SAMU en soins palliatifs : une activité réelle et justifiée

- Augmentation des appels au 15 pour des personnes en fin de vie
 - Évolution culturelle, refus de la mort, notamment à domicile
 - Détresse des familles : méconnaissance de la réalité / déroulement de la fin de vie
 - Manque de cohésion familiale
 - Épuisement de l'entourage
 - Rôle du médecin traitant
- Maladies chroniques évolutives. Néoplasies +++

Pathologie sous-jacente



IV. Résultats - Discussion

1. L'intervention du SAMU en soins palliatifs : une activité réelle et justifiée

- Augmentation des appels au 15 pour des personnes en fin de vie
 - Évolution culturelle, refus de la mort, notamment à domicile
 - Détresse des familles : méconnaissance de la réalité / déroulement de la fin de vie
 - Manque de cohésion familiale
 - Épuisement de l'entourage
 - Rôle du médecin traitant
- Maladies chroniques évolutives. Néoplasies +++
- Réalité de l'urgence :
 - Symptômes aigus pénibles. Dyspnée ++
 - Détresse des familles
 - Démarche palliative n'exclut pas traitement à visée curative intercurrent

2. Difficultés inhérentes à la fonction d'urgentiste

- Situation qui reste rare en SMUR
- La médecine d'urgence, une médecine très protocolaire contrairement à la prise en charge d'une personne en fin de vie
- Désintérêt manifeste d'une partie des personnes interrogées pour ce type de situation : ne fait pas partie du rôle du SAMU?
- Urgentistes « formatés » pour l'instauration d'une réanimation et de gestes invasifs d'emblée
- Manque de formation en soins palliatifs

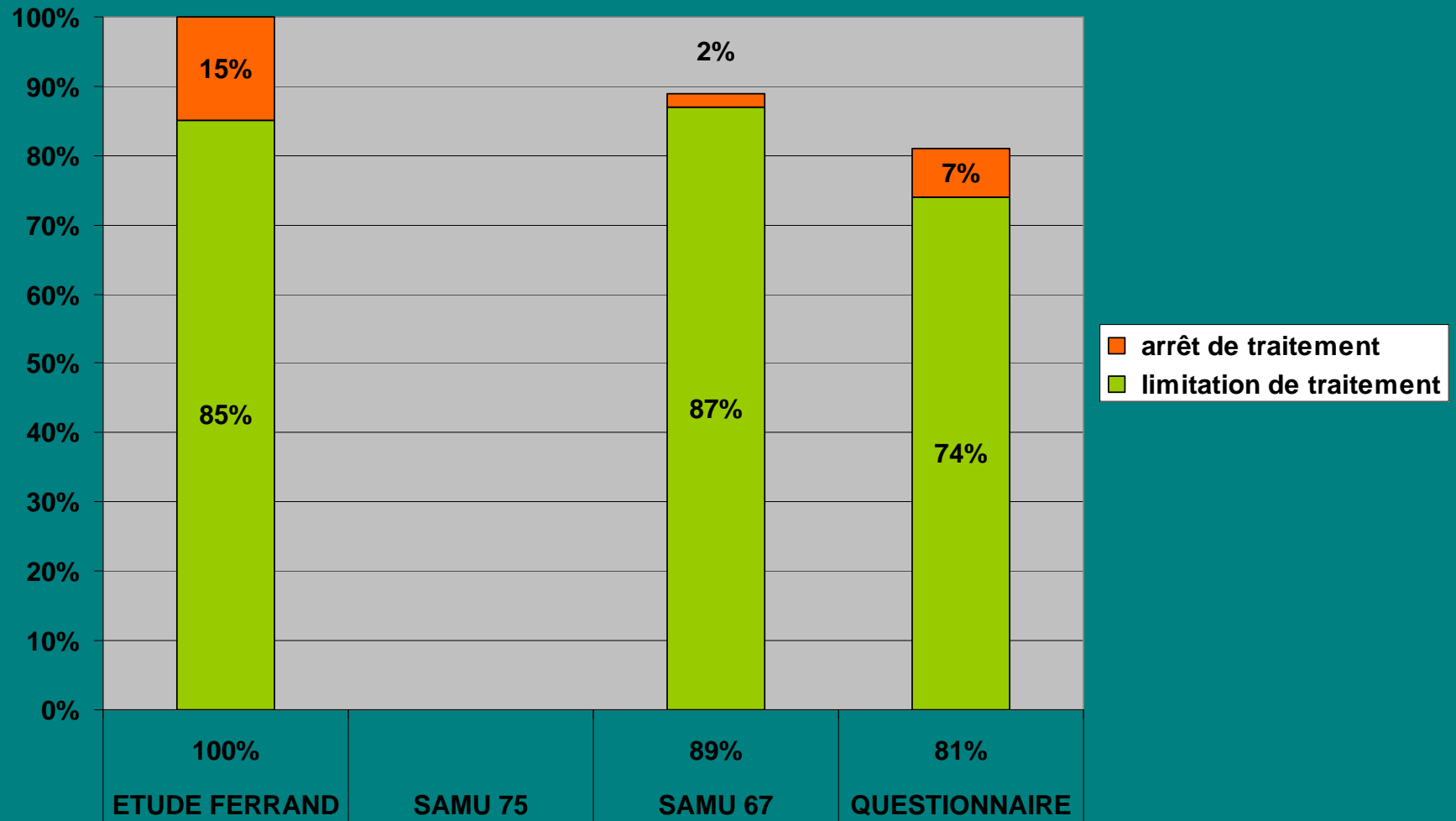
3. Difficultés liées à la situation du pré-hospitalier

- Manque d'accès aux informations déterminantes dans la conduite à tenir :
 - Pronostic / antécédents
 - Qualité de vie
 - Avis du patient
 - Avis de la famille
 - Âge?
- 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

4. Confrontation des équipes SMUR aux décisions de LATA

- Fréquence des décisions de LATA

LATA



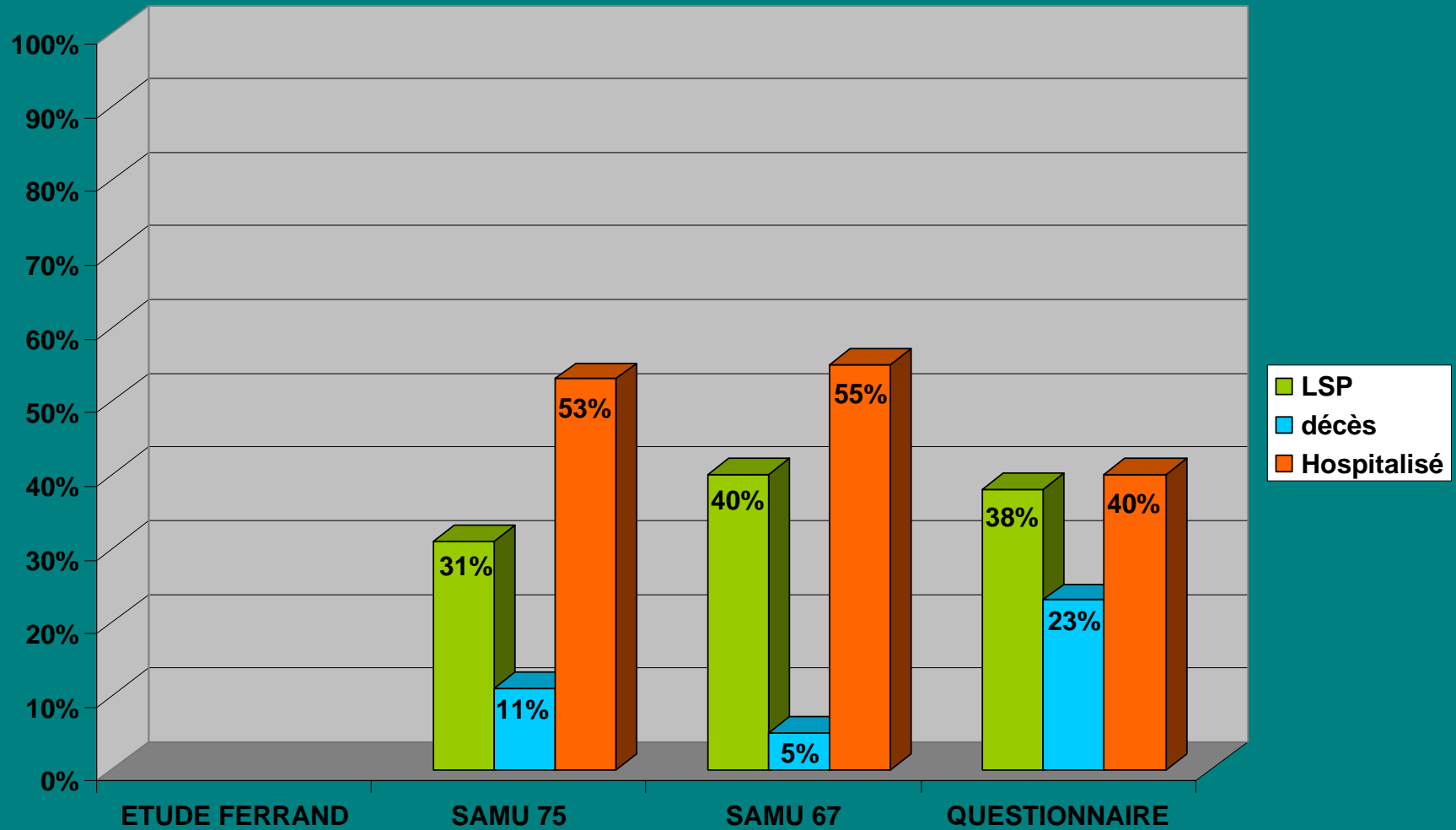
4. Confrontation des équipes SMUR aux décisions de LATA

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

5. Défaut de structures d'accueil en urgence pour les patients en fin de vie

- Manque de lits de soins palliatifs
- Orientation vers les SAU ++ : structures inadaptées
- Admission rare en urgence dans les services référents

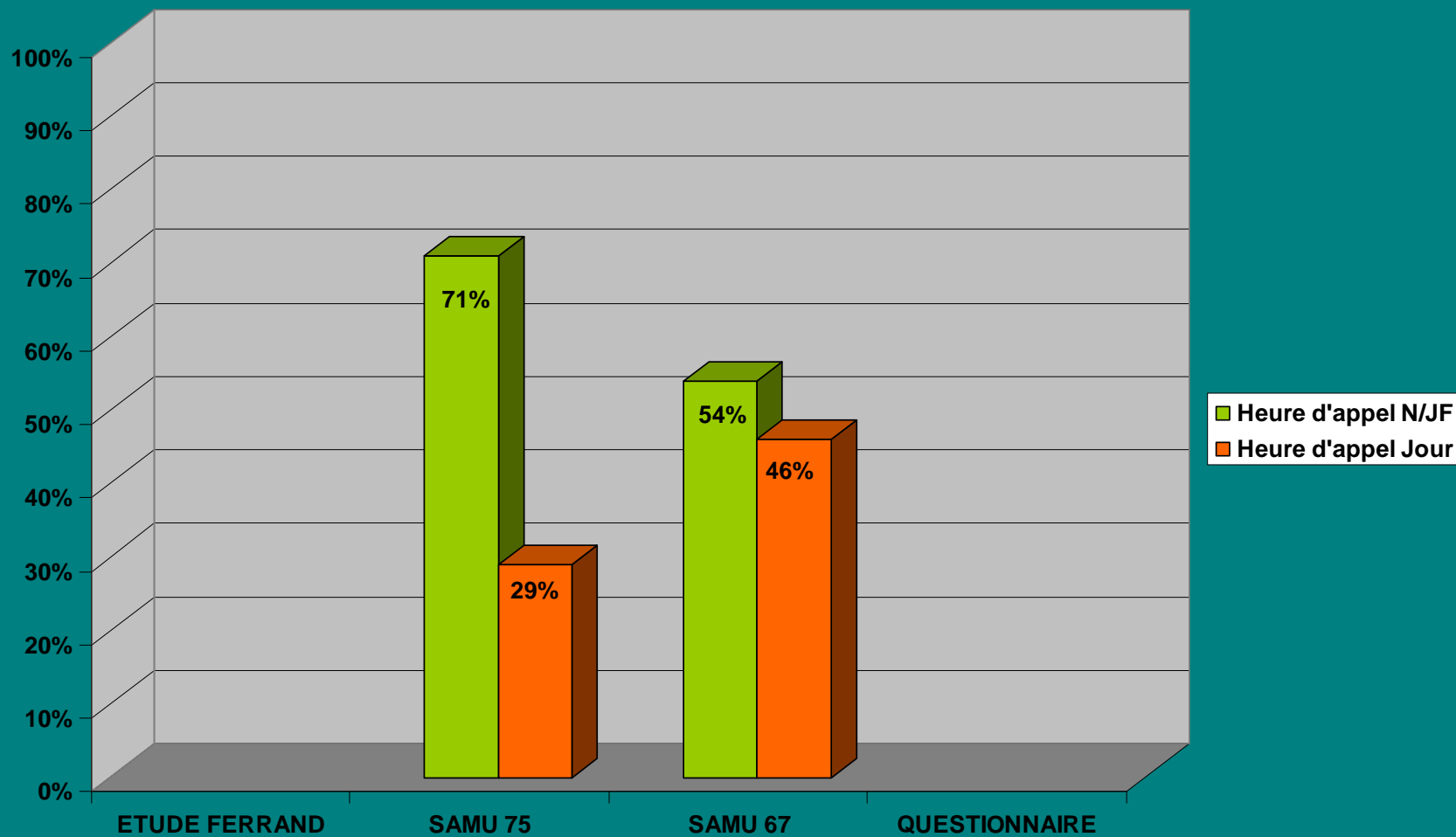
Orientation du patient



6. Place du médecin traitant

- Apport d'informations médicales déterminantes dans les décisions à prendre
- Apport d'informations sur l'avis du patient, de sa famille, sur ses conditions de vie
- Questionnaire : médecin traitant peu sollicité

Heure d'appel



6. Place du médecin traitant

- Apport d'informations médicales déterminantes dans les décisions à prendre
- Apport d'informations sur l'avis du patient, de sa famille, sur ses conditions de vie
- Questionnaire : médecin traitant peu sollicité
- Recours au SAMU par les médecins généralistes pour des patients en fin de vie :
 - Doute sur la réalité de la fin de vie
 - Poids de la responsabilité , notamment lors de décisions de LATA
 - Gestion de la fin de vie à domicile : difficultés techniques, disponibilité importante nécessaire, pression de l'entourage
 - Manque de formation en soins palliatifs
 - Décharge sur le 15 de la part de certains médecins

- I. Quelques définitions autour de la fin de vie
- II. Législation en vigueur en France
- III. Prise en charge de la fin de vie en pré-hospitalier : les études
- IV. Résultats – Discussion
- V. *Propositions*
- VI. Conclusions

V. Propositions

- Formation en soins palliatifs
 - Universitaire, post-universitaire
 - Spécifique pour le personnel SMUR
- Intérêt du réseau ASPAN pour les intervenants pré-hospitaliers
 - Continuité de l'information
 - Accès à un avis spécialisé en soins palliatifs
 - Proposition de protocoles de prise en charge des symptômes
 - Possibilité d'interaction entre le réseau et le SAMU via le système des *patients remarquables*

- I. Quelques définitions autour de la fin de vie
- II. Législation en vigueur en France
- III. Prise en charge de la fin de vie en pré-hospitalier : les études
- IV. Résultats – Discussion
- V. Propositions
- VI. *Conclusions***

VI. Conclusions

- Le SAMU face à la fin de vie : au-delà de la prise en charge curative de l'urgence vitale
- Évolution des pratiques médicales autour de la fin de vie : incitation à la réflexion favorisée par la loi du 22 avril 2005
- Spécificité de la médecine d'urgence et notamment de la médecine pré-hospitalière dans cette démarche
- Intérêt d'un partenariat avec les acteurs de soins palliatifs pour la prise en charge de la personne en fin de vie