

ITEM 140 : SOINS PALLIATIFS EN REANIMATION

- Taux de décès en réanimation = 15 à 25% selon les services et le recrutement, dont 50% suite à une décision de limitation ou d'arrêt de soins (décompensation d'affection chronique, pathologie aiguë irréversible, séjour prolongé en réanimation)		
Particularités	Danger immédiat ou patient inconscient	- Action sans prendre le temps de fournir des explications détaillées - Informations données dans un 2nd temps dès que possible
	Patient conscient mais « incompetent »	= Incapable de comprendre l'information donnée et d'exercer son libre choix - Prévenir et informer la personne de confiance et la famille proche
	Patient conscient et « compétent »	- Donner une information claire et loyale sur la situation et ce que l'on propose de faire - Respecter le choix du patient même en cas de refus, après l'avoir informé des conséquences d'un éventuel refus (sans obligation légale d'avoir « tout mis en œuvre pour le convaincre »)
Cadre réglementaire	Code de déontologie médicale (décret du 6 septembre 1995) : - Accompagnement d'un mourant et de son entourage : « accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et reconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer la mort. » - Prise en charge de la douleur : « soulager les souffrances de son malade, l'assister moralement et éviter toute obstination déraisonnable dans les investigations et la thérapeutique » Loi du 9 juin 1999 : garanti l'accès aux soins palliatifs à toute personne malade dont l'état le requiert, la personne restant libre de son choix de refus de tout traitement	
Moyens et mise en œuvre	Objectifs : traiter les symptômes responsables d'un inconfort, chercher à améliorer la qualité de la fin de vie et à rendre l'agonie la moins pénible possible - Bien communiquer : être sincère, manifester une présence compatissante, écouter sans se laisser distraire - Créer l'environnement propice : salle particulière, ne pas laisser la conversation aux internes, faire participer le personnel infirmier et les internes - Etre disposé à ne pas tout contrôler : manifester un malaise, ne pas savoir, permettre à la famille de donner le ton de la communication, savoir quand rassembler la famille - Faciliter les décisions en matière d'arrêt des soins : évoquer les souhaits du patient, inciter la famille à se souvenir de conversations avec le patient, se mettre à la place des membres de la famille, ne pas abandonner la prise de décision au patient et à la famille, ne pas craindre d'aider la famille à prendre une décision → Recours aux compétences spécifiques des membres d'une unité mobile de soins palliatifs si possible	
	Soins médicaux	- PEC de la douleur : morphinique, fréquemment associée à une sédation en réanimation - Interruption de la nutrition entérale ou parentérale - Hydratation réduite, en maintenant les muqueuses humides pour éviter l'inconfort - Soins de nursing (± avec participation de la famille) : toilette, soins de bouche, aspirations pharyngées ou trachéales, prévention anti-escarre, kinésithérapie passive
	Prise en charge de la souffrance morale du patient	→ Chez les patients conscients (non sédatisés) : peu fréquent en réanimation - Répondre aux questions du patient, sans anticiper, selon ce qu'il est émotionnellement capable d'entendre, en laissant le temps d'assimiler les informations données - Respect de la volonté du patient (s'il peut l'exprimer ou si elle est connue) = règle absolue - Prescription d'antidépresseur/anxiolytiques justifiée en cas de manifestations marquées
	Accompagnement de la famille	- Préparer la famille au décès proche et inéluctable, en bonnes conditions, avec empathie - Répondre aux réactions émotionnelles possibles : agressivité, repli sur soi, tristesse, dépression... - Création d'une intimité dans la chambre - Poursuite des soins (montrant que le patient n'est pas abandonné) - Encouragement de toute communication verbale ou non verbale - Entretiens répétés avec le médecin référent - Possibilité de rester avec le patient jusqu'à son décès - Proposer et faciliter le recours à un ministre du culte - Aide des bénévoles-accompagnants (surtout présent en réanimation pédiatrique) - Respect des rites ou rituels après le décès : participation à la toilette mortuaire si souhaité, recueillement dans la chambre, présence d'un ministre du culte... - Proposer un entretien ultérieur pour répondre aux questions de la famille et envisager un soutien psychologique si besoin

LIMITATION ET ARRÊT DES SOINS

→ 50% des décès en service de réanimation sont précédés par une limitation ou un arrêt des thérapeutiques actives

NON ADMISSION	= Refus d'admission en réanimation d'un patient, malgré des signes de gravité ou la nécessité de mise en œuvre de thérapeutique de suppléance vitale indiquant théoriquement un transfert en réanimation : - Espérance de vie à court terme réduite : pathologie grave évoluée avec faible probabilité d'efficacité des traitements (patient « moribond »), maladie sous-jacente de mauvais pronostic (hémopathie maligne ou cancer évolué en échappement thérapeutique, cirrhose décompensée...) - Défaillance vitale avec probabilité de décès particulièrement élevée - Qualité de vie préalable médiocre (patient grabataire) ou dont l'espoir d'une qualité de vie à l'issue de l'hospitalisation en réanimation est faible → Discussion au cas par cas, prenant en compte l'avis du patient et de son entourage
LIMITATION OU ARRÊT DES THERAPEUTIQUES ACTIVES (LATA)	- Limitation des thérapeutiques actives = maintien des soins en cours, sans escalade si la défaillance supplémentaire d'un organe survenait : « ne pas réanimer » en cas d'ACR, non instauration d'un nouveau traitement... - Arrêt des thérapeutiques actives = arrêt des thérapeutiques de support des fonctions vitales : ventilation mécanique, hémodialyse, perfusion de catécholamines... → A différencier d'un arrêt de soin : les soins d'hygiène, les soins de support, la sédation et l'analgésie sont maintenus
	Loi Leonetti du 5 avril 2005 - Patient avec un pronostic désespéré : maintenu en vie seulement par les techniques de réanimation - Qualité de vie à l'issue du séjour en réanimation ne paraissant pas acceptable : état végétatif, dépendance définitive de prothèses diverses, mutilation, perspective de traitements particulièrement longs, douloureux, dégradants... - De manière exceptionnelle chez un patient conscient exprimant lui-même un désir de mourir, demandant que les suppléances qui le maintiennent en vie soient interrompues - Cas particuliers : - Mort cérébrale : patient déclaré légalement mort, sans arrêt des supports vitaux permettant le maintien en attente d'un éventuel prélèvements d'organes - Réanimation néonatale : prise en compte de la qualité de vie future
	Mise en œuvre → Survenue plus ou moins rapide du décès du patient après arrêt des traitements - Arrêt de nutrition artificielle - Arrêt de ventilation : - Hypoventilation progressive : limite les mouvements de <i>gasp</i> et permet l'aspiration des sécrétions bronchiques - Extubation : situation de fin de vie non médicalisée - Sédation terminale (à dose permettant au patient en fin de vie d'être confortable) : antalgie par morphine ou dérivés, sédation par midazolam
	Procédure collégiale = Intègre de nombreux éléments, dont la synthèse doit être écrite dans le dossier médical : - Selon : - Mauvais pronostic de la maladie aiguë - Qualité de vie antérieure à la réanimation mauvaise - Qualité de vie estimée à l'issue de la réanimation mauvaise - Sur demande : du médecin, des directives anticipées, de la personne de confiance, des proches - Recherche de la volonté du patient : par des directives anticipées, par l'expression de sa volonté, par l'avis de la personne de confiance, par le témoignage de la famille ou des proches a défaut - Décision collégiale avec concertation avec l'équipe soignante et avis d'un médecin consultant indépendant de l'équipe de réanimation et sans lien hiérarchique → La décision doit être expliquée aux proches lors d'un entretien formalisé dans une salle d'entretien → Il n'est pas recommandé de faire porter aux proches le poids de la responsabilité de la décision
	Traçabilité = Dans le dossier médical : documentation précise et argumentée de toutes les discussions médicales, des décisions qui en ont découlé et des informations délivrées à la famille
	Gestion des conflits - Opposition de la famille à une décision de limitation ou d'arrêt thérapeutique active - Demande de la famille d'interruption des soins qui semblent illégitimes à l'équipe médicale - Désaccord au sein de l'équipe médicale