

SAMU
13



LATA EN RÉGULATION

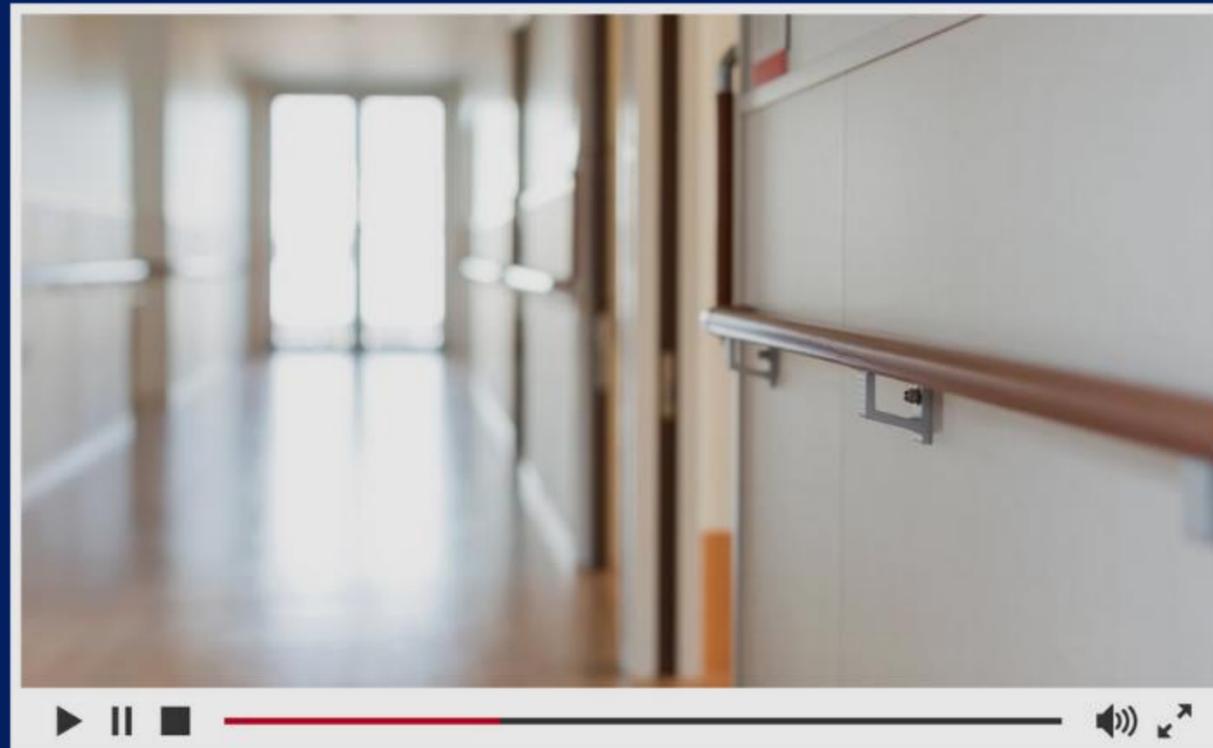
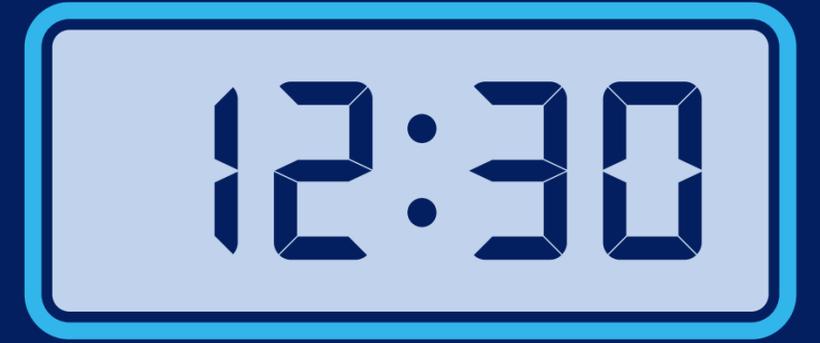


Dr Adela Mahboubi - Responsable Régulation Médicale SAMU 13 - APHM
Dr Vanessa Meynier - Référente Ethique - Hôpital Nord - APHM - Board Ethique SFMU

Centre Pénitentiaire de Marseille

Entrée
Personnel





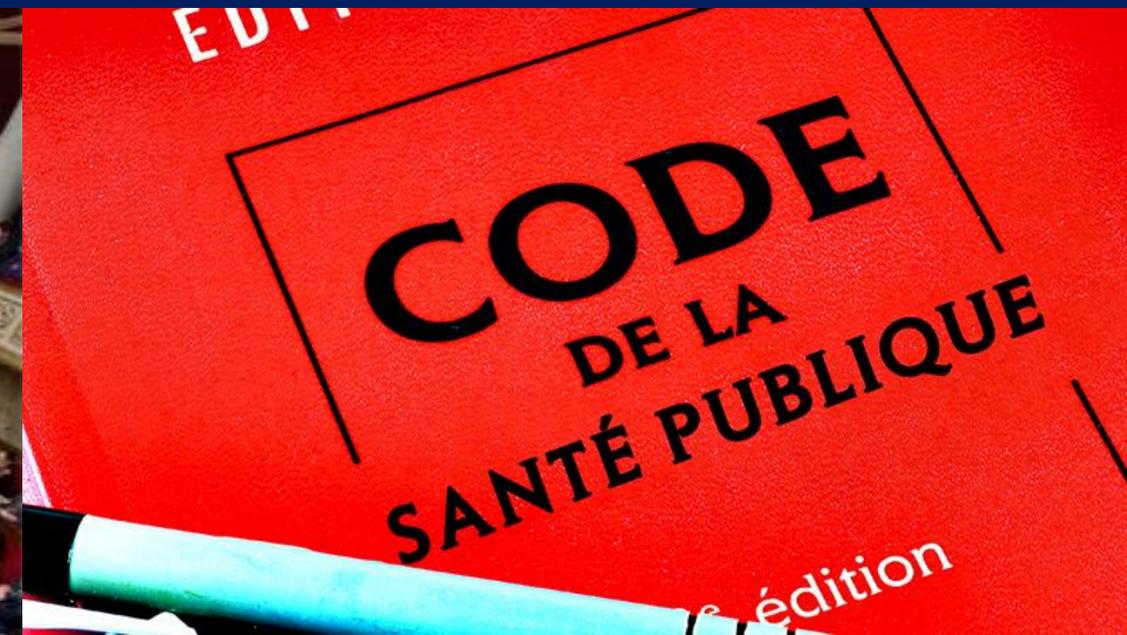


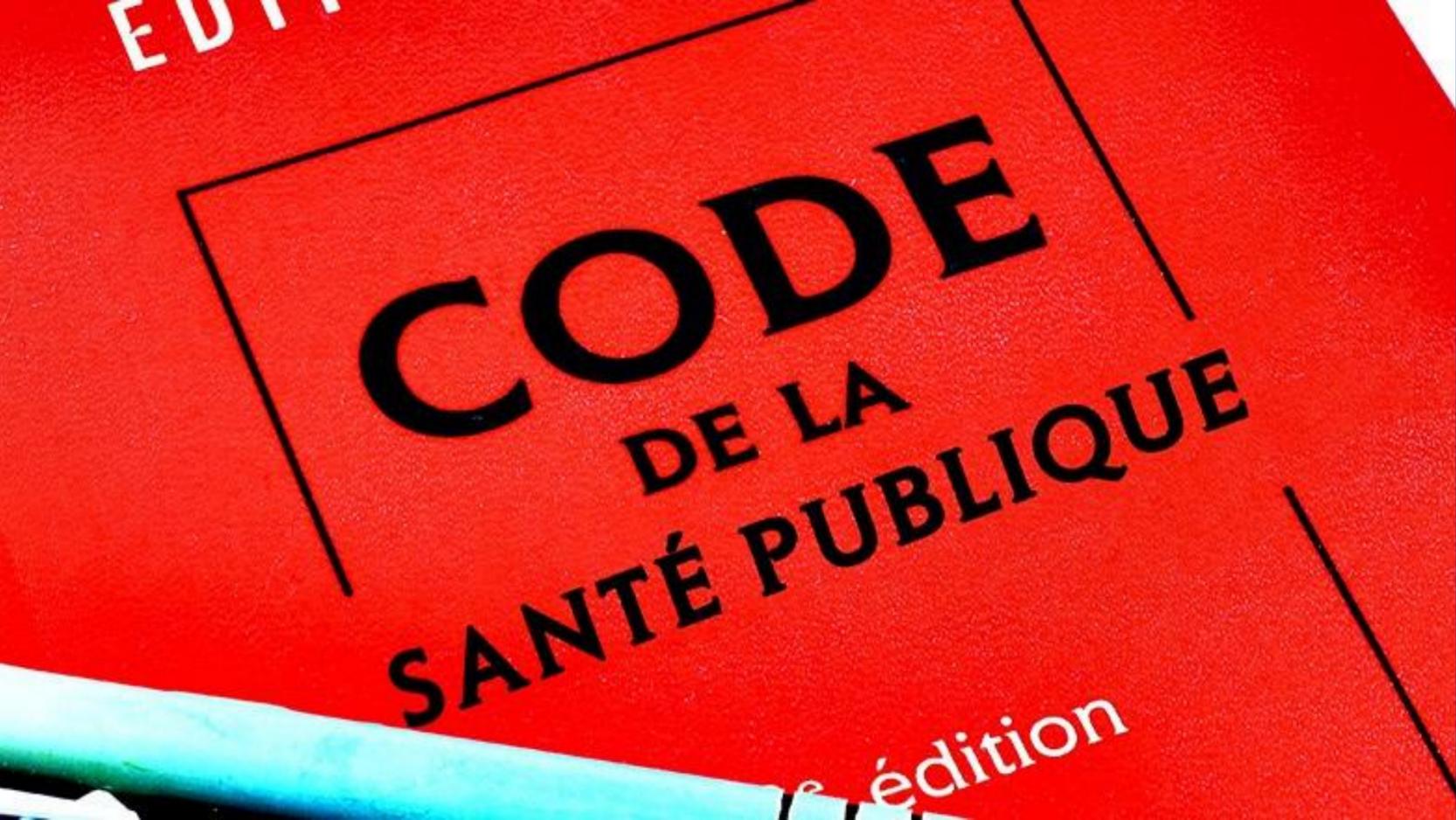
CADRE LEGAL, DEONTOLOGIE ET RECOMMANDATIONS

CADRE LEGAL

«TOUTE PERSONNE A LE DROIT D'AVOIR UNE **FIN DE VIE DIGNE ET ACCOMPAGNÉE DU MEILLEUR APAISEMENT POSSIBLE DE LA SOUFFRANCE**. LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ METTENT EN ŒUVRE TOUS LES MOYENS À LEUR DISPOSITION POUR QUE CE DROIT SOIT RESPECTÉ.»

LOI CLAYS-LEONETTI / ARTICLE 1





ART L1110-5-1

Les actes mentionnés à l'article [L. 1110-5](#) ne doivent pas être mis en œuvre ou poursuivis lorsqu'ils résultent d'une **obstination déraisonnable**. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés [...], ils peuvent être **suspendus ou ne pas être entrepris**, [...], à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire.

ART L1111-4

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès **ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale** [...] et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la **personne de confiance** [...] ou, à défaut la **famille ou les proches, aient été consultés**. [Elle] est inscrite dans le dossier médical.



Affirmations fortes



Limitation et Arrêt des Thérapeutiques

Ce que c'est :

- Arrêt d'une PEC déjà débutée
- Arrêt de l'escalade thérapeutique
- Non initiation de traitement

Dans quelles conditions ?

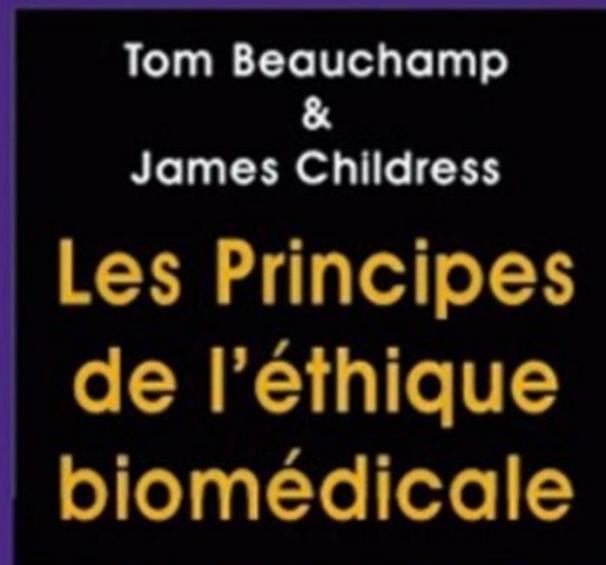
- Situation aiguë ou chronique
- Dans le respect des recommandations éthiques et législatives

Ce que ce n'est pas :

- Arrêt des soins

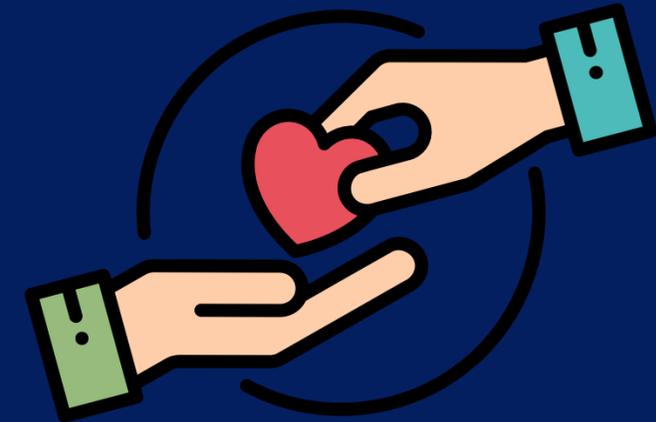


Ethique et Santé : Quel paradigme en France ?



ETHIQUE APPLIQUEE :

- Ethique médicale
- Bioéthique



PRINCIPIISME :

- Ethique = réflexion distanciée née d'un conflit entre des valeurs formalisées selon 4 principes
 - Principe d'Autonomie
 - Principe de Bienfaisance
 - Principe de Non Malfaisance
 - Principe de Justice

COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE AVIS 139



. La personne malade ne doit jamais pâtir de l'incapacité des soignants et de l'entourage à comprendre et accepter que le projet curatif est déraisonnable. Il est essentiel pour les soignants d'**apprendre à ne pas faire** dans certaines situations de soins, au seul motif que l'on sait faire.

la « procédure collégiale » doit toujours consister en un processus délibératif 42 et ne pas être réduite à sa dimension procédurale.

! AVIS139

Questions éthiques relatives
aux situations de fin de vie :
autonomie et solidarité

Procédure collégiale

Quand ?

- ? sur le niveau de soin + Patient inapte
- Refus d'application des DA

Comment ?

1. Recherche de la **volonté du patient**
2. **Consultant extérieur**
3. **Réunion de concertation avec l'ensemble de l'équipe**
 - Partage d'informations
 - Analyse de la situation médicale
 - Confrontation des points de vue
 - Recherche d'alternatives
4. **Décision finale : Médecin référent**

⚠ La procédure collégiale vise à réfléchir collectivement et à recueillir différents avis, elle ne vise pas à obtenir nécessairement un consensus : il s'agit d'une PROCÉDURE collégiale et non d'une DÉCISION collégiale.

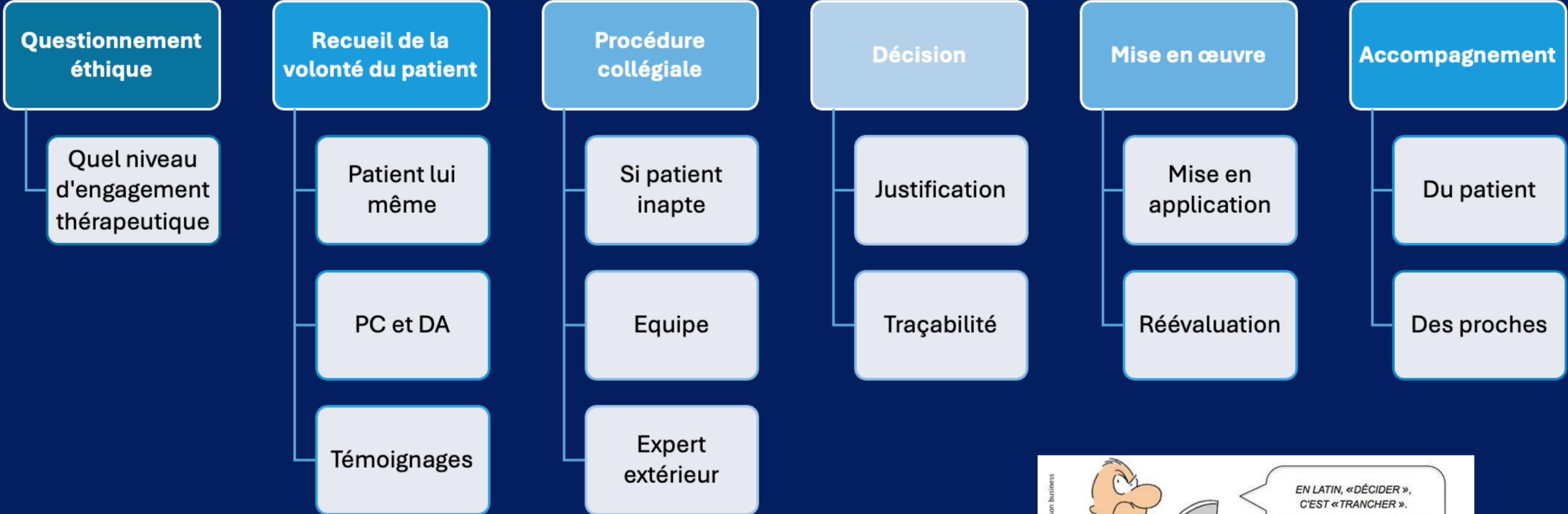


FOCUS SUR

La procédure collégiale

La procédure collégiale est une modalité de concertation imposée par la loi dans des situations spécifiques de fin de vie. Elle précède la prise de décision du médecin responsable du patient. La procédure collégiale permet de mener une réflexion collective, réunissant plusieurs professionnels de disciplines différentes, afin d'éviter que des situations d'obstination déraisonnable se produisent ou perdurent. Elle permet également d'éviter toute décision médicale solitaire ou arbitraire, c'est-à-dire dépendante du jugement d'un seul professionnel.

Etapes d'une décision de LAT



Difficultés liées à la médecine d'Urgence



Limite des DA opposables :

- *Art R4127-37-1 du CSP* - Loi Laeys Leonetti
- « En cas d'**urgence vitale**, l'application des DA **ne s'impose pas** pendant le temps nécessaire à l'évaluation complète de la situation médicale. »



Décider en situation d'incertitude

- Difficultés de la **PDS**
- Incertitudes liées à la **pathologie** / au **patient**



Temporalité spécifique des urgences :

- Maladie
- Patient
- Soignant





Recommandations de pratiques professionnelles portant sur la gestion d'un appel pour suspicion d'arrêt cardiaque dans un centre d'appel d'urgence

Question 1 : Chez l'adulte suspect d'arrêt cardiaque préhospitalier, est-ce que des éléments disponibles dès l'appel permettent au régulateur de décider de ne pas initier la RCP ?

R5.1 - Les experts proposent qu'en cas d'AC préhospitalier chez l'adulte, le régulateur peut décider de ne pas faire initier de RCP s'il a, dès l'appel, des éléments en faveur :

1. de présence d'une lésion mortelle évidente ou de mort irréversible (rigidité cadavérique, lividité cadavérique, putréfaction, décapitation, ...) avec l'adhésion de l'appelant à cette décision ;
2. ou des directives anticipées formalisées et/ou une décision médicale claire et certaine de ne pas réanimer avec l'adhésion de l'appelant à cette décision (exemple : directives anticipées du patient notées dans l'espace numérique de santé « *Mon espace santé* ») ;
3. ou devant l'association de plusieurs facteurs pronostiques défavorables et avec l'adhésion de l'appelant à cette décision ;
4. ou d'un danger immédiat pour l'intégrité physique du/des témoin(s) (réel ou perçu) ;
5. ou d'un refus par le(s) témoin(s) de suivre les gestes de RCP guidés par téléphone ;
6. ou d'une incapacité (physique ou psychologique/émotionnelle) du témoin à entreprendre les gestes de réanimation.

AVIS D'EXPERTS

MAIS

**NATURE DE L'AC
L'ÂGE
LE CAD
MEDICAP
COMORBIDITÉS SÉVÈRES
AUTONOMIE
NO-FLOW**

Question 2 : Chez l'adulte suspect d'AC préhospitalier, est-ce que des éléments disponibles dès l'appel permettent au régulateur de décider de ne pas envoyer de secours ?

R5.2 - Les experts proposent qu'en cas d'AC préhospitalier chez l'adulte, le régulateur peut décider de ne pas envoyer de secours s'il a, dès l'appel, des éléments en faveur :

1. de présence d'une lésion mortelle évidente ou de mort irréversible (rigidité cadavérique, lividité cadavérique, putréfaction, décapitation, ...) avec l'adhésion de l'appelant à cette décision ;
2. ou des directives anticipées formalisées et/ou une décision médicale claire et certaine de ne pas réanimer avec l'adhésion de l'appelant à cette décision (exemple : directives anticipées du patient notées dans l'espace numérique de santé « Mon espace santé ») ;
3. ou devant l'association de plusieurs facteurs pronostiques défavorables et avec l'adhésion de l'appelant à cette décision.

AVIS D'EXPERTS

MAIS

**RETENTISSEMENT SUR
L'ENTOURAGE?**

RÉDACTION CERTIFICAT ?

COLLEGIALITE ?

FIABILITE ?



Question 3 : Chez l'adulte suspect d'AC préhospitalier, est-ce que des éléments disponibles dès l'appel permettent au régulateur de décider d'arrêter une RCP ?

R5.3 - Les experts proposent qu'en cas d'arrêt cardiaque préhospitalier chez l'adulte, le régulateur puisse demander l'arrêt de la RCP s'il a, dès l'appel, des éléments en faveur :

1. de présence d'une lésion mortelle évidente ou de mort irréversible (rigidité cadavérique, lividité cadavérique, putréfaction, décapitation, ...) avec l'adhésion de l'appelant à cette décision ;
2. ou des directives anticipées formalisées et/ou une décision médicale claire et certaine de ne pas réanimer avec l'adhésion de l'appelant à cette décision (exemple : directives anticipées du patient notées dans l'espace numérique de santé « *Mon espace santé* ») ;
3. ou devant l'association de plusieurs facteurs pronostiques défavorables et avec l'adhésion de l'appelant à cette décision.

En dehors de ces situations, une évaluation médicale de la situation sur place est préférable pour décider de l'arrêt de la RCP.

AVIS D'EXPERTS

MAIS

**RETENTISSEMENT SUR
L'ENTOURAGE?**

RÉDACTION CERTIFICAT ?

COLLEGIALITE ?

FIABILITE ?



UTOPIE VS. REALITÉ





200,000 units are ready, with a million more well on the way

DMF

LE DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ

Madame MAHBOUBI ADELA

264 Rue SAINT PIERRE 13005 Marseille 5e Arron...

Me déconnecter

MES PATIENTS

PARAMÉTRAGES

[→ Besoin d'aide ?](#)

Accès par la carte Vitale

> Lire la **carte Vitale**



Accès par matricule INS

Identifiant

Rechercher

Accès par critères d'identité

Aucun patient ne vous a autorisé à accéder à son DMP.
Vous pouvez lire une carte Vitale ou rechercher un patient par matricule INS.

DÉCISION DANS L'URGENCE

TEMPORALITÉ RÉDUITE







POURQUOI



POUR QUI



**DE QUEL
DROIT**



DIRECTIVES ANTI

prénom) :

à :

mes directives anticipées pour le cas où je serais un jour hors d'état de manifester ma volonté.

ventuellement bénéficier des traitements suivants à entreprendre ou à refuser :

Respiratoire (une machine qui remplace ou qui aide ma respiration) :

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Cardiaque (en cas d'arrêt cardiaque: ventilation artificielle, massage cardiaque) :

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Arrêt cardiaque (effectué au moyen d'une sonde placée dans l'artère aortique) :

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non





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



2,3%



Contents lists available at ScienceDirect

Resuscitation

journal homepage: www.elsevier.com/locate/resuscitation



EUROPEAN
RESUSCITATION
COUNCIL

Clinical Paper

Out-of-hospital cardiac arrest in the elderly: A large-scale population-based study[☆]



11,4%

TV/FV DEVANT
TEMOINS

SURVIE ACR EXTRA HOSPITALIER > 90 ANS



21%

REDACTION DIRECTIVES ANTICIPÉES > 75 ANS
(2019)





**N'ESSAIE PAS.
FAIS-LE.
OU NE LE FAIS PAS.
MAIS IL N'Y A
PAS D'ESSAI.**



MERCI POUR VOTRE ATTENTION