



# Livret de fin de vie et LAT en réanimation

Réanimation médicale

Hôpital Saint-André

CHU de Bordeaux

Leila Sagel, Tanguy Pynaert, Olivier Guisset

# Introduction

En France : **70%** de la population décède à l'hôpital dont la moitié dans les services de réanimation  
(Nancy Kentish-Barnes- Mourir à l'hôpital-Seuil-2008)

En 2014, les décisions de LAT concernaient 14% des patients de réanimation dont 54 % décèdaient.  
(O. Lesieur , M. Leloup, F. Gonzales, M.-F. Mamzer and EPILAT study group. Withholding or withdrawal of treatment under French rules : a study performed in 43 intensive care units. *Annals of Intensive Care*, 2015.)

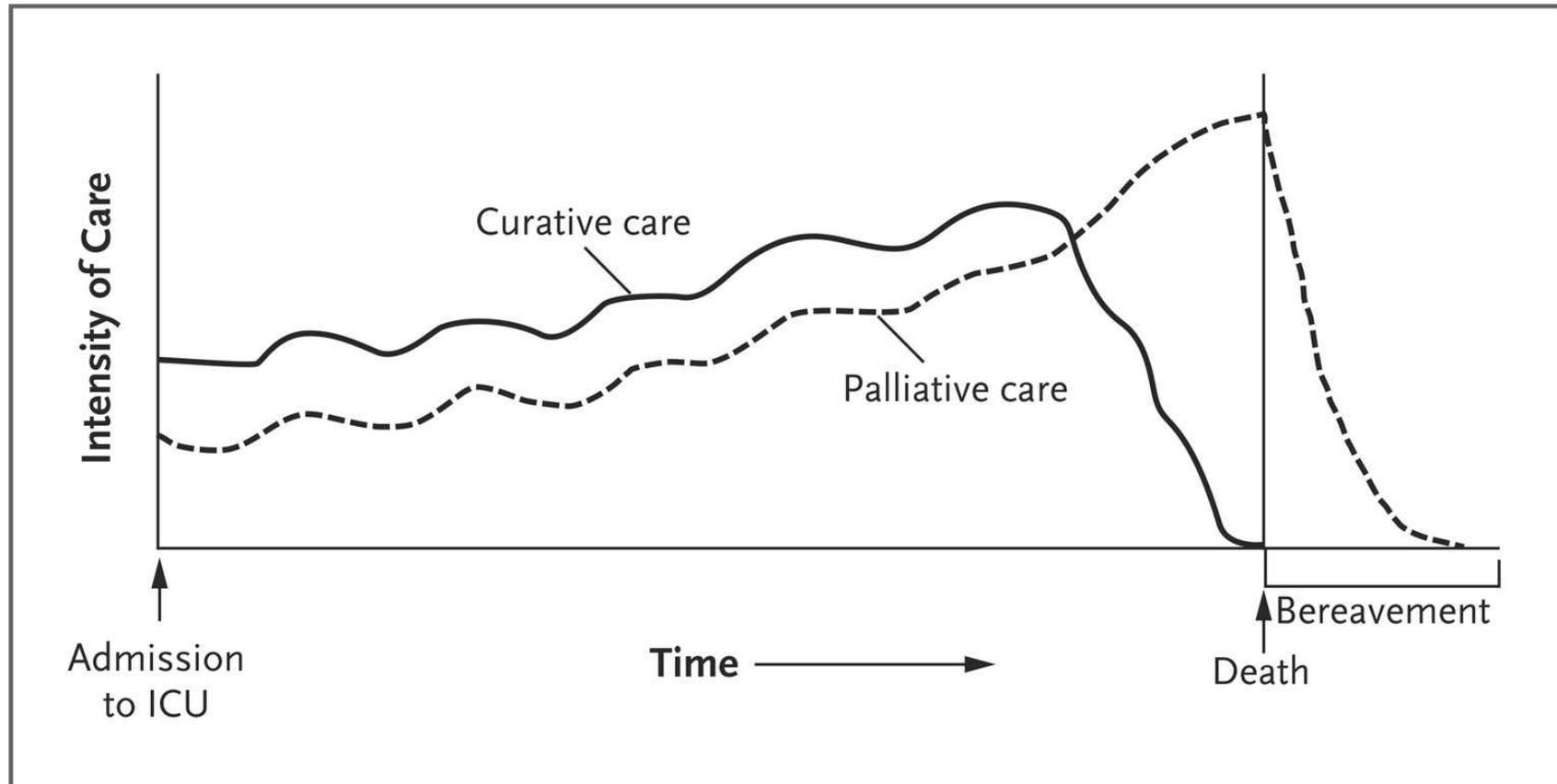




C·H·U

Hôpitaux de Bordeaux

# Fin de vie en réanimation



Curative and Palliative Approaches to Care throughout a Critical Illness.

Cook D, Rocker G. N Engl J Med 2014;370:2506-2514



# Lois et fin de vie

3 textes de lois majeurs

## Loi du 9 juin 1999

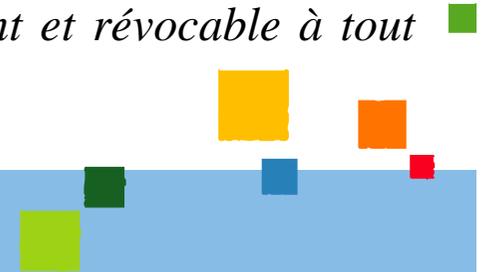
- Accès aux soins palliatifs

*soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale, visant à soulager des douleurs physiques et de la souffrance psychologique sociale et spirituelle.*

## Loi Kouchner, 4 mars 2002

- Codécision (patient/médecin)
- Respect du souhait du patient
- Personne de confiance

*désignée par le patient pour l'accompagner dans ses décisions médicales. Elle sera consultée au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté (document écrit, signé par le patient et révoquant à tout moment)*





Hôpitaux de Bordeaux

# Lois et fin de vie

## Loi Léonetti , 22 avril 2005

- Pas d'Obstination déraisonnable

*Poursuite des traitements actifs apparaissant inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le maintien artificiel de la vie*

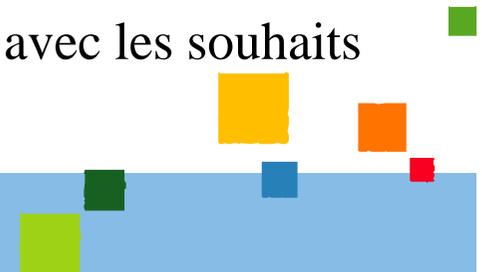
- Renforce Personne de confiance

- Directives anticipées

*Document écrit, daté, signé recueillant les volontés quant aux soins médicaux souhaités ou non en cas d'incapacité à exprimer sa volonté*

- Développement soins palliatifs

- Processus décisionnel : collégial, pluridisciplinaire et en accord avec les souhaits du malade.





Hôpitaux de Bordeaux

# Fin de vie en réa : LAT

Selon les recommandations SRLF 2001 réactualisées en 2009.

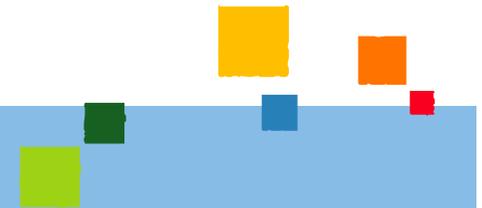
## □ Limitation thérapeutique :

→ non optimisation d'un ou de plusieurs traitements des techniques de suppléance d'organe assurant un maintien artificiel de la vie

→ prévision d'une non optimisation ou de non instauration d'un ou de plusieurs traitements en cas de nouvelle défaillance d'organe, même si le maintien artificiel en vie pourrait peu en dépendre

## □ Arrêt thérapeutique :

→ interruption d'un ou de plusieurs traitements dont des techniques de suppléances d'organe assurant jusqu'alors le maintien de la vie





Hôpitaux de Bordeaux

# Fin de vie en réa : LAT

Décision argumentée, raisonnée, raisonnable et après un consensus pluridisciplinaire

**Patient et processus de décision de limitation ou d'arrêt des traitements (LAT) au regard de la loi du 22 avril 2005**

Patient apte à consentir	Patient inapte à consentir
<p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><b>Possibilité de refus de traitement du patient</b></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><b>Responsabilité du médecin en charge d'assurer les meilleures conditions de réflexion au patient :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Dispenser une information exhaustive sur les bénéfices et les risques de la stratégie proposée</li><li>- Instaurer un dialogue approfondi</li><li>- S'assurer de la parfaite compréhension des enjeux par le patient</li><li>- Faire intervenir un tiers extérieur si besoin</li><li>- Respecter un délai de réflexion suffisant</li></ul>	<p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><b>Possibilité de LAT à la condition de mettre en œuvre la procédure de réflexion collégiale</b></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><b>Responsabilité du médecin en charge dans la prise de décision (co-responsabilité du chirurgien pour le patient chirurgical) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Assurer une concertation avec l'équipe médicale, paramédicale en charge du patient</li><li>- Consulter la personne de confiance, la personne référente, la famille ou à défaut les proches</li><li>- Rechercher d'éventuelles directives anticipées</li><li>- Solliciter un avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant</li></ul>
<p><b>Dans tous les cas :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Soins de confort et respect de la dignité du patient</li><li>- Accompagnement des proches</li><li>- Traçabilité des différentes étapes du processus décisionnel</li></ul>	



# Fin de vie en réa : LAT

## **Synthèse des principes de réflexion et de décision de limitation ou d'arrêt des traitements**

**En amont de la réflexion concernant le niveau d'engagement thérapeutique :**

- 1. Etablir un projet thérapeutique régulièrement réévalué**
- 2. Noter dans le dossier les éléments anamnestiques, cliniques et évolutifs du patient**
- 3. Prévoir un espace de communication et de réflexion au sein de l'équipe**
- 4. Diffuser un livret d'accueil et assurer la qualité d'accueil auprès des proches**
- 5. Prévoir un temps d'information et de communication avec les familles**

**Lors de la réflexion concernant le niveau d'engagement thérapeutique :**

- 1. Responsabilité du médecin, garant des bonnes pratiques**
- 2. Initiation de la réflexion par toute personne impliquée dans la prise en charge du patient (y compris le patient, la personne de confiance, la personne référente ou les proches) en cas d'évidence ou de suspicion d'obstination déraisonnable**
- 3. Procéder à une réflexion collégiale en cas d'inaptitude du patient à consentir**
- 4. Prévoir deux niveaux de réflexion (concernant d'une part la décision, d'autre part ses modalités)**
- 5. Intégrer les souhaits exprimés par le patient, directement ou non, dans la réflexion**
- 6. Impliquer la personne de confiance ou, à défaut, la personne référente ou les proches**
- 7. Diffuser un livret de fin de vie**
- 8. Appeler obligatoirement un médecin consultant, extérieur à l'équipe**
- 9. Traçer des étapes du processus décisionnel en intégrant la traçabilité des modalités d'application et des modalités d'accompagnement du patient et de la famille.**



C·H·U

Hôpital de Bordeaux

# Fin de vie en réa : LAT

6. **Argumentation**
7. **Décision**
8. **Notification dans le dossier**
9. **Application de la décision**
  - 9.1. **Primauté des mesures de confort et des soins palliatifs**
    - 9.1.1. **Situations de fin de vie nécessitant une sédation**
    - 9.1.2. **Conditions de mise en œuvre d'une sédation en fin de vie en réanimation**
    - 9.1.3. **Modalités de sédation envisageables selon la situation**
  - 9.2. **Cas particulier de l'arrêt du support ventilatoire**
    - 9.2.1. **L'extubation « première »**
    - 9.2.2. **L'arrêt de la ventilation mécanique**
  - 9.3. **La limitation ou l'arrêt des apports (hydratation et nutrition artificielle)**
10. **Accompagnement du patient et de ses proches**
11. **Transfert des patients dont les traitements de suppléance vitale ont été limités ou arrêtés**
12. **Formation**
13. **Evaluation des pratiques et recherche clinique**
14. **Textes de références**
  - 14.1. **Textes légaux**
  - 14.2. **Textes de réflexion et recommandations**
  - 14.3. **Etudes**
15. **Annexe 1 : Guide d'aide à la réflexion collégiale concernant le niveau d'engagement thérapeutique**
16. **Annexe 2 : Fiche de Décision de limitation ou d'arrêt des traitements**

# La réanimation, un lieu particulier



- 8 lits de réanimation médicale (3IDE/ 2AS)
- 6 lits de soins de surveillance continue (1IDE/ 1AS)
- Effectif médical + paramédical = 60 personnes
- 486 patients admis en 2014  
Moyenne d'âge des patients en réanimation : 59 ans  
20 % de décès  
Durée moyenne de séjour : 6 jours

Pathologies: insuffisance respiratoire aiguë, choc septique, insuffisance rénale aiguë, hémorragies digestives, intoxications médicamenteuses graves chez **des patients présentant des comorbidités** (IRC O2 dépendant, I. cardiaque, Immuno déprimés, cancers)





Hôpitaux de Bordeaux

# Accueil des familles, des proches

- Entretien dans les 24h par le médecin senior et l'IDE
- Horaires de visite : 14h30 à 23h
- Information précoce, processus continu (communication proactive)
- Qualité de l'information (explications claires et compréhensibles), temps accordé et lieu spécifique (salle de réunion)
- Explication de l'éthique de l'équipe, de la notion d'obstination déraisonnable
- Recueil de la **personne de confiance** et de la **personne référente** → *personne de l'entourage du patient désignée, de manière consensuelle (patient, famille, équipe médicale) pour recueillir les informations le concernant et les transmettre au reste de son entourage. Ceci permet d'améliorer la qualité des informations transmises.*

Service de réanimation médicale

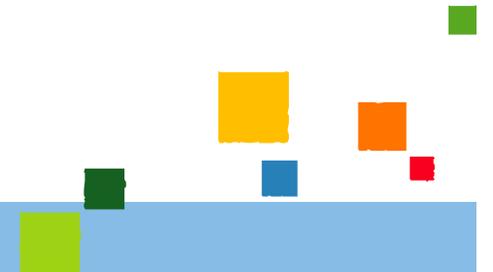




Hôpitaux de Bordeaux

# Staff et LAT

- Création il y a une **vingtaine** d'années
- **Hebdomadaire** : mardi 14h30 à 16h, équipe du matin participe au staff, l'IDE présente les patients de son secteur
- **Pluridisciplinaire** : médecins, internes, externes, aides soignantes, infirmiers, étudiants, kinésithérapeutes, IADE, cadre IDE, diététicienne, assistante sociale, médecins consultants extérieurs
- **Libre échange et Discussion collégiale** de l'évolution des patients, de leurs problématiques éthiques et des décisions de limitation ou d'arrêt thérapeutique, avec recherche de consensus, recherche d'un avis médical extérieur au service
- **Décision de LAT évolutive** :
  - Triage avant admission
  - Réévaluation quotidienne
  - Feuille nominative (traçabilité)





C.H.U.  
Hôpitaux de Bordeaux

# TRACABILITE

étiquette

## aide à la décision éthique

feuille n°

IGS<sub>2</sub> :

- affections chroniques grevant le pronostic
- cancer ou hémopathie
  - insuffisance respiratoire
  - insuffisance cardiaque
  - insuffisance rénale
  - maladie neurologique
  - troubles cognitifs ou psychiatriques
  - autres handicaps

mortalité prédictible  
< 30: < 10% 30: 40% 60: 70%  
70: 65% 80: 50% > 100: > 90%

staff pluri professionnel du rapporteur :

Synthèse de l'état clinique - Problématiques  
  
le patient pose un problème éthique :  oui  non

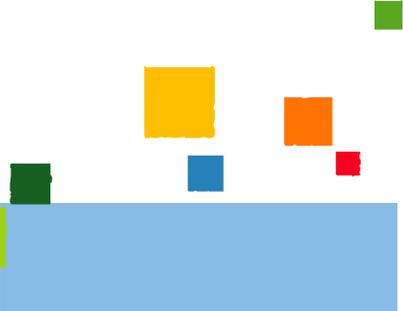
	OUI	NON	NSP
l'âge (réel ou physiologique) est très avancé			
l'autonomie antérieure était limitée			
le pronostic de l'affection chronique est réservé			
un traitement palliatif spécifique est en cours (pas de traitement curatif)			
les troubles psychiatriques/cognitifs sont incompatibles avec le traitement proposé			
le patient a exprimé un refus de soins			
l'entourage suspecte un achèvement thérapeutique			
la durée de la réanimation d'attente a été suffisante			
le nombre de défaillances a augmenté au cours de l'hospitalisation			
tous les examens nécessaires ont été réalisés			
l'inconfort physique/moral du patient est majeur			
la qualité de vie après la réanimation risque d'être altérée			

Objectifs fixés à l'issue du staff

### Niveaux de Limitation et Arrêt des Thérapeutiques

- LAT niveau 0 (aucune limitation de soins)
- LAT niveau 1 (pas d'adrénaline, pas de MCE, pas d'EER)
- LAT niveau 2 (LAT 1 + pas d'intubation si RS ou VNI, pas d'introduction/augmentation d'amines)
- LAT niveau 3 (LAT 2 + pas de nouveau traitement en cas de pathologie intercurrente)
- LAT niveau 4 (arrêt thérapeutique)

Niveau de LAT :





Hôpitaux de Bordeaux

# Niveaux de LAT en réanimation

**LAT niveau 0** (aucune limitation de soins)

**LAT niveau 1** (pas d'adrénaline, pas de MCE, pas d'EER)

**LAT niveau 2** (LATA1 + pas d'intubation si RS ou VNI, pas d'introduction/augmentation d'amines)

**LAT niveau 3** (LATA2 + pas de nouveau traitement en cas de pathologie intercurrente)

**LAT niveau 4** (arrêt thérapeutique)

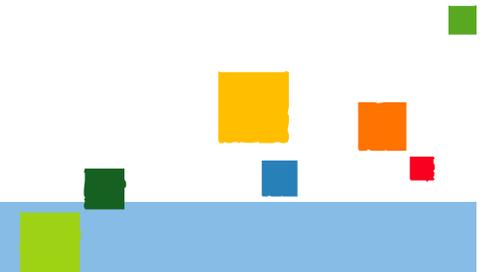
**20% de mortalité en réanimation dont 78 % de patients en LAT**  
**50% d'entre eux = LAT 4 de première, seconde ou troisième intention**



Hôpitaux de Bordeaux

## Difficultés à mettre en place une démarche palliative en réanimation

- **Paradoxe** entre un corps techniqué (déshumanisation) et l'approche corporelle en fin de vie (care)
- **Organisation différente** dans la prise en charge (ouverture des horaires 24h/24h, fréquence de la surveillance clinique moindre, présence des proches, participation des proches pour les repas ou massages ou encore toilette mortuaire, **adaptation** des soins de confort selon la volonté du patient)
- Source de stress pour les soignants
  - ✓ Nombre de LAT dans le service
  - ✓ Investissement émotionnel important
  - ✓ Retard de prise de décision
  - ✓ Difficulté de communication dans l'équipe
  - ✓ Altérité (culture, religions, traditions, éducation,...)
  - ✓ Divergences au sein des familles



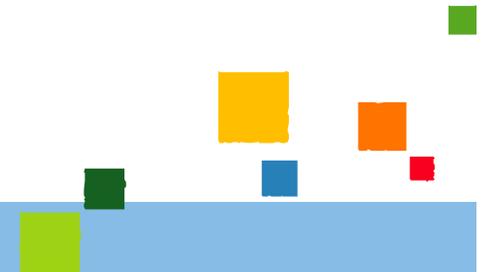


Hôpitaux de Bordeaux

## 1995-2005: La SRLF encourage vivement réflexion et recherche sur la fin de vie

- Identifier les situations sans espoir de guérison et les traitements prolongeant artificiellement la vie
- Interrompre ou ne pas entreprendre les traitements vains tout en continuant à soigner
- Encourager les études épidémiologiques (descriptives, déductives, quantitatives), des études qualitatives (concepts), des études interventionnelles
- Formation continue: apprendre à communiquer et à informer. Partager les expériences, les rôles, les interactions et les perspectives.
- Engager précocement un processus d'information et de libre communication avec les familles

**Groupe FAMIREA**

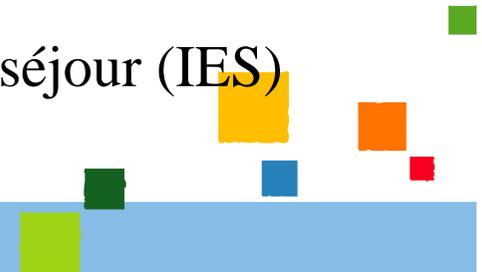




Hôpitaux de Bordeaux

# Groupe FAMIREA (1997- ...)

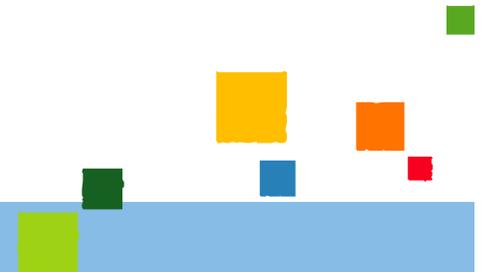
- Évaluation multicentrique de la situation des proches en terme d'information et de participation aux décisions médicales
- Datas habituelles malades - services de réanimation - CHU/CHG, RP/Province
- Information - Compréhension (Diagnostic, Pronostic, Traitements)
- Satisfaction (CCFNI)
- Prévalence Anxiété –dépression (HADS)
- Impact d'un livret d'accueil
- Souhaits population générale désignation et participation
- Souhaits participation soins-décisions soignants et proches
- Information par junior-senior
- Prévalence état de stress post traumatique 3 mois après le séjour (IES)
- Impact d'une conférence et d'un livret après le décès



# Groupe FAMIREA

## Résultats

- Que l'évaluation montrent des résultats inattendus à priori.
- Que ces résultats permettent une modification des pratiques souvent simple (conférence, livret)
- Que ces modifications peuvent considérablement changer le devenir des proches et améliorer la qualité globale des soins





Hôpitaux de Bordeaux

# Proches des patients en fin de vie en Réa

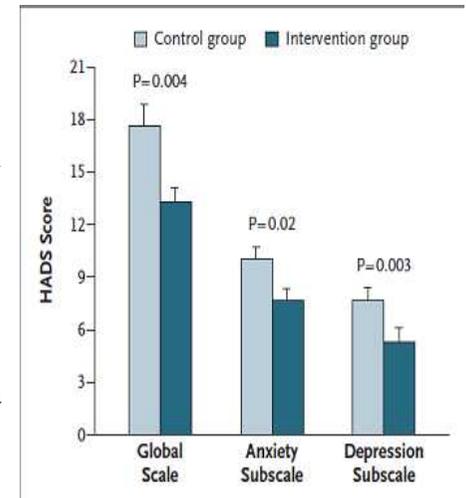
## Impact hospitalisation d'un patient en réanimation sur les proches/famille

- symptômes anxieux 70% (Pochard, Family stress in the intensive care unit, Crit Care Med 2001)
- symptômes dépressifs 35% (Pochard, Family stress in the intensive care unit, Crit Care Med 2001)
- symptômes de stress-post-traumatique 33% (Azoulay, Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care, AJRCCM 2005)

**Etude CAESAR** : étude sur la communication lors de fin de vie en réanimation (41ème congrès SRLF 2013, Kentish-Barnes, Azoulay)

- Besoin d'une information empathique, adaptée à leur situation
- Maintien du lien affectif avec le patient mourant, continuer à le prendre en charge
- Accompagnement autour du décès, les proches préparés au décès sont dans la capacité de donner un sens à la mort, les non préparés expriment des regrets

**A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU : A. Lautrette, E.Azoulay, NEJM 2007.**



**Figure 2.** HADS Scores in the Two Randomized Groups.

The median HADS score was 11 (range, 8 to 18) in the intervention group versus 17 (range, 11 to 25) in the control group (P=0.004). With a cutoff of 8 for each of the subscales, symptoms of anxiety and depression were less common in the intervention group (anxiety, 25 patients [45%], vs. 35 [67%] in the control group;



Hôpitaux de Bordeaux

# Création Livret

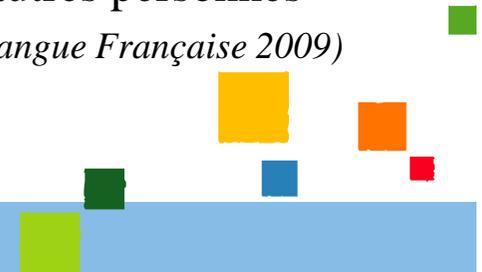
- RMM de 2013 : annonce de décès auprès des familles en réanimation + accompagnement
- Questionnaire soignants : prise en charge des familles lors d'un décès + proposition de participation aux soins (avril 2013).
- Etude prospective sur trois mois (juillet → septembre 2013) : questionnaire soignants devant tous les décès en réanimation.
- Création d'un livret de fin de vie (bibliographie, rédaction, mise en forme) de 2013 à 2014 et validation de communication du CHU en août 2014
- Mise en circulation en novembre 2014
- Questionnaire soignants : connaissance du livret en avril 2015 (à 6 mois de mise en place) et ressenti sur son utilisation
- Etude prospective de cinq mois (de avril à août 2015) : questionnaire soignants ayant participé à la remise du livret



Hôpitaux de Bordeaux

# Le livret de fin de vie

- **Objectif principal** → améliorer notre accompagnement des familles
  - ✓ horaires 24h/24h
  - ✓ participation aux soins
  - ✓ proposition d'un culte religieux
  - ✓ entretiens
  - ✓ donner du sens
- **Objectifs secondaires** → aider les soignants, préparer la famille au décès proche, expliquer le processus de fin de vie, de décès, les soins prodigués dans le service et la prise en charge en chambre mortuaire, les démarches administratives, aborder la notion de deuil ...
- « Aucune procédure ne changera jamais le fait que la relation de l'équipe au patient et à ses proches est indéfectiblement la relation de personnes singulières à d'autres personnes singulières » (*Actualisation des Recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française 2009*)





# Remise du livret

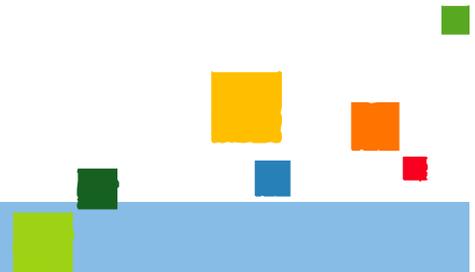
Le livret est donné par le médecin lors d'un entretien formel accompagné de l'infirmière et de l'aide soignante.

Il est donné dans un contexte de fin de vie avec décès attendu généralement suite à une décision de LAT.

Il est remis en premier lieu à la personne de confiance et la famille.

Explications sur le contenu et le déroulement de la fin de vie (arrêt des traitements médicamenteux, horaires de visite, accès à la chambre, culte, gasps ...)

Lors de l'accompagnement la famille est invitée à participer à certains soins (toilette, massage, repas, capiluve, toilette mortuaire...)



**Pôle médecine urgences**

Service de réanimation médicale

# La fin de vie en réanimation

[www.chu-bordeaux.fr](http://www.chu-bordeaux.fr)



**CHU**

Hôpitaux de  
**Bordeaux**

■  
Un membre de votre famille ou un de vos amis est hospitalisé en réanimation. Un médecin prévient le *référént* et/ou la *personne de confiance* que son état s'aggrave sans espoir d'amélioration.

Ce livret d'accompagnement a été conçu pour vous aider à traverser cette épreuve. Il ne se substitue pas au lien humain établi entre vous et notre équipe. Nous sommes également à votre disposition pour vous rencontrer, répondre à vos questions.

Vous pouvez solliciter un médecin afin qu'il vous accorde un entretien, selon ses disponibilités.

En effet, malgré tous les soins et traitements mis en place le plus rapidement possible pour soutenir les fonctions vitales, il arrive parfois que cela ne suffise pas.

L'état de votre proche maintenant se dégrade et aucun traitement supplémentaire ne peut plus améliorer son état de santé. Les médecins vous préviennent alors rapidement de l'aggravation de l'état de votre proche et de sa mort attendue.

L'équipe médicale peut se poser la question d'une *limitation* ou d'un *arrêt des thérapeutiques* qui n'auraient pour effet que le prolongement artificielle de la vie de votre proche.

La loi Léonetti du 22 avril 2005, permet de respecter les droits des patients en fin de vie. Elle a pour but d'éviter l'*acharnement thérapeutique* (ou encore appelé l'*obstination déraisonnable*).

La loi stipule l'obligation de soulager la douleur, de respecter la dignité du patient et d'accompagner ses proches. Le médecin a recherché des éléments (directives anticipées, avis des proches, de la famille et du médecin traitant), permettant de connaître la volonté de votre proche et de la respecter.

L'arrêt thérapeutique est une décision médicale. Cette démarche se fait toujours de façon collégiale et en toute transparence, en prenant en compte vos attentes.

La prise en charge se poursuit alors en se recentrant sur des *soins de confort*, voire des *soins palliatifs* auxquels si vous le souhaitez vous pouvez participer (aide aux repas, massages).

## Les soins palliatifs...

... sont des soins prodigués dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive et/ou terminale. Leurs objectifs sont de **soulager les douleurs physiques** ainsi que les autres **symptômes d'inconfort, les souffrances psychologique, sociale et spirituelle**.

Certaines situations complexes nous amènent parfois à faire intervenir en réanimation l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP). Une équipe multidisciplinaire qui agit auprès du patient ou de ses proches. Nous pouvons vous proposer un soutien avec le psychologue de cette équipe si vous en exprimez le besoin sur rendez-vous.

Les soins palliatifs aident à accompagner le patient dans un déroulement de fin de vie le plus naturel possible, ce qui peut aller jusqu'à enlever des supports techniques devenus inutiles comme l'hémodilution (rein artificiel) ou le respirateur (respiration artificielle) dans le cadre d'un arrêt thérapeutique.

## Si votre proche est croyant...

... des représentants de plusieurs cultes religieux, présents au sein de l'hôpital Saint-André, peuvent être contactés à votre demande ou celle de votre proche (catholique, juif, musulman et protestant).

## La fin de vie

En accord avec les médecins, les horaires de **visites sont autorisés 24h/24** si vous le souhaitez. Vous pouvez être auprès de votre proche autant de temps que vous le souhaitez. Toutefois afin d'effectuer les soins dans le respect de la confidentialité, de la dignité et de la pudeur, nous serons amenés à vous faire patienter dans la salle d'attente.

( L'équipe soignante veille au confort de votre proche et vous soutient dans cette épreuve.

## La période de transition entre la vie et la mort...

... est appelée agonie. Cette phase ultime de la vie, précédant la mort, est marquée par l'amenuisement progressif des fonctions vitales et peut se présenter par des râles, des pauses respiratoires, une baisse de la température et/ou un teint gris.

**Le patient ne souffre pas de ces symptômes**, son état de conscience est trop altéré. Cette phase peut durer de quelques minutes à quelques jours.

( Vous pouvez demeurer auprès de votre proche et l'assister dans ses derniers instants. Survient ensuite la mort suite à l'arrêt du cœur.

## Le don d'organes et de tissus

Dans certaines situations, lorsque la mort est attendue, l'équipe médicale peut aborder la question du don d'organes avec vous.

Le don d'organes et de tissus requiert des conditions précises. C'est une question toujours délicate à laquelle la famille et le proche se doivent de réfléchir. L'équipe peut vous écouter, vous expliquer et vous accompagner dans ces différentes démarches.

## Votre proche est décédé

Le décès est constaté par un médecin du service. Si vous n'êtes pas présent lors du décès, le médecin vous prévient dès que possible et par tous les moyens. Le médecin, l'infirmier(e) et l'aide soignant(e) de votre proche sont disponibles pour vous accompagner dans cette phase difficile.

Vous pouvez vous recueillir auprès de votre proche dans sa chambre dans un premier temps.

Après ce premier temps de recueillement, l'infirmier et l'aide soignant enlèvent tous les cathéters et sondes diverses et procèdent à la toilette du corps.

Si vous exprimez le souhait de soins particuliers ou de prières pendant la préparation du corps, vous pouvez nous en parler.

## Concernant les formalités administratives...

... **vous devez vous munir du livret de famille et vous adresser au service des admissions de l'hôpital** (dans le hall au rez-de-chaussée) **dans un délai de 24h maximum.**

Le certificat de décès sera à retirer à ce bureau des admissions ou à la mairie de Bordeaux.

Cette dernière formalité peut être accomplie par l'entreprise de pompes funèbres, que vous aurez choisie.

De même, le médecin du service peut vous fournir un certificat de mort naturelle à votre demande, en contactant le secrétariat de 9h à 17h jours ouvrables. Celui-ci peut vous être réclamé pour des démarches administratives... (assurances...).

## L'autopsie à but scientifique

Le médecin peut aborder avec vous, la nécessité de procéder à une autopsie.

Celle-ci a pour but d'aider à comprendre les causes du décès. Elle est généralement réalisée avec votre accord.

## La chambre mortuaire

L'équipe soignante s'occupe de faire transférer le corps au dépositaire de l'hôpital dans les heures suivant le décès.

**Ce service de chambre mortuaire reçoit et prend soin des corps des personnes décédées, jusqu'à 72h**, en attente de la prise en charge de l'entreprise de pompes funèbres de votre choix.

Si vous souhaitez voir votre proche au dépositaire, **il est nécessaire de prévenir ce service de votre visite**.  
Les admissions se chargeront de les informer de votre arrivée.

Il vous sera demandé de leur confier des vêtements et, si vous le souhaitez, des objets personnels (bijoux, alliance...).

### ► Dépositaire de l'hôpital Saint-André

Du lundi au vendredi de 8h à 17h30

Le week-end de 8h30 à 16h30

Tél. 05 56 79 49 72

## Le vestiaire...

... de votre proche, depuis son entrée, est conservé dans le service avec un inventaire précis de celui-ci.

Si un dépôt de valeur a été effectué au début de l'hospitalisation, vous pourrez le récupérer ultérieurement, après un délai de 1 mois, conformément à la réglementation, auprès de la régie des dépôts de la direction générale.

Cependant, il est possible de récupérer les bijoux déposés afin que votre proche en soit paré lors de la préparation du corps.

Dans ce cas, contactez :

### ► La régie des dépôts

Tél. 05 56 79 49 68

ou

### ► Le cadre infirmier

Tél. 05 56 79 56 79 poste 73030

## Le travail de deuil...

...correspond à une période particulière : un cheminement personnel fait de déséquilibres et d'un travail intérieur qui vous fera osciller entre des moments de souffrance et d'autres où vous irez mieux.

Ce cheminement prend du temps et demande beaucoup d'énergie. **Faire son deuil ce n'est pas oublier, mais plutôt vivre avec l'absence de son proche et accepter cette perte.**

Dans cette démarche, le lien humain est fondamental. Les ressources familiales sont importantes mais il est parfois nécessaire de pouvoir trouver une écoute auprès de professionnels. Votre médecin traitant peut vous aider.

Les médecins du service restent à votre disposition, même à distance du décès de votre proche.  
Vous pouvez toujours leur demander un rendez-vous en passant par le secrétariat.

Par ailleurs, il existe des associations de soutien aux proches, dans l'immédiat ou pour plus tard, si vous en éprouvez le besoin.

Les associations « **Alliance, jusqu'au bout accompagner la vie** » et « **Pallia plus** » sont constituées de bénévoles sélectionnés et formés à l'accompagnement de la fin de vie. Elles ont pour objectifs de répondre par leur engagement à la détresse et à la demande des personnes confrontées à la souffrance physique et/ou morale.

Ainsi, **elles accompagnent les personnes malades et leur entourage.**

### ► Alliance 33

380 cours de la Somme  
33000 Bordeaux  
Tél. 05 56 43 07 07

### ► Pallia plus

30 rue Kléber  
33200 Bordeaux  
Tél. 05 56 08 24 68

## Accompagnement des enfants...

Ils ont eux aussi besoin d'être informés du décès rapidement avec des explications claires, vraies et simples.

**Encouragez-les à s'exprimer, à poser des questions.**

Il est important de pouvoir parler avec les enfants de ce malheur familial, voir de les faire participer aux cérémonies (ne serait-ce qu'en donnant un dessin, une peluche...).

**Ne comparez pas la mort au sommeil ou à un départ en voyage, cela pourrait entraîner des craintes ou des difficultés d'endormissement.**

Vous pouvez leur dire que lorsqu'on est mort, on ne bouge plus, on ne respire plus et qu'on ne sent plus rien.

Rassurez-les sur le fait que **la mort n'est pas une punition** et qu'**ils ne sont pas responsables.**

# Lexique

## **Personne de confiance**

Définie par la loi du 4 mars 2002 sur les droits du malade et la qualité du système de santé, la personne de confiance est désignée par le patient pour l'accompagner dans ses décisions médicales. Elle sera consultée au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté, pour recevoir des informations médicales et communiquer ce qu'aurait souhaité le patient.

## **Personne référente**

Il s'agit d'une personne de l'entourage du patient désignée, de manière consensuelle (patient, famille, équipe médicale) pour recueillir les informations le concernant et les transmettre au reste de son entourage. Ceci permet d'améliorer la qualité des informations transmises.

## **Acharnement thérapeutique / obstination déraisonnable**

Poursuite de thérapeutiques à visée curative, inutiles ou disproportionnée au regard du pronostic en terme de survie ou de qualité de vie et potentiellement à l'origine de souffrances.

## **Limitation thérapeutique**

Décision de non instauration ou non intensification de thérapeutiques actives.

C'est le refus de « l'escalade thérapeutique » (dans le cadre de la loi Léonetti 2005).

## **Arrêt thérapeutique**

Décision d'interruption d'un ou de plusieurs traitements dont des techniques de suppléance d'organe chez un patient sans espoir d'amélioration (dans le cadre de la loi Léonetti 2005)

## **Soins de confort**

Ensemble de mesures destinées à favoriser le confort du patient en fin de vie, en particulier la prise en charge de la douleur et de la souffrance. Elles associent également les soins d'hygiène, les repas, les positionnements et la surveillance.

## **Soins palliatifs**

Soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Ils visent à soulager la douleur, et les autres symptômes d'inconfort physique, apaiser la souffrance psychique, sauvegarder la dignité de la personne et soutenir son entourage.

*Selon les recommandations Société de Réanimation de Langue Française 2011.*

*L'ensemble de l'équipe  
se joint à votre tristesse  
dans cette épreuve.*

## L'équipe médicale

Responsable d'unité ..... Dr Olivier GUISET

Médecins ..... Dr Fabrice CAMOU

..... Dr Gaëlle MOURISSOUX

1 chef de clinique assistant

Internes de spécialités médicales

## L'équipe mobile de soins palliatifs

Médecins, infirmiers, psychologue,  
psychomotricienne et assistante sociale

## Pôle médecine urgences

Service de réanimation médicale

### Groupe hospitalier Saint-André

1, rue Jean Burguet

33075 Bordeaux cedex - Tél. 05 56 79 56 79

## L'équipe paramédicale

Cadre infirmier ..... Gilles BRANCATO

Infirmiers, infirmière anesthésiste, aides soignants,  
agents de service hospitalier, kinésithérapeutes,  
diététicienne, assistante sociale et secrétaires

**Réanimation médicale** ..... 05 56 79 57 27

**Secrétariat** ..... 05 56 79 58 30

**Équipe mobile de soins palliatifs** ..... 05 56 65 62 48

[www.chu-bordeaux.fr](http://www.chu-bordeaux.fr)

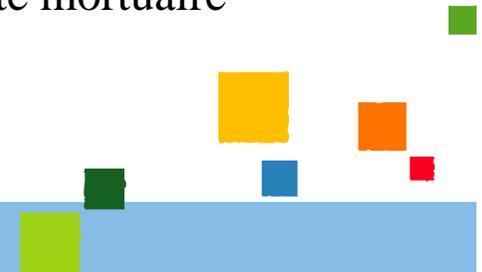




Hôpitaux de Bordeaux

# Conclusion

- Entre Janvier 2015 et fin Aout 2015 : 58 décès en LAT (46 soit 80% en LAT 4)  
Et 26 livrets distribués
- 29 questionnaires (médecins, infirmières, aides-soignantes)/ 16 décès
- Présence infirmière aux entretiens de remise : 76%
- Présence Aides-soignantes : 24 %
- Majoritairement patient déjà en LAT 4, décision + application : 82 %
- Participation aux soins proposés pour 3 patients :
  - 1 refus de la famille
  - 1 participation aux soins de bouche,
  - 1 participation toilette, rasage et massage ainsi que la toilette mortuaire accompagné de 2 soignants.
- Livret aide les soignants dans leur accompagnement : 6,45/10





# Conclusion

Livret s'inscrit dans la démarche éthique et palliative du service

A optimiser : Restaurer le rôle de l'AS

Proposer aux familles de participer aux soins +++

Délivrer plus tôt ?

Notre livret adopté et réadapté selon la culture dans d'autres services de réanimation du CHU

Psychologue

