

ANTICIPER en SP

Connaissance de ses propres
capacités professionnelles et
humaines et de celles de l'équipe

Incertitude et arguments

- Connaissance des pathologies du malade
- Connaissance des extensions de la maladie
- Discussion avec son patient et ses proches sur leur projet et leurs craintes
- Révèle un avenir possiblement difficile mais qui ne surviendra pas obligatoirement.

Directives Anticipées

- **Connaissance de la Loi Leonetti-Claeys du 17 mars 2015:**

« *Art. L. 1111-11.* – Toute personne majeure et capable peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment la volonté de la personne relative à sa fin de vie visant à refuser, à limiter ou à arrêter les traitements et les actes médicaux.

« Elles sont révisables et révocables à tout moment. Elles sont rédigées selon un modèle unique dont le contenu est fixé par décret en Conseil d'État pris après avis de la Haute Autorité de santé. Ce modèle prévoit la situation de la personne selon qu'elle se sait ou non atteinte d'une affection grave au moment où elle rédige de telles directives.

« Elles s'imposent au médecin , pour toute décision d'investigation, d'actes, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation. Si les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées, le médecin doit solliciter un avis collégial . La décision collégiale s'impose alors et est inscrite dans le dossier médical. »

Rédaction de la Fiche SAMU-Pallia

- Chaque Territoire de santé a réalisé la sienne. La CARESP proposera un modèle régionale.
- Permet une pédagogie de la PEC: remplie lors de la sortie à domicile d'un patient ou par le MG à domicile.
- La fiche est gardée à domicile, envoyée au SAMU voire centralisée par l'EMSP.
- Sert lors d'une urgence avec un médecin ou un soignant qui ne connaît pas le patient

FICHE DE LIAISON (SAMU PALLIA 56)

1*

Nom - Prénom du patient : _____ N(e) le : _____

Adresse : _____

Médecin généraliste : _____

Médecin spécialiste : _____

HAD : OUI NON _____

IBE : _____

2*

Personne de confiance : OUI NON

Si oui, précisez : _____ Lien de parenté : _____

Personne à contacter : 1 : _____ Lien de parenté : _____

2 : _____ Lien de parenté : _____

3*

Directives anticipées du patient :

Lieu de conservation de celle-ci avec accord du patient :
 Dans le classeur de liaison Dans le dossier médical
 Auprès de la famille Auprès du médecin traitant

En cas d'aggravation Intransfert-souhaité : OUI, précisez le lieu _____
 NON, possibilité d'appeler : _____
 Non renseigné _____

Lit de repli formalisé : NON OUI, précisez le lieu _____

DATE : le _____ Signature du patient : _____ du Médecin référent :

4*

Pathologies :

Symptômes dominants associés : _____

Prise en charge palliative

5*

Dernière prescription :

Date : / /

Médicament	Posologie	Matin	Soir	Midi	Voie	Commentaire

6*

Protocoles anticipés :

Médecin contacté : _____

Date : / /

Symptôme	Traitement	Posologie	Voie	Commentaire

DATE : le _____ Signature du patient : _____ du Médecin référent :

Les principales complications

- **Hémorragie:** 10% des patients atteints d'un cancer avancé
- **Dyspnée asphyxique:** 30 à 75% des patients en phase terminale ont des troubles respiratoires
- **Agitation terminale:** 13 à 50% selon les études
- **Crise épileptique:** 30% des patients atteints d'une tumeur cérébrale primaire, 20% avec métastases cérébrales et 2% sans métastases cérébrales
- **Hypercalcémie maligne:** 10 à 20% des patients atteints d'un cancer avancé, parmi lesquels 50 à 75% présentent des métastases osseuses
- **Syndrome de la veine cave supérieure:** Environ 3% des cancers pulmonaires et 8% des lymphomes
- **Compression médullaire:** 3-10% des patients atteints d'un cancer

Autres complications prévisibles

- **Décompensation pathologie préexistante :**
AOMI, diabète
- **Fracture** spontanée sur lésion cancéreuse ou sur chute (cancer du sein, de la prostate, du poumon et bronchique, de la thyroïde, du rein)
- **Rétention aiguë d'urine** de cause iatrogène, sur constipation, sur compression (K gynéco, prostate...)
- **Occlusion aiguë:** vomissements, douleur (cancer digestif: rectum, colon, grêle, bilio-pancréatique)

La Sédation

- À la demande du patient d'éviter toute souffrance et de ne pas prolonger inutilement sa vie , une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt de l'ensemble des traitements de maintien en vie , est mise en œuvre dans les cas suivants :
 - 1° Lorsque le patient atteint d'une affection grave et incurable et dont le pronostic vital est engagé à court terme présente une souffrance réfractaire au traitement
 - 2° Lorsque la décision du patient atteint d'une affection grave et incurable d'arrêter un traitement engage son pronostic vital à court terme .

La Sédation

- Qui endort-on? Le malade, la famille, la fatigue des soignants, la mort?
- Quelle est l'intention du prescripteur: euthanasier, éviter la perception psychologique d'une situation insupportable?
- Est-ce possible dans de bonnes conditions éthiques et de PEC à domicile?