CAIRN.INFO
Chercher, repérer, avancer.

ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE AUX URGENCES

Claude Grange *et al.*

Médecine & Hygiène | *Revue internationale de soins palliatifs*

2012/3 - Vol. 27
pages 85 à 90

ISSN 1664-1531

Article disponible en ligne à l'adresse:

---

http://www.cairn.info/revue-infokara-2012-3-page-85.htm

Pour citer cet article :

Grange Claude*et al.*, « Accompagnement de la fin de vie aux urgences »,
Revue internationale de soins palliatifs, 2012/3 Vol. 27, p. 85-90. DOI : 10.3917/inka.123.0085

Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

© Médecine & Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université Paris-Descartes - Paris 5 - - 193.51.85.60 - 06/11/2012 09h04. © Médecine & Hygiène

Article original

Revue internationale de soins palliatifs
2012 ; 27 (3) : 85-90

Accompagnement de la fin de vie aux urgences

Claude Grange
Médecin
Equipe mobile de Soins palliatifs, Centre hospitalier de Dreux, France

Eric Revue
Médecin
Service d'Accueil des Urgences, Centre hospitalier de Dreux, France

Anne Héron
Enseignante, chercheuse, Université Paris Descartes, France
Unité de recherche clinique, Centre hospitalier de Dreux, France

Résumé *Accompagnement en fin de vie aux urgences* – Un grand nombre de personnes en fin de vie décèdent aux urgences dans des conditions insatisfaisantes, sur des brancards, dans les couloirs, sans accompagnement adapté. Dans le cadre de la présente étude, un protocole spécifique d'accompagnement des patients admis aux urgences avec un diagnostic « soins palliatifs » a été élaboré, mis en place et testé sur une période de douze mois. La nature et la qualité de la prise en charge ont été évaluées par des questionnaires anonymes destinés aux personnels soignants référents, à l'équipe mobile de soins palliatifs et aux familles.

Summary *Accompanying the end of life in emergency department* – At the end of their life, many persons will die in the emergency department under unsatisfactory conditions : on stretchers, in the corridors, without appropriate accompaniment. In the present study, a specific protocol designed for patients admitted in the emergency department with a diagnosis « palliative care » was developed and tested over a period of twelve months. The nature and quality of care were assessed with an anonymous questionnaire that was completed by the emergency staff, the palliative care mobile team and the patients' families.

Introduction

Une enquête sur « la mort à l'hôpital » menée en France par l'Inspection générale des Affaires sociales [1] montre qu'alors que plus de la moitié des individus décèdent en établissement de soins, la mort est vécue comme un échec, et est à ce titre largement occultée pour les acteurs hospitaliers. Cette situation est préjudiciable au confort des malades en fin de vie et à l'accueil des proches ainsi qu'à la santé publique.

A coté des personnes secourues par les SAMU ou les pompiers à la suite d'accidents ou de tentatives de suicide, ou des malades amenés par leurs proches pour des pathologies aiguës, on assiste à l'arrivée inopinée aux urgences, dans un contexte qui ne s'y prête pas, de patients dont la fin de vie était prévisible. [2] On observe également que 16% des patients morts à l'hôpital décèdent à l'issue d'un séjour d'une durée inférieure ou égale à 24 heures, notamment aux urgences ou dans l'Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)

Correspondance :
aheron@ch-dreux.fr

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université Paris-Descartes - Paris 5 - - 193.51.85.60 - 06/11/2012 09h04. © Médecine & Hygiène

attenante.[3] Le décès sur un brancard dans le couloir des urgences devient alors une issue presque banale.

La difficulté de définir la fin de vie s'accompagne souvent de la réticence des services à la reconnaître. L'annonce faite au malade et l'accompagnement des proches ne sont pas systématiquement envisagés et les personnels n'ont pas toujours le savoir-faire ou la volonté nécessaires. Mourir dans la dignité est pourtant une aspiration essentielle, que l'hôpital se doit de rendre possible, pour la satisfaction des proches et la bonne image de l'établissement. Il devrait s'assurer que la mort des malades – que les médecins ont au préalable tout fait pour guérir – se passe le mieux possible, en permettant au mourant, s'il le souhaite, de prendre les décisions le concernant, en respectant ses croyances et en accueillant ses proches.

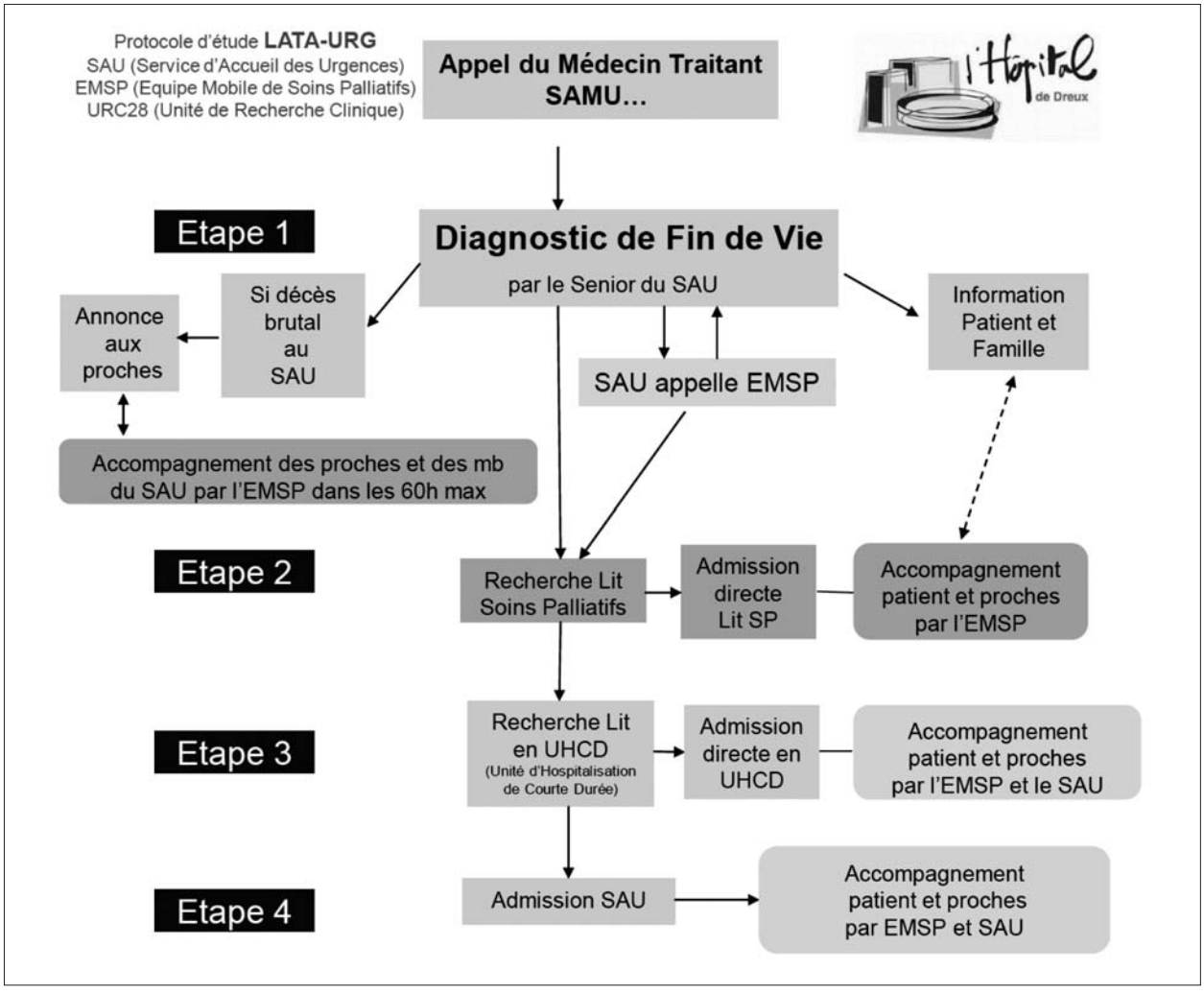
L'amélioration de la prise en charge des personnes en fin de vie exige que les services accueillant le plus de personnes mourantes s'organisent pour offrir, le cas échéant, des conditions de fin de vie acceptables pour les malades et un accueil pour leurs proches. De ce point de vue, il convient d'adapter les services d'urgence à l'accueil de patients en fin de vie, en adaptant l'environnement purement technique de façon à prendre en compte l'aspiration à une certaine sérénité ainsi que les nécessités d'échange et de contact.

C'est dans ce contexte que nous avons élaboré et mis en œuvre un protocole d'accompagnement des patients en fin de vie au Service d'Accueil des Urgences (SAU) de l'hôpital. Ce protocole est présenté dans le présent article. Nous avons de plus évalué les bénéfices de ce mode de prise en charge pour les patients et leurs proches ainsi que pour les médecins et personnels soignants.

Matériel et méthodes

Le protocole LATA-URG a été conçu dans le but de mettre en place une filière de prise en charge spécifique des patients en fin de vie depuis les urgences (SAU ou UHCD) vers les lits identifiés « soins palliatifs » de l'établissement (figure 1). Ce protocole a ensuite été testé lors d'une étude prospective mono-

Figure 1 : Schéma du protocole d'accompagnement des patients en fin de vie au Service d'Accueil des Urgences.



Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université Paris-Descartes - Paris 5 - - 193.51.85.60 - 06/11/2012 09h04. © Médecine & Hygiène

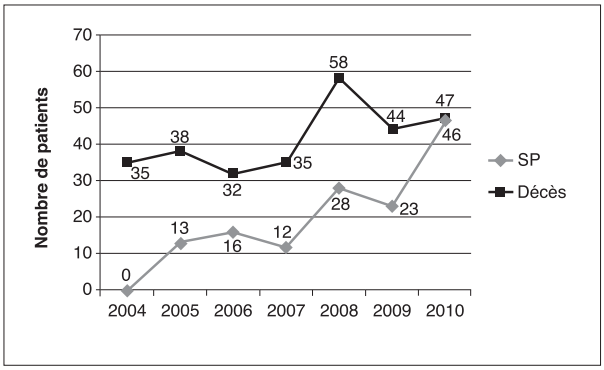
centrique réalisée sur douze mois. Ont été inclus 21 patients admis aux urgences avec un diagnostic « soins palliatifs » par décision de RCP (patients atteints de maladies incurables avec signes d'aggravations manifestes) et décédés au plus tard dans les 72 heures suivant leur admission. Au préalable, une formation à l'utilisation du protocole LATA-URG de l'ensemble du personnel médical et paramédical des urgences, a été réalisée par l'équipe de soins palliatifs de l'hôpital.
Dans cette étude, la durée moyenne de séjour aux urgences ainsi que l'orientation des patients ont été analysées. La qualité de l'accompagnement a été évaluée à partir de questionnaires anonymisés destinés au personnel des urgences, à l'équipe de soins palliatifs, aux familles (ou proches), et analysée par l'Unité de recherche clinique.
Un débriefing systématique des soignants référents après chaque prise en charge d'un patient inclus dans l'étude a été réalisé dans les quinze jours suivant le décès du patient.

Résultats

Le protocole d'accompagnement des patients en fin de vie aux urgences est présenté dans la figure 1. Lors de l'admission du patient aux urgences, dès lors que le diagnostic de fin de vie est posé par le médecin sénior du SAU, la famille et le patient en sont informés et le SAU prend contact avec l'Equipe mobile de Soins palliatifs (EMSP) pour rechercher au sein de l'établissement un lit spécifiquement dédié à la prise en charge palliative. Si aucun lit dédié n'est disponible dans l'établissement, le patient est suivi dans l'UHCD attenante au SAU, ou, à défaut, au sein du SAU lui-même. Dans tous les cas, l'EMSP et les soignants des urgences accompagnent le patient et les proches jusqu'au décès. L'accompagnement de la fin de vie aux urgences peut impliquer des interventions de nature technique (traitement de la douleur, de l'anxiété, soins de bouche, décision d'arrêt thérapeutique) ou de nature relationnelle (soutien psychologique du patient, de sa famille ou de l'équipe médicale, relaxation, massage). Si le décès du patient est brutal et survient avant même qu'il y ait possibilité de transfert dans un lieu adapté, les proches des patients ainsi que le personnel des urgences sont rencontrés et accompagnés par l'EMSP s'ils le désirent.

L'analyse des données réalisée avant le démarrage de l'étude a montré qu'en moyenne, de 2004 à 2010, 41,3 ± 9 patients sont décédés chaque année au Service d'Accueil des Urgences du Centre hospitalier de Dreux (figure 2), ce qui représente 0,1% des 39 550

Figure 2: Evolution du nombre de patients identifiés « soins palliatifs » et décédés aux urgences de 2004 à 2010.



passages annuels aux urgences. Le diagnostic CIM 10 « Soins palliatifs » est le diagnostic principal dans la moitié de ces cas.
Dans cette étude, 21 patients ont été inclus dans le protocole LATA-URG (67% d'hommes et 33% de femmes). Les patients étaient âgés en moyenne de 68 ± 12 ans.

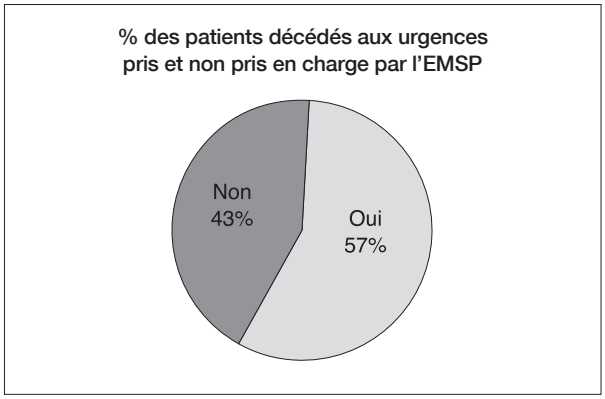
Une majorité des patients (62%) a été adressée aux urgences un jour de semaine (lundi au vendredi) et 38% un week-end ou un jour férié. L'heure de l'admission aux urgences est en moyenne 1 h 40 la nuit et 12 h 40 le jour. Le délai moyen de prise en charge des patients par l'équipe des urgences (infirmières et médecins) a été de moins de 30 minutes, et la durée moyenne de passage aux urgences avant transfert de 7 h 07.

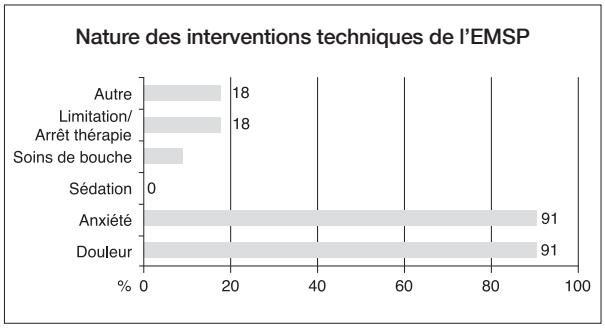
Parmi les patients admis aux urgences au cours de l'étude, tous ont pu être transférés avant leur décès : 52% sont décédés dans des lits dédiés aux soins palliatifs de l'établissement, 43% en UHCD, et 5% ont été transférés et sont décédés dans un autre établissement participant au protocole d'étude. La durée moyenne de prise en charge des patients avant leur décès a été de 19 h 41 et dans la plupart des cas, l'équipe des urgences était informée de la gravité de la pathologie des patients, via le dossier médical du patient, la famille et/ou le médecin traitant.

Dans une majorité des cas (69%), la prise en charge de la douleur a été évaluée et traitée par l'équipe des urgences, avec une efficacité jugée totale (45%) ou partielle (45%) par l'équipe. Dans la moitié des cas, l'anxiété du patient a également été évaluée par le médecin ou les infirmières des urgences. L'annonce de la gravité de la situation a pu être faite auprès du patient (38%) et/ou des proches (56%). L'équipe des urgences a fait appel à l'appui de l'équipe mobile des soins palliatifs pour la prise en charge de 57% des patients (figure 3), avec une aide jugée globalement très satisfaisante par les infirmières et les médecins.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université Paris-Descartes - Paris 5 - - 193.51.85.60 - 06/11/2012 09h04. © Médecine & Hygiène

Figure 3 : Evaluation de la prise en charge par l'Equipe mobile de Soins palliatifs (EMSP).





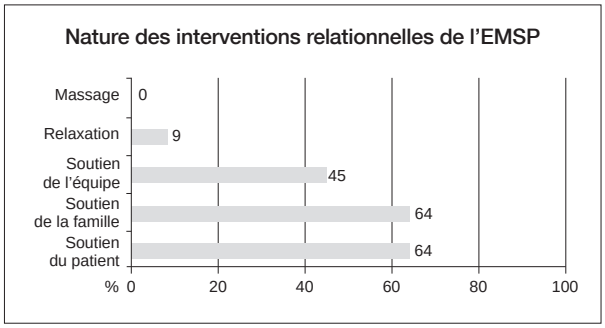
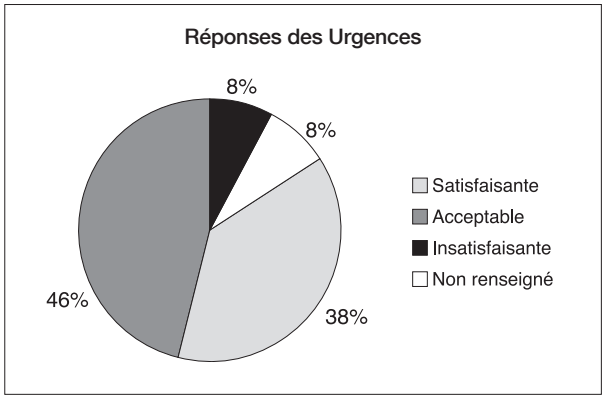
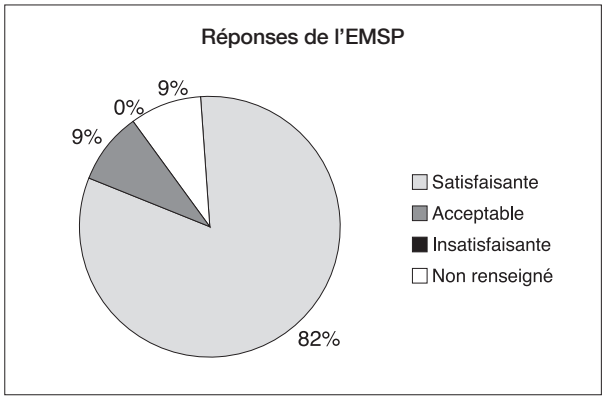
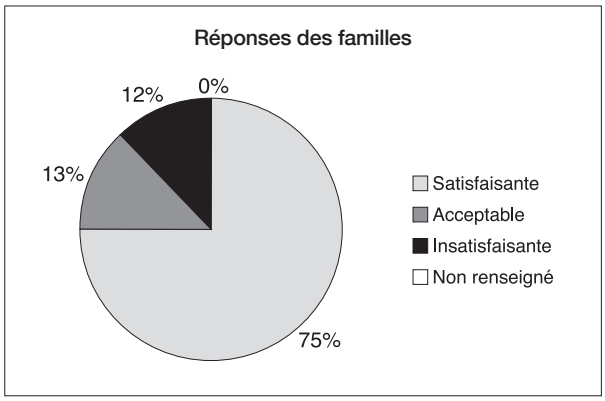


Figure 4 : Evaluation de la qualité de l'accompagnement des personnes en fin de vie.







Pour 80% des patients, les familles ont été rencontrées par au moins l'une des équipes (SAU/UHCD ou EMSP). Les médecins ou les soignants ont alors demandé à la famille s'il existait des directives anticipées (44% des cas), mais rarement s'il l'existait une personne de confiance (10% des cas) ou si le patient avait des convictions religieuses particulières (5%).

Les patients en fin de vie ayant pu bénéficier d'une prise en charge par l'EMSP l'ont été dans les 3 h 45 en moyenne suivant leur admission aux urgences. La plupart des interventions de l'EMSP visaient alors au traitement de la douleur et de l'anxiété des patients (91% des cas), ainsi qu'au soutien psychologique du patient et de sa famille (64% des cas) et/ou de l'équipe médicale des urgences (45% des cas) (figure 3).

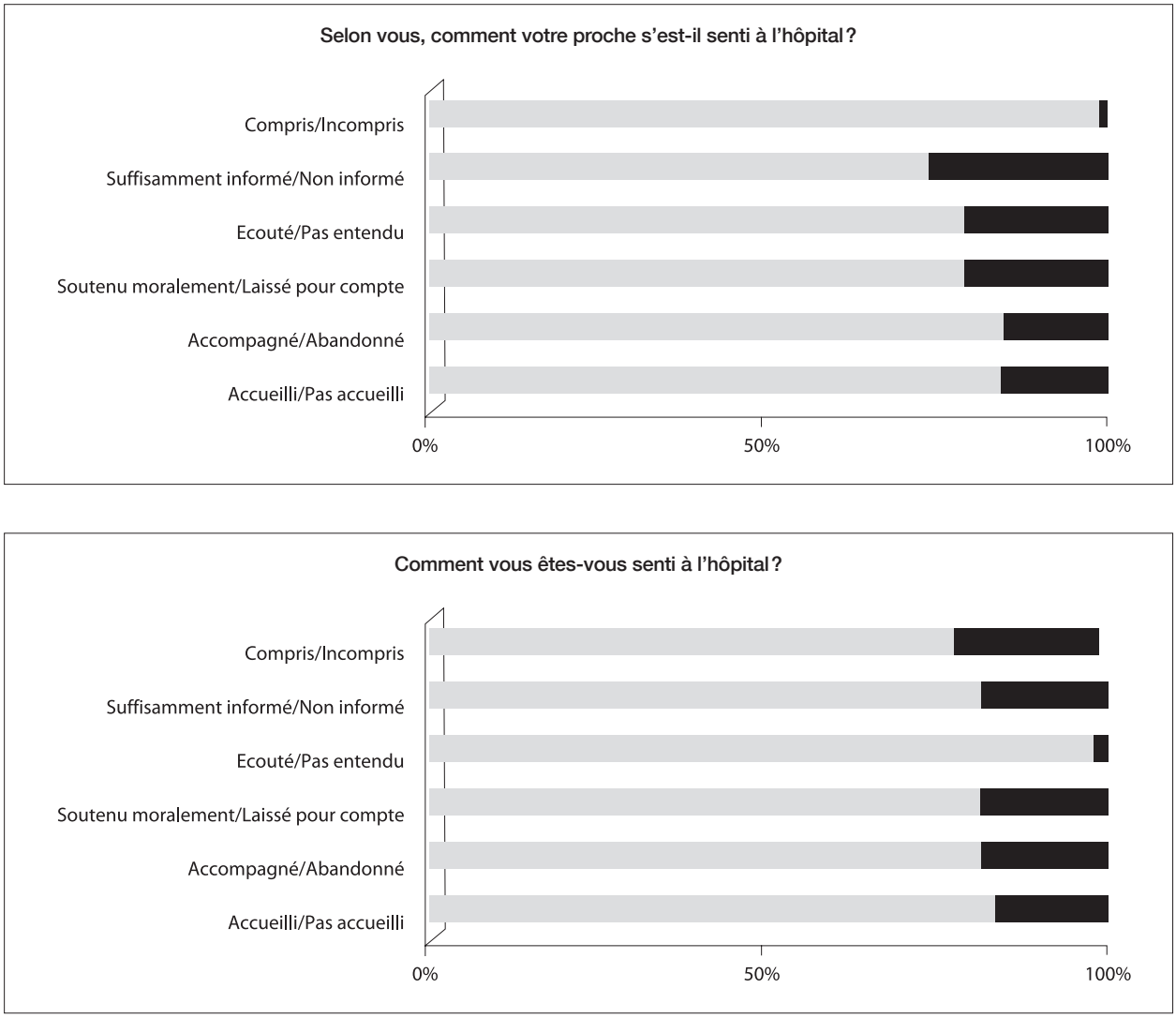
La majorité des familles ayant rencontré les équipes des urgences ou l'EMSP a été globalement satisfaite de l'ensemble du processus de prise en charge à l'hôpital, de même que les équipes médicales et paramédicales (figure 4). Les réponses des proches montrent qu'ils ont considéré qu'eux-mêmes ainsi que le patient s'étaient sentis compris, suffisamment informés, écoutés, soutenus moralement, accompagnés et accueillis (figure 5).

Discussion

Cette étude montre que différentes étapes sont nécessaires pour préparer le service des urgences à bien gérer la fin de vie. Il convient en premier lieu d'établir un protocole clair, adapté au fonctionnement du service et de former le personnel des urgences afin qu'il n'hésite pas à faire appel à l'équipe mobile de

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université Paris-Descartes - Paris 5 - - 193.51.85.60 - 06/11/2012 09h04. © Médecine & Hygiène

Figure 5 : Réponses des familles.



soins palliatifs. En effet, la spécificité de la médecine d'urgence rend souvent difficile une prise en charge adaptée de la fin de vie. En France, comme aux États-Unis, la prise en charge de la fin de vie est donc encore négligée aux urgences [4] et doit être améliorée. [5] La présence des familles doit être prévue, et la nature de son accompagnement se doit d'être évaluée prudemment et individualisée selon la situation. [6]

Outre la prise en charge des patients et de leurs proches, l'étude montre que bien souvent face à la mort, les membres de l'équipe soignante ont aussi besoin de réassurance. Un débriefing s'est la plupart du temps avéré nécessaire dans les quinze jours suivant le décès du patient pour s'assurer que tout ce qui pouvait être fait l'a été. Nous avons regretté de ne pas avoir pu discuter aussi souvent que souhaité de nos prises en charge communes, car ces relectures à distance sont toujours riches d'enseignement pour reconsidérer nos soins (questionner le faire, l'agir vite, le sens des soins donnés au patient). Cela s'explique sans doute par la « temporalité » de la médecine d'urgences qui est bien différente de celle de la médecine palliative. Repositionner le malade au centre de nos décisions sur ce qu'il a pu transmettre dans des directives ou interroger sa personne de confiance ou sa famille, nous a paru capital dans ce travail de collaboration.

Les problèmes éthiques concernant les médecins, s'appliquent tout particulièrement aux médecins des urgences. L'éthique médicale implique en premier lieu un questionnement sur le sens de la pratique. Elle repose sur la nécessité d'agir pour le bien des patients et de ne rien faire qui leur nuise. De plus, le médecin a pour devoir d'accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, d'assurer par des soins et mesures appropriées la qualité d'une vie qui prend fin, de sauvegarder la dignité du malade et de réconforter son entourage. [7] La communication et le temps sont primordiaux dans ces circonstances. Aussi, aux urgences plus qu'ailleurs, où le temps manque souvent, les décisions sont prises rapidement, chez des

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université Paris-Descartes - Paris 5 - - 193.51.85.60 - 06/11/2012 09h04. © Médecine & Hygiène

patients de tous âges, ne pouvant parfois pas s'exprimer, la communication et l'accompagnement du mourant peuvent alors faire défaut. Le fait de pouvoir faire appel et de s'appuyer sur une équipe mobile compétente en soins palliatifs améliore la qualité des soins, l'accompagnement des patients et de leur famille, mais aussi les conditions de travail des équipes soignantes.

La création de filières spécifiques pour la prise en charge des patients a été démontrée comme un critère de qualité aux urgences, en particulier pour des pathologies spécifiques telles que le syndrome coronaire aigu, ou les accidents vasculaires cérébraux, de même que pour la mise en place des unités mobiles de gériatrie. La création d'une filière spécifique « soins palliatifs » permet au patient, à la famille ou à ses proches, ainsi qu'à l'équipe des urgences, de mettre en place une prise en charge adaptée à la situation souvent considérée comme douloureuse. [8] Pour que cette filière soit réalisable, elle nécessite une formation préalable des soignants des urgences, une information des médecins référents, un accès immédiat au dossier médical du patient et une identification en temps réel des lits « soins palliatifs » disponibles dans l'établissement. En l'absence de disponibilité de ces lits spécifiquement dédiés aux soins palliatifs, l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée peut tenir lieu de lieu de prise en charge palliative, [9] à condition que des lits y soient disponibles. Le séjour d'un patient en fin de vie dans un brancard au milieu des urgences doit être proscrit afin de permettre une prise en charge spécifique, humaine et adaptée à une situation trop souvent vécue comme dramatique par les patients, leur entourage et les équipes soignantes.

Conclusion

Cette enquête nous a conduits de fait, à travailler ensemble et a ainsi créé un climat de confiance entre le service des urgences et l'équipe de soins palliatifs. Le compagnonnage proposé par l'EMSP a permis de développer une démarche palliative adaptée aux urgences, et surtout, à l'unité d'hospitalisation de très courte durée attenante (accueil de la famille par le médecin urgentiste et l'EMSP, décision de limitation de traitement, prise en charge du confort du malade…), en évitant des explorations ou des traitements inutiles et disproportionnés par rapport à la réalité de la situation clinique. L'EMSP a aussi apprécié d'avoir été associée dès l'admission aux urgences, aux prises en charge des malades qui nécessitent des soins palliatifs. Cette collaboration a ainsi favorisé une meilleure cohérence dans la stratégie thérapeutique tout au long du parcours de soin du patient, de son arrivée à l'hôpital jusqu'à son décès, et les familles rencontrées aux urgences ont pu bénéficier par la suite d'un suivi de deuil par la psychologue de l'EMSP.

La mise en place d'une filière spécifique de prise en charge des patients en fin de vie relève des missions de tout professionnel de santé. Elle est indispensable et tout à fait réalisable dans un service d'urgences. Ils convient pour cela de mettre à la disposition des équipes les savoirs et les compétences de la prise en charge palliative sous forme de formations initiales et continues, conçues dans le cadre d'une collaboration pluridisciplinaire.

Remerciements

Nous tenons à remercier Muriel Coutellier, Pierre Emmanuel Daubin et Justine Rény, pour leur participation à l'étude ainsi que Patrick Piesvaux, Odile Maillet et Myriam Simon pour le traitement des données.

Bibliographie

1. Lalande F, Veber O, France Inspection Générale des Affaires Sociales. La mort à l'hôpital, rapport N°RM2009-124P, édité par l'IGAS. www.igas.gouv.fr/
2. Tardy B, Venet C, Zeni F, Berthet O, Viallon A, Lemaire F, Bertrand JC. Death of terminally ill patients on a stretcher in the emergency departmen : A French specialty ? Intensive care med 2002;28:1625-8.
3. Leconte P, Amelineau M, Trewick D. Décès survenus dans un service d'accueil et d'urgence. La Presse Médicale 2005;34:566-8.
4. Chan GK. End-of-life and palliative care in the emergency department : A call for research, education, policy and improved practice in this frontier area. J Emerg Nurs 2006;32:101-3.
5. Lamba S, Mosenthal A, Rella J, Pound A, Driscoll T, Monali P. Emergency medicine resident education in palliative care : A needs assessment. J Pain Symptom Manage 2010;39:333-4.
6. Cyr C. Les soins palliatifs aux urgences. Med Pal 2007;6:5-10.
7. Code de déontologie médicale, figurant dans le code de la Santé publique sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112 (mise à jour du 30 janvier 2010). www.conseil-national.medecin.fr
8. Addington-Hall J, Mc Pherson C. After death interviews with surrogates bereaved family members : Some issues of validity. J Pain Symptom Manage 2001;22:784-90.
9. Rothmann C, Evrard D. La mort aux urgences. Journal Européen des Urgences 2005;18: 3-9.

Document téléchargé depuis www.cairn.info - Université Paris-Descartes - Paris 5 - - 193.51.85.60 - 06/11/2012 09h04. © Médecine & Hygiène