



HAL
open science

Accompagnement de la fin de vie aux urgences

Claude Grange, Eric Revue, Anne Héron

► **To cite this version:**

Claude Grange, Eric Revue, Anne Héron. Accompagnement de la fin de vie aux urgences. Revue internationale de soins palliatifs, 2012, Psychologie et accompagnement, 27. hal-01586900

HAL Id: hal-01586900

<https://hal.science/hal-01586900>

Submitted on 14 Sep 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ACCOMPAGNEMENT DE LA FIN DE VIE AUX URGENCES

Claude GRANGE⁽¹⁾, Eric REVUE⁽²⁾, Anne HERON^{(3)(4)*}

(1) Médecin, Equipe Mobile de Soins Palliatifs - Centre Hospitalier de Dreux - France

(2) Médecin, Service d'Accueil des Urgences - Centre Hospitalier de Dreux - France

(3) Unité de Recherche Clinique URC28- Centre Hospitalier de Dreux - France

(4) Enseignant-Chercheur, Université Paris Descartes - France

***Auteur Correspondant :**

Anne Héron : Unité de Recherche Clinique URC28, 44 avenue du Président Kennedy F28100 Dreux, FRANCE Tel : (33) 2.37.51.77.81 – Fax : (33) 2.37.51.50.49

E-mail : aheron@ch-dreux.fr / anne.heron@parisdescartes.fr

RESUME

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 12 mois. La nature et la qualité de la prise en charge ont été évaluées par des questionnaires anonymisés destinés aux personnels soignants référents, à l'équipe mobile de soins palliatifs et aux familles.

SUMMARY

ACCOMPANYING THE END OF LIFE IN EMERGENCY DEPARTMENT

Many people, at the end of life, die in emergency units in unsatisfactory conditions, on stretchers or in the corridors, without appropriate accompaniment. In this study, a protocol with specific care of patients admitted in the emergency department with a diagnosis of "palliative care" was developed and tested over a period of 12 months. The nature and quality of care were

assessed by mean of anonymous questionnaires completed by emergency staff, palliative care mobile team and patients' families.

INTRODUCTION

Une enquête sur « la mort à l'hôpital » menée en France par Inspection Générale des Affaires Sociales ^[1] montre qu'alors que plus de la moitié des individus décèdent en établissement de soins, pour les acteurs hospitaliers, la mort est vécue comme un échec, et est à ce titre largement occultée. 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) 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.

MATERIEL ET METHODES

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 monocentrique réalisée sur 12 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, ont été analysées la durée moyenne de séjour aux urgences ainsi que l'orientation des patients. 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 analysés 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 15 jours suivant le décès du patient.

RESULTATS

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 39550 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 1h40 la nuit et 12h40 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 7h07.

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 19h41 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.

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 3h45 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 ont été globalement satisfaites 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 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 Etats 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 15 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 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.

Abréviations

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

SAU : Service d'Accueil des Urgences

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

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.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Lalande F, Veber O, France Inspection Générale des Affaires Sociales. La mort à l'hôpital, rapport N°RM2009-124P, Edité par l'IGAS. <http://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 department : a French specialty ? Intensive care med 2002 ; 28 : 1625-1628.

[3] Leconte P, Amelineau M, Trewick D. Décès survenus dans un service d'accueil et d'urgence. La presse médicale 2005 ; 34 : 566-568.

[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 : 101-103.

[5] Lamba S., Mosenthal A., Rella J., Pound A., Driscoll T., Monali P. Emergency Medicine Resident Education in Palliative Care : A Needs Assessment. Journal of Pain and Symptom Management 2010 ; 39 : 333-334.

[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). <http://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 Manag 2001 ; 22 : 784-790.

[9] Rothmann C, Evrard D. La mort aux urgences. Journal Européen des Urgences 2005 ; 18 : 3-9.

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

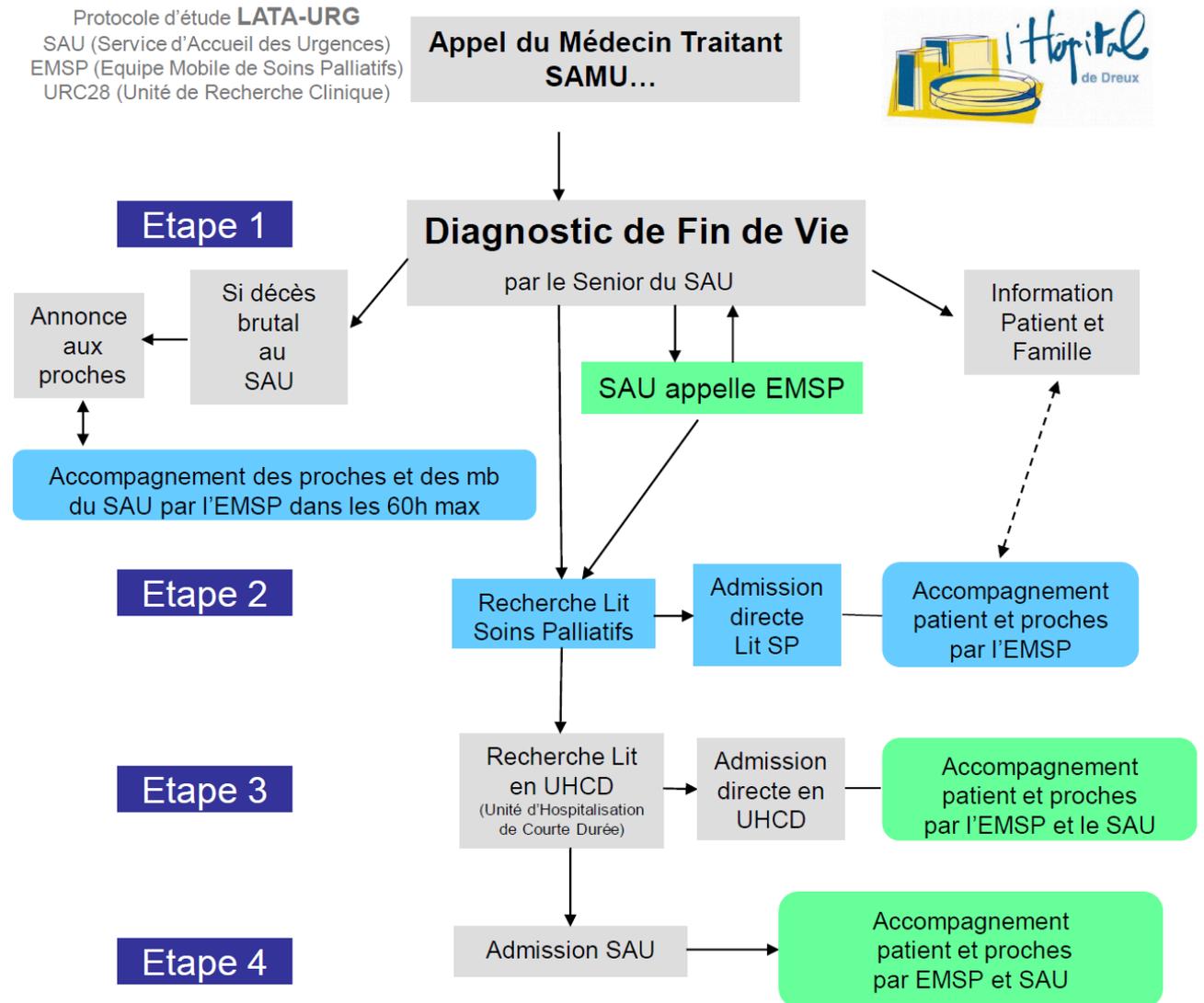


FIGURE 2 : Evolution du nombre de patients identifiés « soins palliatifs » et décédés aux urgences de 2004 à 2010

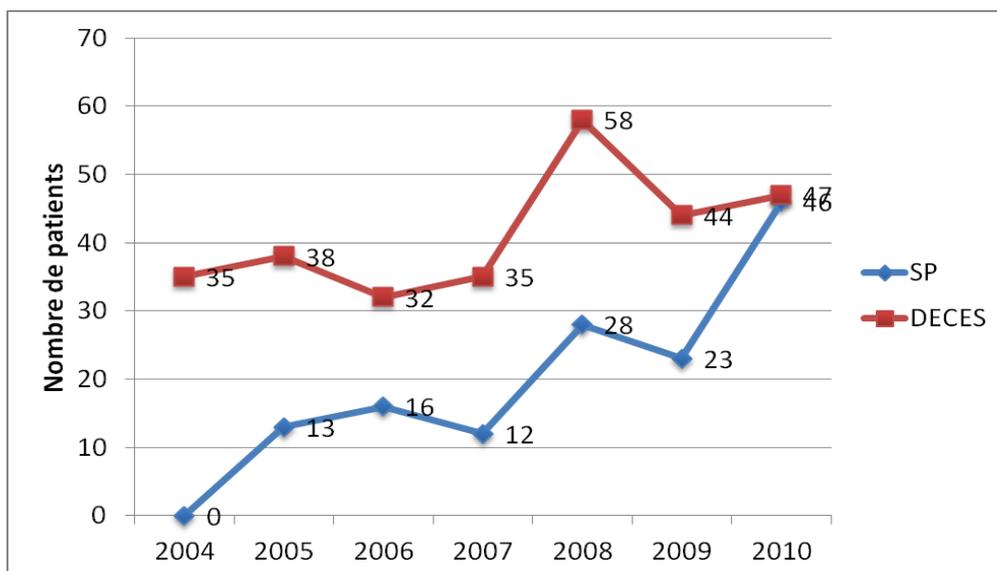


FIGURE 3 : Evaluation de la prise en charge par l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP)

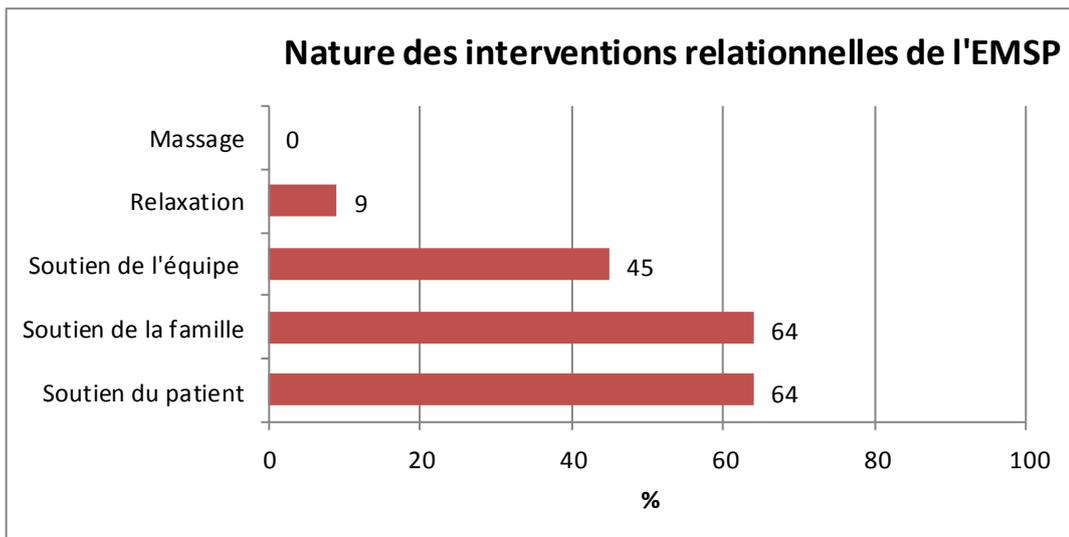
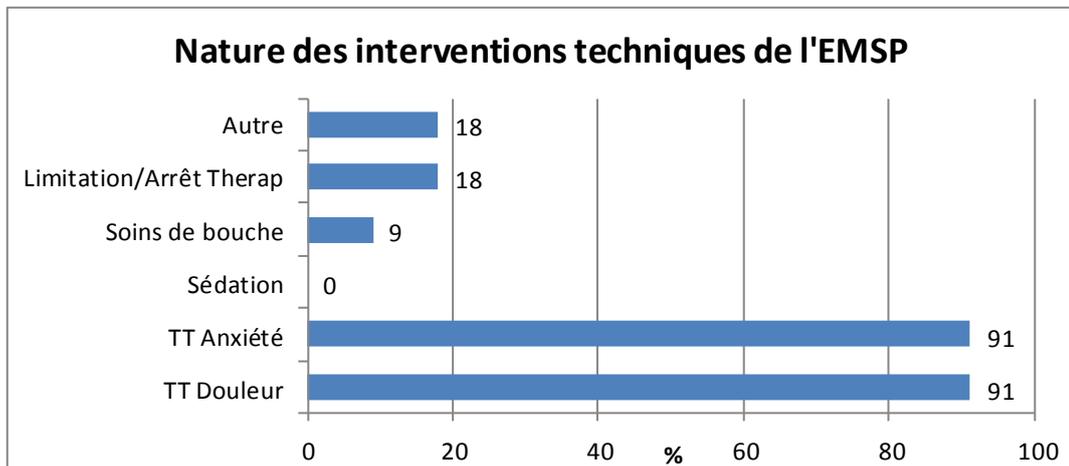
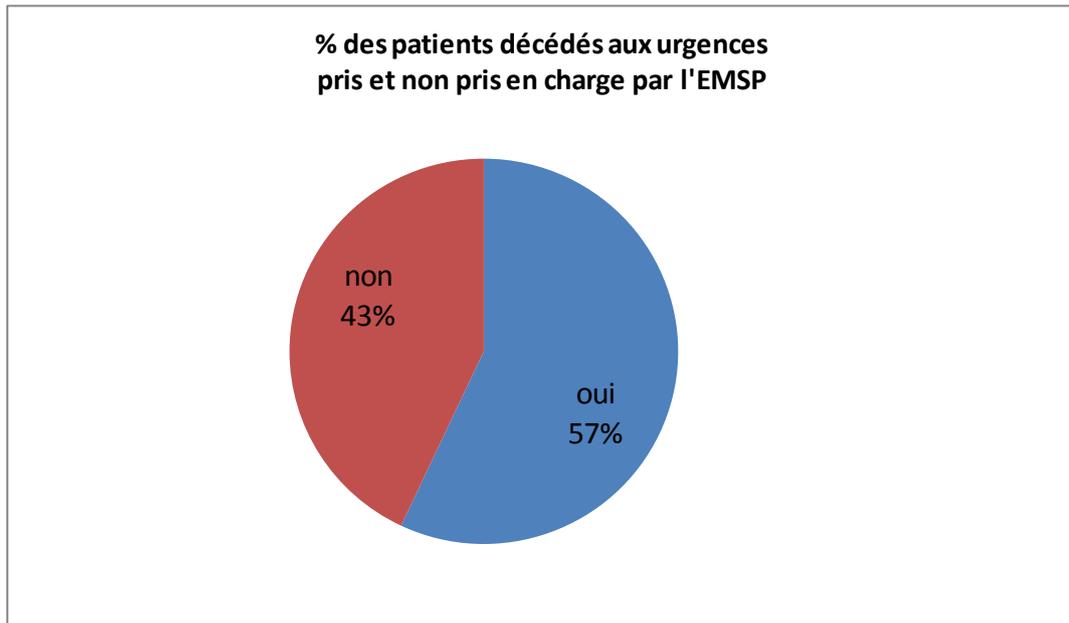


FIGURE 4 : Evaluation de la qualité de l'accompagnement des personnes en fin de vie

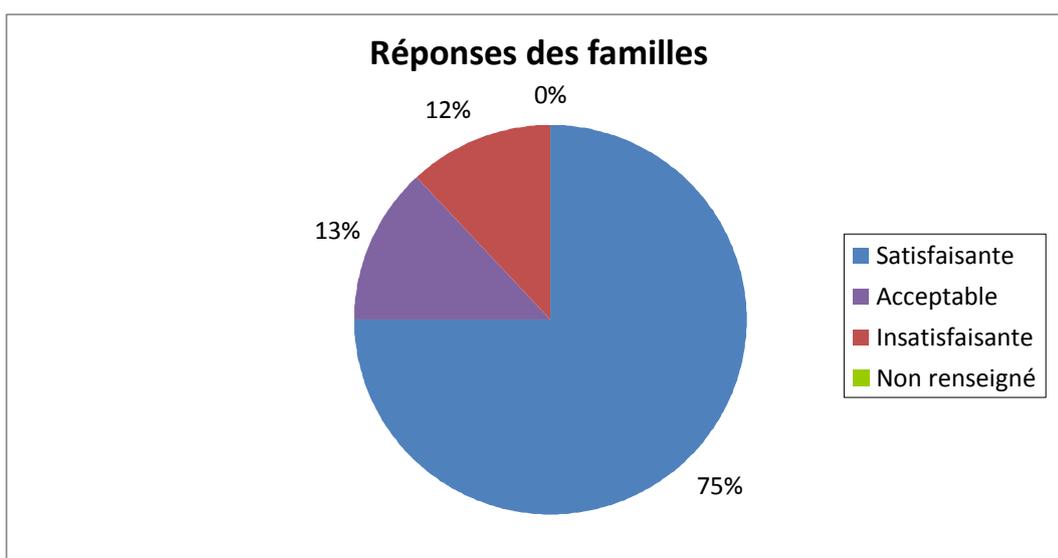
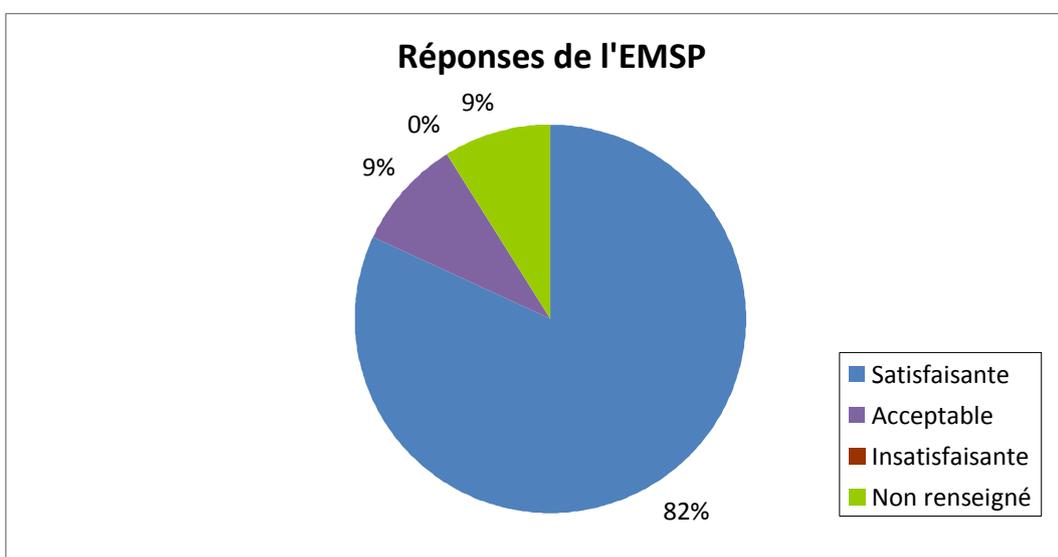
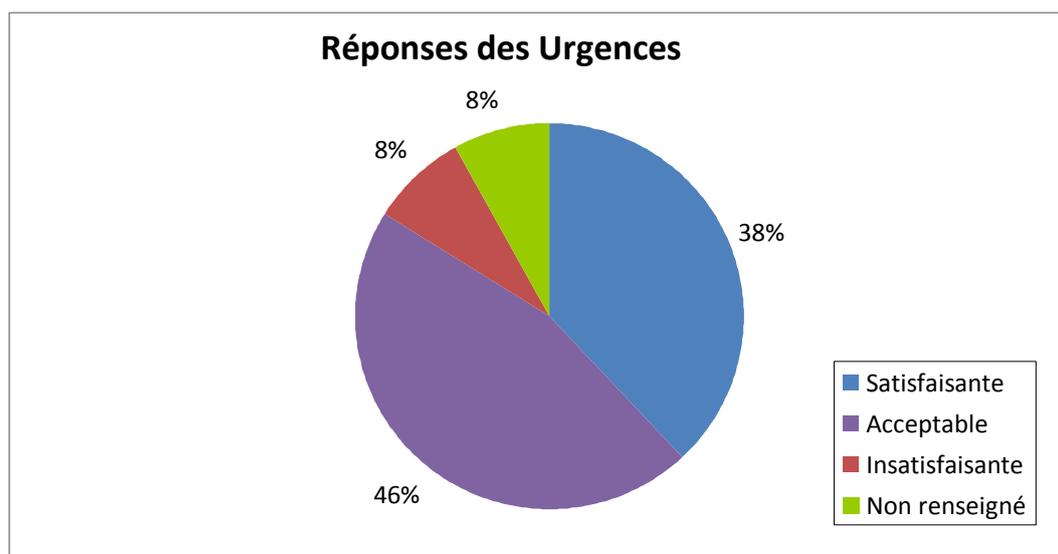


FIGURE 5 : Réponses des familles

