



## **Procédure d'aide à la décision de Limitation et Arrêt de Thérapeutiques lors d'une prise en charge en urgence Fiche Mémo**

### **Introduction**

L'accueil en service d'urgence de patients âgés, porteurs de maladies chroniques évolutives ou en situation de fin de vie n'est pas exceptionnel. De même, les SAMU-Centres 15 sont régulièrement sollicités pour intervenir auprès de ces patients vivant à domicile ou institutionnalisés, en EHPAD ou en établissements médico sociaux. Ces situations graves de décompensation ou de fin de vie peuvent de plus être très anxiogènes pour les entourages, partagés entre demande de soins actifs et soins de confort [1]. Les soignants et les proches vont chercher auprès des SAMU et SU une aide, particulièrement en périodes de WE ou de nuit quand l'accès au(x) médecin(s) ou équipe(s) référent(s) est plus difficile. [2] Ces recours imposent que les équipes médicales et paramédicales exerçant en médecine d'urgence soient préparées et formées à la réflexion autour des décisions de limitations de soins afin de trouver la juste proposition entre curatif et/ou limitation de thérapeutique active.

En pré hospitalier et aux urgences, le processus décisionnel d'arrêt ou de limitation des thérapeutiques (LAT) peut être rendu plus difficile du fait d'une temporalité réduite, ou jugée comme telle, et/ou d'une connaissance souvent imparfaite de la situation clinique, des discussions antérieures avec l'entourage du patient et des souhaits de ce dernier.

Cette fiche, complémentaire de la procédure récemment élaborée conjointement par la SFMU et la SRLF (Société de Réanimation de Langue Française) [3], propose un outil d'aide à la décision de LAT, en pré-hospitalier et hospitalier. Elle a été travaillée en lien avec la SFAP (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs) et a pour but d'améliorer la prise en charge des patients pouvant bénéficier d'une réflexion autour d'une éventuelle LAT, et d'harmoniser les pratiques dans ces situations.

### **Eléments clés**

- **Le processus décisionnel de LAT doit respecter le prérequis réglementaire d'une décision basée sur la collégialité** [4]. Au-delà des aspects législatifs, le caractère collégial d'une décision de limitation de soins (refus d'une obstination déraisonnable) est indispensable pour s'assurer d'une décision la plus juste possible et pour convaincre une famille de son bien-fondé. Une prise de décision solitaire de l'urgentiste pourrait le mettre dans une position délicate en cas de recours médico-judiciaire. Le refus éventuel de recourir à la réanimation doit donc être discuté et partagé avec un autre médecin, au mieux un médecin référent du patient, mais également un réanimateur, un médecin de soins palliatifs (équipe mobile ou réseau de soins palliatifs) ou un collègue urgentiste selon la disponibilité de ces derniers. La participation des équipes para médicales aux discussions est également à favoriser. Ces échanges peuvent aider pour certains choix et faciliter l'accompagnement des patients et leurs proches par exemple en secteur d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

- **La volonté du patient a une place centrale dans le processus décisionnel.** Elle doit être recherchée de façon active et réinterrogée à chaque nouvelle prise en charge ou réévaluation. Lorsque le patient n'est pas en capacité d'exprimer ses souhaits, le médecin doit rechercher l'existence de directives anticipées. En l'absence, il doit rechercher la volonté du patient au travers de sa personne de confiance si elle a été désignée, à défaut auprès de ses proches.

- **Une démarche de LAT implique également de prendre le temps nécessaire** à la délibération qui précède la décision, et à l'acceptabilité de cette dernière par le patient, les proches et/ou les soignants. Il faut parfois du temps pour convaincre une famille réticente (ou un patient) du bien-fondé de la décision médicale de limitation et des modalités de la prise en charge palliative exclusive, s'il y a lieu. Il est

rappelé que la décision de LAT est une décision médicale, au plus près de la volonté du patient qui doit primer, et que les entourages sont informés mais non décisionnaires.

- **La délibération vise à limiter la place à l'arbitraire et s'assurer du respect des fondamentaux du soin** : le respect d'autrui, l'autonomie, l'équité, la bienfaisance et la non-malfaisance [5]. En cas de situation complexe ou de décision difficile, **une réanimation « d'attente »** peut être proposée, avec un transfert vers une structure hospitalière pour le pré hospitalier et/ou une admission en service de médecine intensive et réanimation [3]

- **Les patients en fin de vie ne sont pas systématiquement orientés vers une structure d'urgence ou un autre service hospitalier.** [3]. Ainsi, dès la phase de régulation médicale, il peut être décidé que le patient reste au domicile ou dans la structure d'hébergement. Cette décision est facilitée quand il y a eu **anticipation** de la situation en amont avec préparation des modalités de cette prise en charge (décision collégiale, présence de personnel formé, matériel adapté disponible, existence d'une fiche SAMU pallia ou autre procédure écrite accessible). Dans ces situations, les médecins urgentistes peuvent être amenés à intervenir pour accompagner les équipes locales et les proches s'ils sont présents à la mise en place des soins et thérapeutiques de confort.

- **L'instauration d'une sédation doit être réfléchie précocement.** Une sédation peut-être débutée en urgence en cas de signe(s) de détresse (ex : asphyxie hémorragique). Au-delà de ces situations, une sédation continue peut être proposée en relai de l'obtention par bolus rapprochés d'antalgiques, de sédatifs du soulagement de la douleur et/ou de l'anxiété. La mise en place d'un traitement continu de contrôle de la douleur et/ou de l'anxiété entre dans le cadre de la discussion collégiale autour de la LAT et fait l'objet d'une procédure écrite [6,7]. L'avis d'un médecin tiers pour le maintien de cette thérapeutique en continu jusqu'au décès est à rechercher, de même l'orientation vers une unité de soins palliatifs est à privilégier [8]. L'accueil à l'UHCD peut également être une orientation proposée. L'indication et les modalités de poursuite de ce traitement seront régulièrement réévaluées.

- **Toute décision doit être tracée dans le dossier du patient. Elle doit être réinterrogée au vu de l'évolution de la situation ou en cas d'accès à de nouvelles informations.** Chaque situation est singulière, la procédure de LAT sera adaptée à chaque patient Il conviendra de consigner les difficultés éventuelles, les avis pris, les résultats d'exams et/ou informations complémentaires à même de modifier la décision ou procédure.

#### **Buts du travail :**

##### **- Aider à la prise de décision**

Collégialité de la réflexion et de la décision

Traçabilité des éléments factuels d'instruction de la décision

Information transparente au patient et /ou à ses proches

##### **- Permettre une meilleure orientation et organisation de soin et ce dès l'appel au SAMU**

##### **- Réaliser un document simple en situation pré ET intra- hospitalière**

Cette fiche d'aide à la décision est valable pour un patient, une situation à un instant donné.

La LAT pourra être rediscutée en fonction de l'évolution de la situation clinique, du secteur d'hospitalisation, des informations transmises etc.

**La mise à disposition de procédures de LAT a pour objectif d'apporter aux praticiens une méthodologie guidant la prise de décisions en situation urgente et d'harmoniser les pratiques [9] Cet outil permet de se remémorer les éléments déterminants du processus, de s'assurer d'une collégialité, afin de prendre la décision la plus juste possible. Il permet de tracer cette décision et ainsi d'assurer une continuité du soin, au-delà du service des urgences ou de l'intervention du SAMU.**

**Si une autre fiche de LAT existe déjà au sein de l'établissement ou du service, il n'y a pas lieu de la remplacer.**

**En cas contraire, une procédure d'aide à la décision de LAT doit être formalisée, en collégialité avec les équipes paramédicales des services d'urgences et de pré hospitalier, les équipes de réanimation, de soins palliatifs, du comité d'éthique de l'établissement...**

## **Groupe de travail :**

### **Groupe de réflexion éthique de la SFMU :**

A. Armand (Angers)  
J. Bernard (Bry sur Marne)  
F. Carpentier (Grenoble)  
M. Douplat (Lyon)  
M. El Khebir (Beauvais)  
D. Hugenschmitt (Lyon)  
T. Leredu (Versailles)  
V. Meynier (Hopital Nord Marseille)  
M. Michaloux (Necker)  
D. Pateron (Saint Antoine)  
G. Potel (Nantes)  
MR Prouteau (Nantes)  
M. Provost-Sabardu (Nantes)  
M. Wargon (Saint-Denis)

### **Autres**

Cécile Jacquot (Versailles)

### **Membres SFAP (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs)**

A de La Tour  
C Fourcade  
O Mermet  
S Perruchio

**Membre CA SFMU :** Catherine Pradeau (Bordeaux)

### **Références :**

- [1] Hastre C., Lassaunière J.M., Couzineau A. *Patients en fin de vie à domicile et appel au SAMU. JEUR 2000 ; 13 : 205-210. )*
- [2] Burnod A., Devalois B. *Problématique préhospitalière face à une décision de limitation ou arrêt de traitement (LAT) chapitre 70, SFMU 2011*
- [3] Reignier J et al, *Limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence. SRLF, SFMU, 2018*
- [4] *Loi Léonetti n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie*
- [5] *Les principes de l'éthique biomédicale Beauchamp, Childress, Les belles lettres, 2008*
- [6] *Loi Léonetti-Clayes n°2016-87 du 2 février 2016*
- [7] *Les questions à se poser avant de mettre en place une sédation en situation palliative. Fiche repère SFAP - avril 2019- Informations et Recommandations : [www.sfap.org](http://www.sfap.org)*
- [8] HAS *Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ?*  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/app\\_164\\_guide\\_pds\\_sedation\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/app_164_guide_pds_sedation_web.pdf)
- [9] HAS- *Méthode d'élaboration des fiches mémo et des fiches pertinence- Guide méthodologique - Mise en ligne le 25 avr. 2016*

# Procédure d'aide à la décision de Limitation et Arrêt de Thérapeutiques lors d'une prise en charge en urgence

*A insérer dans le dossier médical  
Réévaluation régulière*

Date/Heure :     ... / ... / .....     ... : ...

## Le patient / La situation

Etat actuel			
Nom : .....		Prénom : .....	
Âge : .....			
Mode de vie :	Domicile <input type="checkbox"/>	EHPAD <input type="checkbox"/>	HAD <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> .....
Dossier médical sur place et/ou disponible :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Antécédents médicaux / Comorbidités notables :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, le(s)quel(les) : .....			
<input type="checkbox"/> Comorbidité(s) non sévère(s) stabilisée(s) :			
<input type="checkbox"/> 1 comorbidité sévère			
<input type="checkbox"/> >1 comorbidité sévère			
Troubles cognitifs :		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui : le(s)quel(s)	Sévères <input type="checkbox"/>	Peu sévères <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/> .....
Communication :	Possible <input type="checkbox"/>	Altérée <input type="checkbox"/>	Impossible <input type="checkbox"/>
Etat général :	Altéré <input type="checkbox"/>	Cachexie /dénutrition <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/> .....
Autonomie :	Complète <input type="checkbox"/>	Partielle <input type="checkbox"/>	Grabataire <input type="checkbox"/>
Pathologie actuelle : .....			
Gravité clinique/défaillance principale			
Neuro <input type="checkbox"/>	Respiratoire <input type="checkbox"/>	Hémodynamique <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/> .....
Eléments cliniques : .....			
Nature : Episode aigu intercurrent <input type="checkbox"/>		Dégradation de la maladie initiale <input type="checkbox"/>	
Quel(s) élément(s) sont pris en compte pour initier la réflexion de procédure de LAT ?			
- Pathologie aiguë motivant un appel d'urgence :			
<input type="checkbox"/> Irréversibilité à très court terme			
<input type="checkbox"/> Absence d'amélioration malgré un traitement actif			
- Apport des soins (à réfléchir à chaque étape) :			
<input type="checkbox"/> Niveau d'engagement thérapeutique discuté précédemment			
<input type="checkbox"/> Evolutivité de l'affection sous-jacente (aggravation, rapidité d'évolution)			
<input type="checkbox"/> Retentissement des soins engagés sur la qualité de vie, le devenir du patient			
- Avis d'un réanimateur pris sur indication à un transfert en réanimation/USC : .....			
- Autre(s) : .....			

# Discussion Collégiale (Patient/Proches/Soignants)

Recueil d'informations auprès du patient et des proches			
<b>Le patient est – il en capacité de formuler son avis ?</b>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, quel est-il ? .....			
<b>Existe-t-il des directives anticipées disponibles ?</b>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, quelles sont-elles ? .....			
<b>Personne de confiance si désignée présente ou joignable ?</b>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui : Nom ..... Prénom : ..... Lien : ..... N° tel : Qu'aurait souhaité le patient dans cette situation ? .....			
<b>Proches présents ou joignables ?</b>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui : Nom ..... Prénom : ..... Lien : ..... N° tel : .....			
<b>Patient sous tutelle / curatelle ?</b>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/> NSP <input type="checkbox"/>
Si oui : Nom ..... Prénom : ..... Lien : ..... N° tel : <b>Avis recueilli(s) :</b> .....			

## Décision collégiale de LAT (Soignants) :

Médecin responsable du patient (Nom et Fonction) :

Médecin(s) consultant(s) (Nom et +Fonction) :

Interne(s) / étudiant(s) hospitalier(s) (Nom et Fonction) :

Soignants de l'équipe paramédicale concertés/informés : Oui  Non

Pré hospitalier : Infirmier SMUR : Ambulancier SMUR : Soignants sur place

SP/Ambulance

Hospitalier : Infirmier SU : AS SU : Cadre :

## Principaux traitements à l'issue de la décision de LAT (non exhaustif) :

- Lesquels sont interrompus à l'issue de la décision ?

- Lesquels sont poursuivis ?

- Lesquels ne seront pas entrepris ?

- Quels traitements supplémentaires sont prescrits à l'issue de la décision de LAT ?

## Décision d'orientation :

Transfert en centre hospitalier  / Procédure LAT aux urgences

Transfert en réanimation ou USC sans restriction

Transfert en réanimation ou USC avec restriction

Transfert en service hospitalier conventionnel avec soins à visée curative (hors réanimation)

Transfert en service hospitalier conventionnel avec soins de confort

Maintien dans le lieu de vie (EHPAD / Foyer logement / Domicile), s'assurer de

Adhésion de l'entourage, des proches, du personnel du lieu de vie

Possibilités matérielles sur place

Relai soignants  Appui sur soignants relais si déjà en place (médecin généraliste IDE libéral(e) personnel de l'institution)

Organisation passage de soignants relais (HAD, équipes mobiles, pharmacien...)

## Transmission de la décision (Traçabilité dans le dossier) :

**Communication de la LAT**

Oui  Non

Médecin référent

Soignants non médicaux

Personne de confiance

Proches, entourage familial

**Personne à prévenir contactée :**

Oui  Non

Si oui : Nom ..... Prénom : ..... Lien : ..... N° tel :

Quelles informations souhaitées sur l'évolution de la

situation : .....

# Projet de soins en cas d'urgence

Décision de limitation et/ou arrêt des thérapeutiques		
Date/heure		
	Faire	Ne pas faire
RCP (Réanimation cardio pulmonaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intubation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventilation non invasive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oxygénothérapie masque haute concentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspiration trachéale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogues vaso-actives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voie veineuse périphérique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prélèvements sanguins veineux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prélèvements sanguins artériels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hydratation/Réhydratation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutrition parentérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perfusion par voie sous cutanée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticoagulation curative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticoagulation préventive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde naso-gastrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Réévaluation du niveau de soins (nouvelles données disponibles, évolution clinique ...)			
Médecin + Signature	Date + Heure	Poursuite de la procédure idem	Modification de la procédure

**Si modification(s) du niveau de soins avant transfert préciser :**

**Type :**

**Délai / lieu :**