

Documents de la « boîte à outils » à destination des EHPAD

(annexe de la fiche « hotline téléphonique gériatrique ville-hôpital »)

Problématiques éthiques – Fiche d'aide à la prise de décisions de LATA

Version 02 avril 2020

Il est proposé que chaque EHPAD réalise des **fiches d'aides à la décision de LATA pour chaque résident**. Le médecin de la hotline gériatrique peut être un interlocuteur pour discuter dans la collégialité et remplir ces fiches au mieux. Ci-dessous un modèle de ce type de fiche (à imprimer recto-verso) :

Fiche d'aide à la prise de décision de LATA pour EHPAD contexte Covid19

Date de l'évaluation :	<input type="text"/>	Nom de l'évaluateur :	<input type="text"/>
Nom du résident :	<input type="text"/>		
Prénom :	<input type="text"/>	Date de naissance/âge :	<input type="text"/>
EHPAD :	<input type="text"/>	Tel :	<input type="text"/>
Médecin traitant :	<input type="text"/>	Tél :	<input type="text"/>
Médecin Coordonnateur :	<input type="text"/>	Tél :	<input type="text"/>

VOLONTÉ DU PATIENT :

Patient apte à exprimer sa volonté	Patient non apte à exprimer sa volonté
Information éclairée sur situation et projet médical : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Y a-t-il des directives anticipées : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Quelles sont ses volontés concernant le projet thérapeutique :	Y a-t-il une personne de confiance : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Y a-t-il des directives anticipées oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Procédure collégiale : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Y a-t-il une personne de confiance oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Quel est le témoignage de la volonté du patient par sa personne de confiance, ou à défaut par sa famille ou ses proches :

Coordonnées personne de confiance/proche :

Nombre et fonctions des médecins (médecin traitant, médecin coordonnateur, gériatre...) participant à la rédaction de la fiche :

CRITERES PRONOSTIQUES

<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque - Atcd IDM - Atcd OAP	<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale sévère <input type="checkbox"/> Diabète insulinoéquérant	Troubles cognitifs : <input type="checkbox"/> légers <input type="checkbox"/> modérés <input type="checkbox"/> sévères	<input type="checkbox"/> AEG dans les dernières semaines (asthénie, anorexie, amaigrissement, perte d'autonomie)
<input type="checkbox"/> Artériopathie	<input type="checkbox"/> Diabète sous ADO	<input type="checkbox"/> Cancer ou hémopathie maligne	<input type="checkbox"/> Dénutrition
<input type="checkbox"/> Insuffisance respiratoire chronique	<input type="checkbox"/> IMC > 30	<input type="checkbox"/> Polypathologie	<input type="checkbox"/> Hospitalisations répétées

Score GIR :

Score CFS :

Commentaires libres :

Propositions médicales	date	date	date
Transfert à l'Hôpital si critères d'hospitalisation			
Maintien à l'EHPAD Pour prise en charge médicale malgré critères d'hospitalisation			
Maintien à l'EHPAD Pour accompagnement de fin de vie en lien avec les équipes ressources			

Notice d'utilisation

Notice légale :

Ce document constitue une aide pour les soignants et médecins de garde, quant à la conduite à tenir en cas d'événement aigu. La volonté du patient doit être respectée au mieux. **Le médecin de garde reste juge de ses décisions face à la situation qui se présente. Une réévaluation régulière est indispensable.**

Si le patient est apte à exprimer sa volonté, son avis est prioritaire sur les directives anticipées et sur le témoignage de la personne de confiance.

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

- s'il existe des directives anticipées cohérentes avec la situation, le médecin doit les appliquer. Leur contenu prime alors sur les avis et témoignages.
- si les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale, le médecin doit mettre en œuvre une **procédure collégiale*** pour décider ne pas les appliquer.
- en l'absence de directives anticipées, une **procédure collégiale*** s'impose lorsque le médecin envisage de limiter ou d'arrêter un traitement au titre du refus de l'obstination déraisonnable.

* La procédure collégiale implique l'examen de la situation au regard des critères médicaux en concertation avec les membres présents de l'équipe de soins qui prend en charge le patient, si elle existe, et le recueil de l'avis motivé d'un médecin consultant (loi n° 2016-87 du 2-02-2016 et décret n° 2016-1066 du 3 août 2016).

Concernant les comorbidités critères pronostiques

- Insuffisance rénale sévère = DFG <30ml/min selon Cockcroft
- Insuffisance cardiaque à FEVG préservée ou non, avec déjà des atcd de décompensation cardiaque
- Dénutrition : critères HAS 2007

	Dénutrition	Dénutrition sévère
Perte de poids	> 5 % en 1 mois ou > 10 % en 6 mois	> 10 % en 1 mois ou > 15 % en 6 mois
Indice de masse corporelle	< 21*	< 18*
Albuminémie	< 35 g/L	< 30 g/L

- Poly-pathologie : ≥ 3 pathologies chroniques
- Troubles cognitifs toutes étiologies confondues

Score CFS



1 Très en forme – Des personnes robustes, actives et motivées. Ces personnes font habituellement de l'activité physique régulière. Elles comptent parmi les personnes les plus en forme pour leur âge.



2 En forme – Ces personnes n'ont pas de symptômes actifs de maladie, mais sont moins en forme que celles de la catégorie 1. Elles font souvent de l'activité physique ou sont très actives occasionnellement, p. ex. selon la saison.



3 Se débrouillent bien – Des personnes dont les problèmes médicaux sont bien contrôlés mais qui ne sont pas régulièrement actives au-delà d'une promenade de routine.



4 Vulnérables – Elles ne dépendent pas d'autrui pour de l'aide au quotidien, mais leurs symptômes limitent leurs activités. Elles se plaignent souvent d'être au ralenti ou fatiguées durant la journée.



5 Légèrement fragiles – Ces personnes manifestent un ralentissement plus évident et ont besoin d'aide dans les AIVQ plus complexes (finances, transport, gros travaux ménagers, médicaments). Habituellement, une fragilité légère empêche progressivement de faire des courses ou de sortir seules, de préparer les repas et de faire le ménage.



6 Modérément fragiles – Ces personnes ont besoin d'aide dans toutes les activités extérieures et pour tenir maison. À l'intérieur, elles ont souvent des problèmes avec les escaliers, ont besoin d'aide pour le bain et peuvent avoir besoin d'une assistance minimale (encouragement, présence) pour s'habiller.



7 Sévèrement fragiles – Dépendance complète pour les soins personnels, que ce soit pour des causes physiques ou cognitives. Malgré tout, elles semblent stables et leur risque de mourir ne semble pas très élevé (dans les 6 prochains mois environ).



8 Très sévèrement fragiles – Dépendance complète, à l'approche de la fin de vie. Habituellement, elles ne se remettraient pas même d'une maladie bénigne.



9 En phase terminale – À l'approche de la fin de vie. Cette catégorie s'applique aux personnes dont l'espérance de vie est < 6 mois, qui ne sont pas autrement d'une fragilité évidente.

Scores de la fragilité chez les personnes souffrant de démence

Le degré de fragilité correspond au degré de démence. Les symptômes courants de la démence légère sont l'oubli des détails d'un événement récent, sans avoir oublié l'événement lui-même, la répétition de la même question ou histoire, et le retranchement social.

Dans la **démence modérée**, la mémoire à court terme est très altérée, même si les personnes se rappellent apparemment bien d'événements de leur passé. Elles peuvent s'occuper de leurs soins personnels sans y être incitées.

Dans la **démence sévère**, elles ne peuvent pas s'occuper de leurs soins personnels sans aide.

* Étude canadienne sur la santé et le vieillissement, révisée en 2008

Coordonnateur et rédaction : Marc Verny

Contributeurs : Audrey Rouet, Claire Patry, Eric Pautas