

FOCUS

**Loi du 22 Avril 2005
relative aux
« droits des malades
et à la fin de vie »**



FOCUS

Principe Général

« Interdiction de toute obstination déraisonnable »

« Poursuite d'une thérapeutique lourde à visée curative, alors qu'il n'existe aucun espoir réel d'obtenir une amélioration de l'état du malade et que cette thérapeutique entraîne parfois une prolongation de la vie du malade dans la souffrance »



La loi n° 2005-370 du 22 avril 2005

Patients atteints de maladie grave ou en fin de vie

- **Procédure de limitation ou d'arrêt du traitement** qui doit satisfaire à trois exigences :
 - **Élaborer de façon collégiale un projet de soins,**
 - **le respect de la volonté individuelle du malade** (information, consentement, directives anticipées, personne de confiance,,...),
 - **Assurer la continuité des soins**

Deux cas de figures

Cette loi incite les professionnels de santé et à prendre en compte la volonté de la personne et du patient en phase palliative (art. 3, 6, et 7)



**Patient encore
capable
d'exprimer sa
volonté...**

Patient en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable



- ◆ **Refus de traitement formulé par le patient**
- ◆ En dehors des situations d'urgences, le médecin respecte sa volonté après « l'avoir informé des conséquences de son choix. » (art 6).
- ◆ Refus et Décision sont tracés dans le dossier patient.

Patient en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable



- ◆ **Refus de traitement formulé par le patient**
- ◆ En dehors des situations d'urgences, le médecin respecte sa volonté après « l'avoir informé des conséquences de son choix. » (art 6).
- ◆ Refus et Décision sont tracés dans le dossier patient.

Patient non en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable

- ◆ En cas de refus de traitements jugés déraisonnables par le patient, et de vie mise en danger, le médecin doit :
- ◆ Informer le patient et s'assurer qu'il a compris les conséquences de sa décision. Tenter de le convaincre du maintien du traitement.
- ◆ Possibilité de faire appel à un autre Médecin.
- ◆ La décision du patient prise en compte que si elle est réitérée dans un délai raisonnable.
- ◆ Dans tous les cas le médecin dispense des soins dans le cadre d'une démarche palliative (art. 4).



Patient non en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable

- ◆ En cas de refus de traitements jugés déraisonnables par le patient, et de vie mise en danger, le médecin doit :
- ◆ Informer le patient et s'assurer qu'il a compris les conséquences de sa décision. Tenter de le convaincre du maintien du traitement.
- ◆ Possibilité de faire appel à un autre Médecin.
- ◆ La décision du patient prise en compte que si elle est réitérée dans un délai raisonnable.
- ◆ Dans tous les cas le médecin dispense des soins dans le cadre d'une démarche palliative (art. 4).



Deuxième situation

**Patient incapable
d'exprimer sa
volonté...
Procédure à
suivre**



La décision de limitation ou de l'arrêt d'un traitement relève de la responsabilité médicale



Rechercher la **volonté**
du patient afin de mieux
appréhender ce qui serait
acceptable pour lui en
terme de qualité de vie...



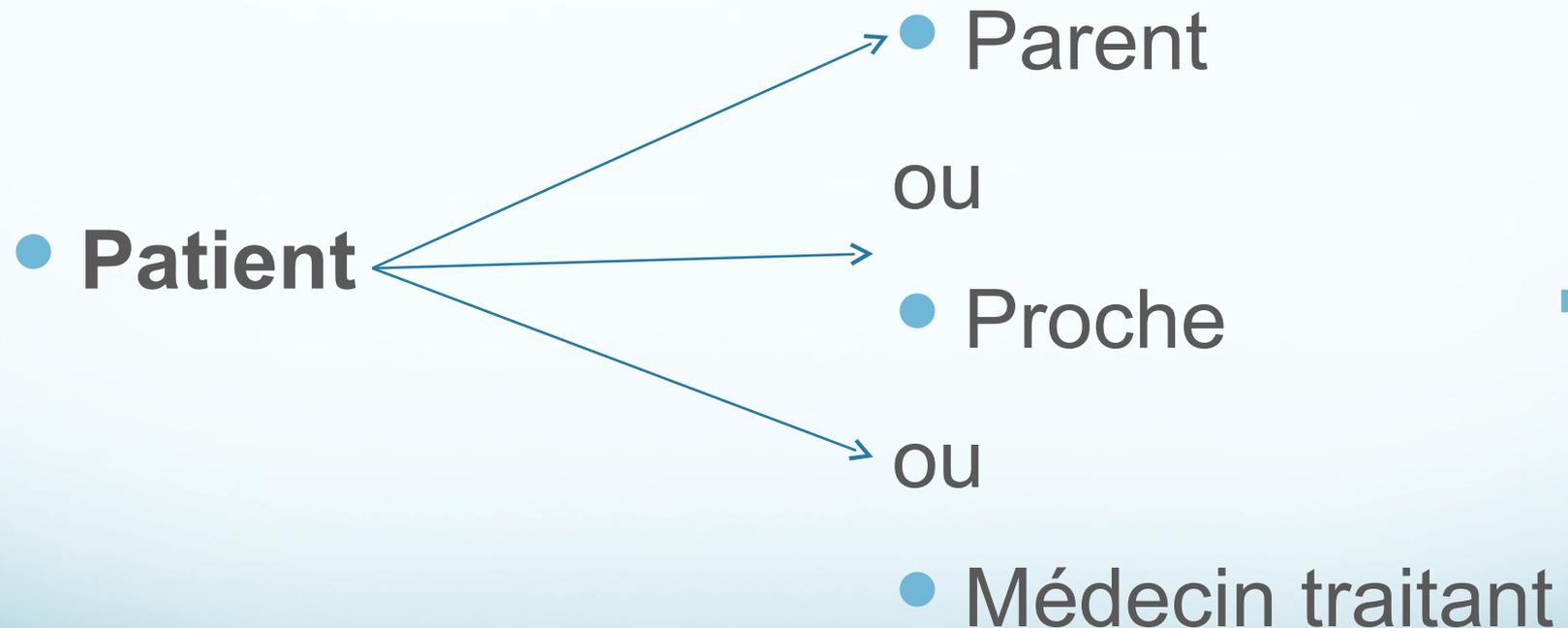
Directives Anticipées

- ❖ « Reprennent les souhaits de la personne, relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la limitation ou l'arrêt des traitement...
- ❖ Sont révocables à tout moment et établies moins de trois ans avant l'état d'inconscience de la personne.
- ❖ Le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement la concernant. » (article 7)

Personne de Confiance

- ◆ Désignée par le patient par écrit, révocable à tout moment.
- ◆ Doit accepter ce rôle et l'indiquer par écrit.
- ◆ Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.
- ◆ Doit être obligatoirement consultée avant toute décision d'arrêt ou de limitation d'un traitement chez un patient hors d'état de s'exprimer.
- ◆ Est l'interlocuteur principal du corps médical (art. 37 du code de déontologie)

Désignation de la personne de confiance



Unique

- ❖ Droit d'interrompre ou de ne pas entreprendre des traitements jugés « inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie » (art. 1 et 9) après collégialité concertation avec l'équipe de soins et sur l'avis motivé d'au moins un **médecin**, appelé en qualité de consultant
- ❖ S'inscrit dans le cadre d'un Projet de soins partagé avec le patient ou ses proches.



- ❖ Droit d'interrompre ou de ne pas entreprendre des traitements jugés « inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie » (art. 1 et 9) après collégialité, concertation avec l'équipe de soins et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant
- ❖ S'inscrit dans le cadre d'un Projet de soins partagé avec le patient ou ses proches





**Choisir le meilleur ou
« *moins mauvais* » chemin...**

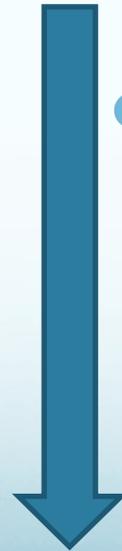
Origine et valeur de l'avis

Origine de l'avis

- Patient lui-même
- Directives anticipées
- Personne de confiance, famille

Valeur de l'avis

- Avis décisif
- Avis consultatif requis





- ◆ Devoir d'assurer dans tous les cas la continuité des soins et l'accompagnement de la personne (art.1,4, 6, 9)
- ◆ Devoir d'assurer une qualité de vie optimale en dispensant des soins palliatifs.
- ◆ la décision est inscrite dans le dossier médical (art 9).



- ❖ Devoir d'assurer dans tous les cas la continuité des soins et l'accompagnement de la personne (art.1,4, 6, 9)
- ❖ Devoir d'assurer une qualité de vie optimale en dispensant des soins palliatifs.
- ❖ la décision est inscrite dans le dossier médical (art 9).

Cours de la Maladie
Pathologie/Diagnostic
Etapes – Evolution
Pronostic vital
fonctionnel
Traitements (préventif, curatif, palliatif)

Etat actuel
Etat général :
- poids, escarres,
- Biologie (albuminémie ...)
Souffrances :
- physiques, psychologiques
- socio familiales
- existentielles
croynances socioculturelles, religieuses

Demandes / Attentes :
Personne malade (capacités mentales, DA, Personne confiance..), projets, valeurs
Entourage place auprès du malade, souffrances
Equipe soignante: connaissance du malade, souffrances, valeurs
projet de soins

**Intention/Bénéfices/Risques/
Quantitatif/qualitatif**

Grille de lecture

ALTERNATIVES

Données économiques

Données scientifiques

Lois

Déontologie Chartes

Principes éthiques

Valeurs morales et culturelles

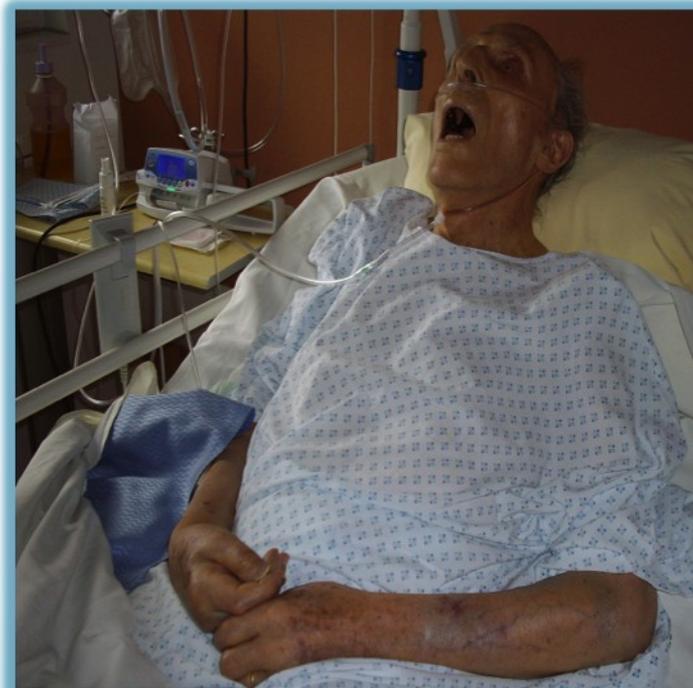
DELIBERATION/Pluridisciplinarité

DECISION

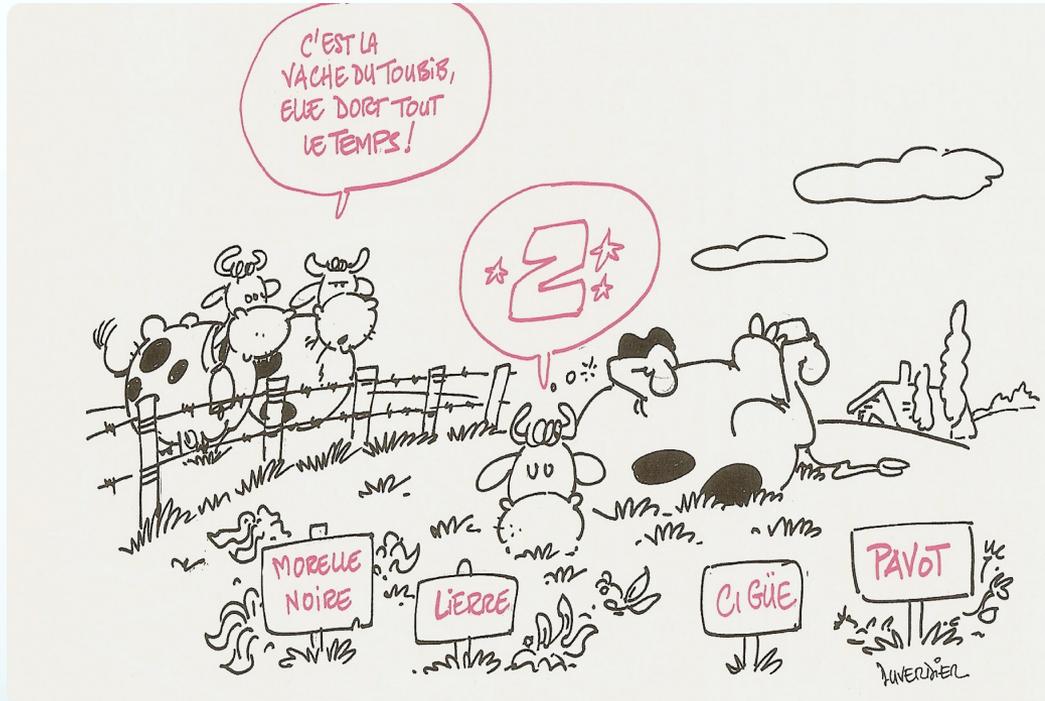
EVALUATION

Principe du double effet

- ◆ Affirme qu'un effet délétère d'une action, peut être acceptable s'il n'est pas intentionnel et s'il apparaît comme un effet secondaire d'une action bénéfique. (art. 2)
- ◆ Dilemmes éthiques devant des symptômes difficiles à supporter pour le patient peuvent nécessiter des traitements agressifs susceptibles d'accélérer une issue fatale.
- ◆ Décisions inscrites dans le dossier médical.



Le « double-effet »



**Attention à l'amalgame « double-effet »
et « double intentionnalité » !**

SÉDATION

Recherche par des moyens médicamenteux, d'une **diminution de la vigilance**, pouvant aller jusqu'à la perte de conscience,

But: diminuer ou faire disparaître la perception d'une **situation vécue** comme **insupportable** par le patient, alors que tous les moyens ont été mis en œuvre sans permettre d'obtenir le soulagement escompté par le patient.

La **sédation** (...) peut être appliquée de façon **intermittente, transitoire ou continue**.

Indications de la sédation

En phase terminale

- **Complications aiguës à risque vital immédiat**
hémorragies cataclysmiques (ORL, pulmonaire ou digestive) et détresses respiratoires asphyxiques
- Prévoir une prescription anticipée : PAP

En phase palliative

- **Symptôme réfractaire**
Sédation intermittente ou transitoire.

indications de la sédation

Situations spécifiques et complexes.

- Arrêts de ventilation assistée non invasive susceptible de maintenir en vie

SEDATION

Première intention : **Midazolam**

- Demi-vie courte (2 à 4 h) ; anxiolytique, hypnotique, amnésiant et myorelaxant
- titration individuelle dilution 1mg/ml
 - **Adulte**: Dose de départ 1mg toute les 2 à 3 mn IV, ou S/C
 - **Sujet très âgé ou fragilisé** 1 mg toutes les 5 à 6 minutes
- Jusqu'à l'obtention d'un score de 3 sur l'échelle de Rudkin.
- Entretenir la sédation dose horaire: 50% de la dose utile à l'induction (noter, dans le dossier du patient) IV ou S/C continu

Échelle d'évaluation de la sédation score de RUDKIN

Score Niveau de sédation

S0: Patient somnolent

S1: Somnolent facilement reveillable

S2: Somnolent éveillable par stimulation verbale

S3: Somnolent éveillable par stimulation tactile

Réalisation de la prescription

- ***Risque vital immédiat :***
 - L'infirmière applique la **prescription anticipée** de sédation (protocole de soin personnalisé)
 - Appeler ensuite le médecin qui est tenu de se déplacer ;
- ***Autres situations :***
 - Appeler le médecin

Evaluation de la sédation chez adulte

- toutes les **15 minutes** pendant la **première heure**, puis au minimum **2 fois par jour**.
- Adaptation de la posologie selon :
 - le degré de soulagement du patient ;
 - la profondeur de la sédation
 - chez l'adulte ; l'intensité des effets secondaires.

Modalités pratiques de la sédation

1. Conditions préalables :

- Connaissance du **stade évolutif de la maladie**, la sédation réserver à des patients en phase avancée ou terminale de leur maladie,
- Symptômes ou situations « extrêmes », « insupportables », « dramatiques » ou « réfractaires ».
- **Expérience** des équipes: formation, compétence en soins palliatifs des équipes , possibilité de verbaliser le vécu soignant d'une sédation au sein de groupes de parole

Clarifier **les intentions** de l'équipe

Modalités pratiques de la sédation

2. Information et consentement :

Information du patient doit être délivrée en tenant compte de ses capacités de compréhension

Envisager avec le patient les risques évolutifs éventuels de la maladie permet d'informer de la possibilité de sédation

Si le patient n'est pas en état d'exprimer sa volonté :

- le consentement et/ou les directives anticipées du patient doivent être recherchés
- la personne de confiance ou à défaut les proches doivent être consultés
- L'anticipation d'une sédation permet une information de la famille de meilleure qualité et permet de s'assurer du niveau de leur compréhension

Modalités pratiques de la sédation

3. Prise de décision

- **L'anticipation d'une sédation** procédure collégiale multidisciplinaire
- Clarification des intentions et des conflits dans l'équipe
- Traçabilité de la demande du patient, des réflexions
- Avant sédation prolongée, discuter la poursuite de la ou des suppléances artificielles éventuelles (y compris de la nutrition et de l'hydratation).

Modalités pratiques de la sédation

4. Mise en oeuvre de la sédation :

- La titration est privilégiée en première intention pour obtenir une sédation, avant de passer à une dose d'entretien
- Présence d'un médecin est recommandée lors de l'induction de la sédation
- Surveillance de la sédation : échelle d'évaluation de Rudkin
- Poursuite des autres traitements de confort, nursing
- Accompagner les proches durant la sédation .

Modalités pratiques de la sédation

Conditions préalables garantie d'une démarche cohérente entre la visée éthique et la mise en application de décision prise :

- 1° Quelle est la compétence de l'équipe ?
- 2° Quelles sont les conditions nécessaires à la réalisation de la sédation dans certaines structures ?
- 3° Comment la décision de sédation est-elle prise ?
- 4° Quelle est l'information donnée sur la sédation à l'équipe ?
- 5° Quelle est l'information donnée sur la sédation au patient ?
- 6° Quelle est l'information donnée sur la sédation aux proches ?
- 7° Quelles sont les modalités de la prescription ?
- 8° Quelle est la place de l'entourage ?

MISSIONS

- ⇒ Respect des choix du patient au centre de son projet de soin
- ⇒ Coordination entre les différents intervenants
- ⇒ Soutien et accompagnement des familles
- ⇒ Conseil et soutien des équipes soignantes dans leurs démarches
- ⇒ Soutien psychologique et groupes de parole pour les soignants
- ⇒ Organisation de réunions de concertation pluridisciplinaires à l'hôpital et au domicile
- ⇒ Formation des professionnels aux Soins Palliatifs et prise en charge de la douleur
- ⇒ Développement de la démarche douleur Soins Palliatifs

Loi du 9 Juin 1999 : droit d'accès aux soins palliatifs
Loi du 22 Avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie



L'Équipe Pluridisciplinaire Alpes maritimes Ouest De Saint Laurent du Var à Théoule sur mer

Dr Isabelle CASINI
Médecin Responsable

Hélène FERNANDEZ
Cadre Infirmier Supérieur Coordonateur

Médecins

Infirmier(e)s

Psychologues

Assistante sociale

Masseur Kinésithérapeute

Sophrologue

Secrétaires



Plateforme de
Soins Palliatifs
Alpes Maritimes Ouest

Traitement de la
Douleur

Accompagnement

Domicile - Institution

Tel : 04 93 09 50 50



TERDASP

Plateforme **T**erritoriale **R**éseau **D**ouleur **A**ccompagnement **S**oins **P**alliatifs
des Alpes Maritimes Ouest

« Faciliter la prise en charge du patient de l'hôpital au domicile »
« Faciliter l'accès aux soins d'accompagnement et de soutien »

Notre équipe intervient auprès de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive et en phase palliative.

La prise en charge de la douleur et du confort sont nos priorités.

- ⇒ Evaluer les besoins des patients et de leur entourage
- ⇒ Préserver la meilleure qualité de vie possible pour le patient
- ⇒ Proposer des réponses adaptées, concertées et rapides
- ⇒ Accompagner les proches
- ⇒ Conseiller et soutenir la démarche de l'équipe soignante
- ⇒ Faire le lien entre l'hôpital et le domicile

Vous pouvez faire appel à notre équipe pour :

- ⇒ Une demande d'aide et d'organisation au retour ou au maintien au domicile
- ⇒ Une demande de suivi en consultation
- ⇒ Des conseils et un soutien afin de prévenir les inconforts et soulager la douleur
- ⇒ Une prise en compte des besoins psychologiques, sociaux et spirituels dans le respect de la dignité de la personne soignée
- ⇒ Une réflexion éthique et une aide aux décisions
- ⇒ Un soutien relationnel
- ⇒ Un suivi de deuil

POUR NOUS CONTACTER

**Du Lundi au Vendredi
9H–17H**

Tel : 04 93 09 50 50

Fax : 04 93 09 50 53

E-mail : emsp-sih06@wanadoo.fr

Centre Hospitalier de Grasse
Bât E1

« Les Chênes verts »
Chemin de Clavary
06135 GRASSE

« Quelque soit le lieu de vie »

PÔLE

« Douleur Accompagnement Soins Palliatifs »



**La construction du Pôle « Douleur Accompagnement Soins Palliatifs »
au Centre Hospitalier d'Antibes.
Livraison Avril 2013.**



Plateforme **T**erritoriale **R**éseau **D**ouleur
Accompagnement **S**oins **P**alliatifs
Alpes Maritimes Ouest

Du Lundi au Vendredi
Secrétariat 9H—17H

Tel : 04 93 09 50 50

Fax : 04 93 09 50 53

E-mail : terdasp06@wanadoo.fr

***Coordinatrices joignables en dehors de ces heures par
les professionnels***

