

## Fiche de synthèse des situations de fin de vie en réanimation

### Arrêt des traitements avec extubation (avec décès certain dans les suites de l'arrêt)

- **entretien avec le patient** (recueil du consentement aux soins...et de tous les autres éléments nécessaires à la discussion) ou les proches si le patient ne peut pas consentir
- **discussion collégiale** (médecins-soignants-avis extérieur à la prise en charge) et **décision**
- information du patient et des proches, temps spécifique pour **expliquer la décision et sa mise en œuvre**, les traitements arrêtés ou maintenus, les soins effectués, répondre à une proposition / proposer un don d'organe de type DDAC Maastricht 3.
- compléter la **fiche LATA**
- prise en charge palliative (accompagnement du patient, des proches, rencontre avec le psychologue, l'EMSP)
- **poursuite des soins** de nursing, envisager des **soins de confort** (massages, positions...)
- arrêt ou **adaptation de la surveillance** (scope, alarmes)
- reconsidérer les différentes entraves (cathéter artériel, câbles d'ECG, contentions, barrières, SNG, SpO2...)
- patch de **scopolamine** (quelques heures avant, au mieux 24 h), **arrêt de la nutrition entérale** 4 heures avant
- sédation-analgésie dans l'heure précédant l'extubation, posologies initiales variables selon les cas

- **sans facteur de risque\*** de morbidité associée à la fin de vie : **2 médicaments**

Sufentanil (SUFENTA) 250 µg/50 ml						
Poids idéal	40	50	60	70	80	90
entretien en ml/h	1,5	2	2,5	3	3,5	4
bolus en ml	1,5	2	2,5	3	3,5	4

Midazolam (HYPNOVEL) 50 mg/50 ml						
Poids idéal	40	50	60	70	80	90
entretien en ml/h	2	2.5	3	3.5	4	4.5
bolus en ml	2	2.5	3	3.5	4	4.5

- **avec un ou plusieurs facteurs de risque** de morbidité : **3 médicaments**

#### Facteurs de risque :

- jeune âge (< 70 ans)
- absence de comorbidités
- état non ou pauci-défaillant

Même procédure +

Propofol						
Poids idéal	40	50	60	70	80	90
entretien en ml/h	8	10	12	14	16	18
bolus en ml	2	2.5	3	3.5	4	4.5

- extubation, évaluation clinique immédiatement après et adaptation de l'analgésie-sédation
- constater le décès
- contact informel avec les proches juste après le décès, et s'il y a lieu, proposer suivi et consultation dédiée

### Arrêt des traitements avec interruption d'une autre suppléance vitale

- si l'arrêt implique, pour le patient, des douleurs, un inconfort, une détresse respiratoire, ou d'en « être le témoin » (donc s'il ne débute pas par une perte de conscience ; par ex : arrêt VNI, arrêt de l'O<sub>2</sub> haut-débit...) : c'est la même procédure (sédation –analgésie)
- autres cas (arrêt des amines, d'une assistance circulatoire, arrêt d'une réanimation au cours d'un ACR) : **sédation-analgésie non impérative (mais possible)**

### Arrêt des traitements. patient communiquant

- **entretien avec le patient** (recueil du consentement aux soins...et de tous les autres éléments nécessaires à la discussion) ou les proches si le patient ne peut pas consentir
- **décision du malade** (plusieurs entretiens nécessaires, laisser un temps de réflexion)
- information du patient et des proches simultanément ...
- *suite identique en insistant sur la qualité de la prise en charge palliative puisque le patient « aura un vécu » de cette période de fin de vie*

### Echec des traitements conduisant à arrêter une suppléance vitale

- dès le moment où on pense le décès comme inéluctable, **même si l'arrêt thérapeutique est la conséquence d'un échec et non pas d'une décision de LATA**, les mêmes soins de fin de vie sont mis en œuvre. Ce n'est pas un arrêt thérapeutique au sens du terme LATA, mais des traitements sont interrompus et des symptômes sont attendus, c'est pourquoi on peut et il faut pratiquer les mêmes soins de fin de vie.
- **une particularité** : si l'échec thérapeutique mène à une **mort encéphalique**, les traitements de suppléance d'organe ne seront pas arrêtés avant l'évocation du don d'organe

### Arrêt des traitements sans certitude de décès imminent

- soins de confort
- relais à prendre par l'EMSP (équipe la plus qualifiée pour garantir la qualité de fin de vie sur un temps long)

*\*L'arrêt thérapeutique avec extubation est très souvent pourvoyeur de signes physiques respiratoires ou « signes agoniques » : râles, bruits liés à l'encombrement des voies respiratoires, tirage, balancement thoraco-abdominal, sialorrhée, apparition de traits marqués au visage, gasps, coloration grisâtre des téguments... Ils arrivent très vite après l'extubation et sont presque toujours mal ou très mal vécus par les proches.*

*Il faut prendre en compte ce risque de difficultés (du patient ou des proches) pour adapter au mieux la prise en charge. Ces difficultés sont plus fréquentes dans certains cas (âge < 70 ans, absence de comorbidités, peu de défaillance vitale). Dans ce cas, il faut adapter les posologies et les choix de sédatifs ou d'analgésiques, au cas par cas et selon l'appréciation de l'équipe soignante et des proches. En pratique cela signifie qu'on pourra titrer et augmenter les posologies prévues, dès le début des traitements (donc avant l'extubation), et il faudra éventuellement ajouter un sédatif plus maniable comme le propofol.*