

# Diplôme de Cadre de Santé



**ESM**

**Formation & Recherche en Soins**

**Université Paris-Est Créteil Val de Marne**

**La fin de vie de la personne âgée  
aux urgences**

***Un enjeu managérial pour le cadre de santé***

Géraldine CHIROL

**DCS@16-17**

### **Note aux lecteurs**

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

## REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent tout d'abord à ma directrice de mémoire, Madame Isabelle Robineau-Fauchon, pour les temps d'échange et l'accompagnement privilégié dont j'ai pu bénéficier.

Je remercie sincèrement Madame Morgane Le Gal à qui j'ai pu livrer mon questionnement initial, et qui au cours de ces 10 mois d'enseignement et de partage m'a aidé à prendre de la hauteur.

Je remercie tout particulièrement mes deux collègues de promotion dont le soutien sans faille m'a aidé à franchir les différentes étapes.

Enfin, j'adresse un immense merci à mes proches, autant pour la préservation de l'équilibre de la cellule familiale, que pour leur patience bienveillante.

## SOMMAIRE

|   |    |
|---|----|
| INTRODUCTION.....   | 5  |
| 1. EN QUOI LE CADRE DE SANTE DONNE DU SENS AU MANAGEMENT AFIN DE REPENSER LE MOURIR AUX URGENCES ?.....                                 | 6  |
| 2. À LA DECOUVERTE DU MONDE DES URGENCES.....   | 8  |
| 2.1. À la description des services d’urgences.....  | 8  |
| 2.1.1. La définition de la médecine d’urgence.....  | 8  |
| 2.1.2. Du cadre législatif aux missions des services d’urgences.....  | 9  |
| 2.1.3. Des besoins de soins en urgence aux circuits de prise en soins.....  | 9  |
| 2.1.4. Une photographie nationale : zoom sur une journée du printemps 2013.....   | 10 |
| 2.1.5. Un contexte régional : la Bourgogne.....   | 12 |
| 2.2. À la découverte des acteurs.....   | 12 |
| 2.2.1. Les professionnels paramédicaux, être IDE aux urgences : une spécificité.....  | 14 |
| 2.2.2. L’équipe d’encadrement : être cadre de santé aux urgences.....   | 14 |
| 2.2.3. Les médecins urgentistes.....  | 16 |
| 3. LE MONDE DE LA PERSONNE ÂGÉE.....  | 18 |
| 3.1. La définition d’un patient gériatrique et ses spécificités.....  | 18 |
| 3.2. Les statistiques.....  | 21 |
| 3.3. L’enjeu d’une société pour répondre à des besoins spécifiques.....   | 22 |
| 3.4. Le sujet âgé admis aux urgences.....   | 24 |
| 4. LE MONDE DES SOINS PALLIATIFS ET DE LA FIN DE VIE.....   | 28 |
| 4.1. Une définition associée au cadre législatif pour des objectifs spécifiques.....  | 28 |
| 4.2. Où se situent les soins palliatifs ?.....  | 30 |
| 4.3. Les soins palliatifs et la vulnérabilité.....  | 31 |
| 4.4. Aborder la mort.....   | 32 |
| 4.5. Lorsque l’EHPAD est le dernier lieu de vie.....  | 34 |
| 4.6. Mourir aux urgences lorsqu’on est âgé.....   | 35 |
| 5. LES CONTRAINTES DE LA TEMPORALITÉ.....   | 37 |
| 5.1. La temporalité et la fragmentation : le lien entre deux concepts.....  | 37 |
| 5.2. La réponse par une éthique des soins lors de la fin vie.....   | 39 |
| 6. LE MANAGEMENT DU CADRE DE SANTÉ.....   | 44 |
| 6.1. Le rôle du cadre de santé s’inscrit dans un cadre législatif et s’envisage selon un référentiel d’activités et de compétences..... | 44 |
| 6.2. Le don du sens.....  | 48 |
| 6.3. Le but du travail en réseau entre l’EHPAD et les SU.....   | 52 |

|   |    |
|---|----|
| 6.3.1. Des entretiens concernant l'accueil et la prise en soins de la personne âgée, en fin de vie, aux urgences..... | 53 |
| 6.3.2. L'analyse managériale proposée .....   | 54 |
| 6.3.3. La confrontation de mes enquêtes à mes hypothèses .....  | 58 |
| CONCLUSION .....  | 59 |
| BIBLIOGRAPHIE .....   | 60 |
| TABLE DES ANNEXES   |    |

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES**

ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux  
AVP : Accident de la Voie Publique  
CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales  
DLU : Dossier de Liaison d'Urgence  
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs  
ETP : Équivalent Temps Plein  
HAD : Hospitalisation A Domicile  
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales  
INED : Institut National d'Études Démographiques  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques  
LISP : Lits Identifiés de Soins Palliatifs  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
ONFV : Observatoire National de la Fin de Vie  
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente  
SAUV : Salle d'Accueil d'Urgence Vitale  
SFAP : Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs  
SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence  
SMUR : Service Médical d'Urgence et de Réanimation  
SSIAD : Service de Soins Infirmiers À Domicile  
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation  
SU : Service d'Urgence  
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée  
UMG : Unité Mobile de Gériatrie

## **AVERTISSEMENT PRATIQUE**

Infirmière : lire partout infirmier diplômé d'Etat/infirmière diplômée d'Etat

## INTRODUCTION

La fin de vie questionne, angoisse, fait peur et interpelle. Une campagne d'information nationale à destination des professionnels et du grand public a été initiée début 2017 pour communiquer sur la loi CLAEYS et LÉONETTI du 2 février 2016.

Ce fait de société, sujet encore tabou, est indissociable de l'univers sanitaire et social. Cela renvoie autant à l'usager du système, qui peut s'avérer être nous demain, à nos proches, aux professionnels de santé que nous sommes. Nous sommes donc directement concernés. Les services d'urgences ont pour mission première d'assurer la survie des patients. La fin de vie fait partie intégrante des urgences. En effet, une des premières images que nous recevons est celle des personnes accidentées de la route. Les journaux relatent ce qui est qualifié de faits divers et qui pourtant dévaste une famille, un groupe, une société. Les Accidents de la Voie Publique (AVP) peuvent de manière dramatique exposer à une fin de vie, soit en pré-hospitalier, soit en hospitalier avec un décès survenant au sein des urgences. Les AVP consistent en une urgence inopinée. Nous voyons également au sein des urgences des patients venus dans le cadre de syndromes coronariens aigus, nommés auparavant infarctus du myocarde. La filière est organisée, les délais de prise en soins optimisés.

Puis, il est possible d'accueillir un patient, relativement âgé ou non, dans ses derniers instants de vie. L'âge n'a pas une signification si intéressante. Il ne s'agit pas d'être jeune ou vieux mais de concéder à chacun, sa place, en fonction de ce qu'il a décidé de son autonomie, de sa vulnérabilité, de sa fragilité et de son confort de vie. Presque un quart des résidents qui décèdent en Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), de façon non soudaine, sont hospitalisés en urgence au moins une fois au cours des deux dernières semaines qui précèdent le décès<sup>1</sup>.

J'ai voulu mettre en avant mon questionnement sur le rôle et la place du cadre de santé au sein d'un service d'urgences lors de la prise en soins d'un patient âgé en fin de vie, résident d'EHPAD. Ma réflexion fera l'objet d'une première partie qui expliquera mon cheminement. Ensuite, je vous propose d'explorer le contexte lié à mon questionnement : le monde des urgences, de la personne âgée et celui des soins palliatifs et de la fin de vie (respectivement partie 2, 3 et 4). La cinquième partie s'attachera à mettre en avant le concept qui m'est apparu comme incontournable à la réalisation de ce travail : la temporalité. Puis, la sixième et dernière partie portera sur les rôles et missions du cadre de santé, avec l'utilisation du management par le sens pour répondre aux problématiques soulevées. L'enquête menée auprès de cadres de santé de services d'urgences permettra de confronter mes idées (issues de recherches et de mon expérience) à leur réalité de terrain et à leur vision. La conclusion ouvrira notamment sur la nécessité d'une approche collective pour répondre au questionnement soulevé.

---

<sup>1</sup> Observatoire National de la fin de vie. Fin de vie en EHPAD. Premiers résultats de l'enquête nationale.



# 1. EN QUOI LE CADRE DE SANTE DONNE DU SENS AU MANAGEMENT AFIN DE REPENSER LE MOURIR AUX URGENCES ?

Je souhaite en premier lieu présenter le cadre de mon exercice professionnel qui me permet d'explicitier en quoi aujourd'hui, il raisonne avec mon questionnement. En effet, l'expérience et la singularité des parcours professionnels motivent le fruit d'une réflexion qui se murit.

Ainsi, cette première partie est le fil conducteur qui met en relation ma pratique professionnelle et la formalisation de mon questionnement.

Je travaille dans un hôpital de province, d'une ville de 34869 habitants<sup>2</sup>, située dans le département de l'Yonne (89) en région Bourgogne Franche-Comté (à 170 kilomètres de Paris et 150 kilomètres de Dijon). Ce centre hospitalier est membre d'un Groupement de Coopération Sanitaire. Mon expérience d'infirmière hospitalière puis d'infirmière assurant des fonctions cadre m'a conduit à travailler dans des services où l'accompagnement de personnes en fin de vie, âgées ou non, relevait du quotidien. Même, s'il est évident que l'individualité et la singularité de chaque être relève de l'exceptionnel.

Le parcours professionnel que j'ai emprunté a toujours été en lien avec celui de la personne âgée et celui des personnes en fin de vie. J'ai débuté l'exercice de ma profession dans un court séjour gériatrique avant d'intégrer un service hospitalier ouvert sur le territoire. L'Hospitalisation A Domicile (HAD) m'a offert la possibilité de découvrir l'intimité du domicile, initialement en qualité d'infirmière avant d'en avoir la responsabilité, notamment managériale. Ensuite, j'ai eu l'opportunité de rejoindre l'équipe d'encadrement du Service d'Urgences (SU).

Ainsi, j'ai découvert le service des urgences. Ce lieu technique de l'immédiateté où les soins sont nettement marqués par les codifications, les scores et les protocoles.

L'admission d'un patient en fin de vie questionnait l'équipe. Concrètement, j'étais interpellée pour m'annoncer qu'un patient avait été adressé pour mourir. Cette information s'accompagnait d'autres notions telles que l'absence de place pour accueillir ce patient, des salles saturées, l'anormalité de la situation, l'aspect inhumain de devoir prendre soin sur un brancard. La question récurrente était celle du motif de recours à un service d'urgence pour des soins non curatifs (le terme palliatif n'étant pas aisé à prononcer du fait d'un nécessaire consensus et d'une vision restreinte d'une situation à un moment donné que représente le SU). Il est toujours possible de regarder le parcours justifiant une arrivée inopinée dans une structure d'urgence. Toutefois, même s'il n'existe pas d'autres modes d'entrée que l'admission inopinée, certaines situations étaient prévisibles. A défaut d'une programmation, totalement incompatible avec un service d'urgence, une transmission, un lien, une personne avec laquelle communiquer aurait pu permettre, non pas de justifier d'une hospitalisation, car cela ne relève pas d'une compétence paramédicale mais de préparer l'admission d'une personne en fin de vie. Ma première question reposait, en lien direct avec mon cœur de métier, sur comment accompagner au mieux la personne qui venait d'être accueillie en lui apportant en toute sécurité des soins de qualité.

Je revois un homme, très âgé, installé sur un brancard, en Salle d'Accueil d'Urgences Vitales (SAUV). Ses constantes pouvaient être qualifiées de « péjoratives ». Il était perfusé, sous masque à oxygène. Je ne sais pas s'il nous entendait. Il ne communiquait plus verbalement. Il ne réagissait presque plus. Sa famille, informée de son transfert aux urgences, l'attendait en salle d'attente, inquiète de comprendre ce qui avait suscité cette hospitalisation et désireuse que ce même service fasse tout pour lui. Et, je revois l'équipe, débordée ce jour-là, dans l'incompréhension et l'impossibilité de proposer un accompagnement digne de ce nom.

Il y a eu beaucoup de patients très âgés, certains sont morts dix minutes après leur admission, certains sont décédés sur un brancard, trop fragiles pour être mobilisés. Certains ont pu décéder dans des conditions décentes, dans, un lit, une chambre individuelle auprès de leurs proches, que ce soit en Unité

---

<sup>2</sup> INSEE. [Consulté le 10 octobre 2016]. Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/themes/comparateur.asp?codgeo=com-89024>.

d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) ou en médecine. Louis PLOTON<sup>3</sup> reconnaît que « *quelquefois les patients viennent pour mourir à l'hôpital, ce qui pose le problème des ultimes soins*<sup>4</sup> ». Comment aux urgences le patient et l'équipe oscillent entre ces deux paradoxes : la médecine d'urgence dont la mission première est le maintien de la vie et la survie dans un contexte qui se veut le plus rapide possible ; et la médecine palliative, pour laquelle le temps semble ne plus avoir de sens car seul le confort est valorisé ?

Pour autant, il y a urgence à accompagner le patient et l'équipe qui s'inscrivent dans ce paradoxe. Comment la temporalité de chacun s'exerce ?

Quelle place est laissée au débat éthique lorsqu'il est indispensable de prioriser ses actes, de classer et de trier ? Existe-t-il des patients qui seraient moins désirables que d'autres ? Suis-je autorisée à prononcer le mot : discrimination ? Pourquoi et comment les patients meurent aux urgences alors que toutes les études démontrent que la fin de vie est souhaitée à domicile ?

Quel sens donner à cette hospitalisation inopinée dans ce lieu de la survie ? De quel type d'urgence suis-je en train de parler : l'urgence gériatrique, l'urgence palliative, ou bien l'urgence émotionnelle ? Celle-ci est-elle celle du patient, de ses proches, voire du soignant ?

Mourir en urgence, aux urgences ?

Y a-t-il une urgence à mourir ?

Y a-t-il un temps pour vivre et un pour mourir ?

Comment le cadre de santé au sein d'une structure hospitalière d'urgence remplit cette fonction ? Comment ce paradoxe du mourir dans un lieu où tout est entrepris pour la survie oblige le cadre de santé à adapter son management ?

Ce constat pose le questionnement suivant : comment le cadre de santé donne du sens, travaille sur les valeurs, apporte de l'humanité à l'hyper technicité ? Comment faire pour manager une équipe dont le quotidien est de s'adapter à l'imprévisible en essayant malgré tout de lui donner du sens ?

Prendre en soin le mourir d'une personne au SU ne sollicite ni les mêmes qualités, ni les mêmes compétences que prendre en soin le mourir d'une personne en oncologie ou dans un service de soins palliatifs. Il s'agit de repenser le mourir aux urgences afin que l'équipe soignante donne du sens à sa pratique.

Ainsi, j'ai favorisé la prise en soins pluridisciplinaire en faisant appel à l'Unité Mobile de Gériatrie (UMG) ou à l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP). A aucun moment je n'ai remis en cause l'obligation qui m'incombait de proposer une prise en charge palliative au sein du service. J'ai refusé de négocier ce patient qualifié d'indésirable pour certains. L'accueil et la prise en soins font partie intégrante des missions du SU mais celles-ci ne me sont que provisoirement confiées. En effet, la structure hospitalière, dans son intégralité et son intégrité, est concernée par l'accueil et la prise en soins de qualité, notamment, des patients en fin de vie.

La complexité et la singularité des situations rencontrées et de celles qui se présenteront méritent de toujours se questionner sur le bien-fondé de nos actes. L'objet de ce mémoire est d'éclairer le sujet qui m'interpelle depuis de nombreuses années, de l'explorer comme je ne me suis jamais permise de le faire auparavant. Je souhaite que cela puisse ensuite être profitable aux patients, à leur famille et aux équipes. Je souhaite que cela me soit profitable personnellement et professionnellement parlant, mais également à la structure dans laquelle je travaille. J'ai l'intime conviction que le cadre de santé, en proposant un management par le sens offre une valeur ajoutée aux pratiques quotidiennes.

---

<sup>3</sup> Louis PLOTON est psychiatre. Il enseigne la psychologie gériatrique à l'université Lumière-Lyon 2.

<sup>4</sup> PLOTON, Louis. De la gériatrie à la psychogériatrie. In : La personne âgée, son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence. Lyon. Chronique sociale. 6<sup>e</sup> édition. Septembre 2003. p. 12.

## 2. À LA DECOUVERTE DU MONDE DES URGENCES

A la question, « **En quoi le cadre de santé donne du sens au management afin de repenser le mourir aux urgences ?** » nécessite de présenter ce qu'est un service d'urgences. Je vous propose, dans cette première partie, intitulée : le monde des urgences, une découverte en deux temps.

Le premier temps s'intéressera à vous proposer une description des services d'urgences, au travers notamment de sa définition, de son cadre législatif, de ses missions, des besoins qui nécessitent d'y recourir et de ses circuits de prises en soin. Cette description s'achèvera sur une vision macroscopique par une photographie à un instant « T », des structures d'urgences en France, avant de proposer un ancrage territorial : la région Bourgogne.

Le deuxième temps s'intéressera tout naturellement aux acteurs qui composent cette organisation. Maillon et sujet central, le patient âgé, ne fera qu'une apparition furtive dans cette partie. Il sera au cœur d'une étude détaillée dans le prochain chapitre intitulé : le monde de la personne âgée.

### 2.1. À la description des services d'urgences

En 2014, 723 structures d'urgences ont géré 19,7 millions de passages (augmentation de 4 % par rapport à 2013). La médecine d'urgence est en majeure partie absorbée par le secteur public<sup>5</sup>.

#### 2.1.1. La définition de la médecine d'urgence

La médecine d'urgence,<sup>6</sup> est définie par la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), dans la charte de médecine d'urgence en 2003, comme une spécialité ayant pour mission de répondre en permanence, de manière adaptée, aux demandes et/ou symptômes inopinés et urgents des malades et blessés jusqu'à leur orientation.

Toute personne, sans sélection, confrontée à un problème de santé inopiné, peut 24h/24, accéder aux compétences des professionnels de la médecine d'urgence.

Les fonctions essentielles et indissociables de la médecine d'urgence sont :

- Identifier et hiérarchiser, dès le premier recours aux soins, les besoins inopinés des malades ou blessés à travers leurs demandes et /ou symptômes, selon des méthodes et une expertise adaptée aux conditions d'exercice de la médecine d'urgence (par l'utilisation d'échelles de tri et la réalisation de scores).
- Mettre en œuvre les premières mesures diagnostiques et thérapeutiques notamment en ce qui concerne les situations à risque vital et/ou fonctionnel.
- Réguler et coordonner la prise en charge des malades ou blessés afin de les orienter vers les structures, les filières et réseaux de soins les plus adaptés à leurs besoins, de manière concertée quand nécessaire avec les autres acteurs du système de soins y compris dans le domaine social.

« *La médecine d'urgence est polyvalente, séquentielle, discontinue, à caractère social ouvert sur la ville*<sup>7</sup> ». Je partage ce point de vue. Il est palpable, dès ce niveau, de constater que les SU sont au carrefour des prises en soins, et sont le trait d'union entre la médecine libérale, le pré-hospitalier, les unités de soins et les structures sanitaires et/ou médico-sociales.

Après avoir défini un SU, il est possible d'en poser les limites et les contours au regard du cadre législatif.

<sup>5</sup>Les établissements de santé. Edition 2016. Panorama de la DRESS.

[Consulté le 13 décembre 2016]. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pano-etab-sante-2016.pdf>

<sup>6</sup> Définition de la médecine d'urgence. [Consulté le 16 décembre 2016]. Disponible sur :

[http://www.sfmu.org/upload/referentiels/SFMU/Referentiel\\_IDEU\\_VF2008-06-1.pdf](http://www.sfmu.org/upload/referentiels/SFMU/Referentiel_IDEU_VF2008-06-1.pdf)

<sup>7</sup> LEFRANC C, DULIOUST S. Formation et responsabilité de l'infirmier en médecine d'urgence. [Consulté le 18 février 2017]. Disponible sur : [http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/responsabilite\\_infirmiere.pdf](http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/responsabilite_infirmiere.pdf)

### 2.1.2. Du cadre législatif aux missions des services d'urgences

Il est à noter que jusque dans les années 1980, les SU fonctionnaient sans cadre réglementaire précis. Le rapport d'Adolphe STEG<sup>8</sup> met en avant les dysfonctionnements notamment sur l'accueil des usagers, l'insuffisance de formation du personnel, la durée d'attente, le manque de qualité dans l'accueil et l'insatisfaction du personnel du fait de mauvaises conditions de travail. Le rapport STEG sera suivi de :

- La circulaire du 14 mai 1991 qui précise l'organisation, le fonctionnement et la prise en charge des urgences. Cette circulaire décrit les missions de l'infirmière d'accueil : elle voit tous les patients, les guide, les oriente dans le service, coordonne les relations avec la famille, informe le patient et surveille la salle d'attente.
- Le décret du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmières impose : le respect de la vie et de la dignité du patient, l'assistance à personne en péril, l'absence de discrimination et le secret professionnel, la confidentialité et le respect du patient et de ses droits.
- Le décret du 29 juillet 2004 du Code de la Santé Publique relatif aux actes professionnels indique que l'infirmière doit « reconnaître une situation relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique ». L'entretien d'accueil et d'orientation fait partie de son rôle propre.
- La charte des urgences rédigée en 2003 par la SFMU, renomme l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation en Infirmière Organisatrice de l'Accueil (IOA). Elle peut orienter à l'intérieur du service mais n'a pas les compétences pour réorienter un patient hors des urgences.
- La circulaire du 16 avril 2003<sup>9</sup> relative à la prise en charge des urgences fait référence à la circulaire du 18 mars 2002 sur l'amélioration de la filière de soins gériatrique avec l'ambition de limiter le passage systématique par les urgences.  
Les missions des SU (circulaire du 16 avril 2003<sup>10</sup>) sont : « *de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances ; l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et les besoins de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir.* »
- Le décret du 22 mai 2006, est relatif aux techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence.

### 2.1.3. Des besoins de soins en urgence aux circuits de prise en soins

La nécessité de recourir à un service d'urgence repose sur l'expression de besoins de soins en urgence<sup>11</sup> exposant une hétérogénéité quant à leur degré réel d'urgence et aux moyens mis en regard :

- Le besoin de soins immédiats, qui engage le pronostic vital et/ou fonctionnel et qui exige, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et la mobilisation immédiate de moyens médicalisés lourds.
- Le besoin de soins urgents, qui appelle la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir.
- Le besoin de consultation exprimé en urgence, qui appelle dans un délai relativement rapide, mais non immédiat, la présence d'un médecin. Cette demande relève de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux.

Il est possible de retrouver une classification simpliste<sup>12</sup> du recours qui correspondrait : à l'urgence vitale ou à l'urgence ressentie (consultation non programmée).

---

<sup>8</sup> Adolphe STEG est professeur agrégé de médecine, titulaire de la chaire d'urologie de l'hôpital Cochin, membre de l'Académie nationale de médecine. Il est grand officier de la Légion d'honneur et grand-croix de l'Ordre National du Mérite

<sup>9</sup> Circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

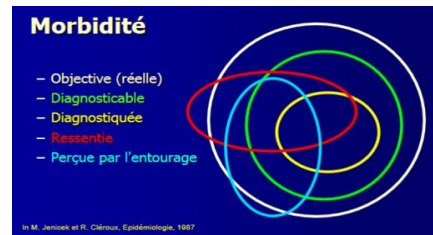
[Consulté le 10 novembre 2016]. Disponible sur : [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir\\_15832.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_15832.pdf)

<sup>10</sup> Ibidem<sup>9</sup>

<sup>11</sup> Ibidem<sup>9</sup>

<sup>12</sup> L'hôpital.fr. [Consulté le 10 octobre 2016]. Disponible sur : <http://www.hopital.fr/Droits-demarches/Vos-demarches/Les-urgences/Ce-que-vous-devez-savoir-sur-les-services-d-urgence/L-attente-aux-urgences>

Cette conception fait écho à la morbidité (M. JENICEK et R. CLEROUX, 1997) où le recours aux soins est très lié au ressenti.<sup>13</sup> Ainsi, il est retrouvé la morbidité : objective (réelle), diagnosticable, diagnostiquée, ressentie et celle perçue par l'entourage. La morbidité objective est celle qui est considérée comme réelle, à l'intérieur de laquelle, il est retrouvé la morbidité **diagnosticable** (en regard de l'état actuel des connaissances), la morbidité **diagnostiquée** (identifiée). Puis, deux ellipses viennent s'entremêler, il s'agit de la morbidité **ressentie** par le sujet et celle **perçue par l'entourage** (selon les dires du sujet ou ce qu'elle pense avoir décelé de la situation de son proche).



Des besoins, en découlent les différentes filières de prises en soins ainsi que les délais impartis. Les SU sont très souvent inscrits selon les circuits suivants :

- L'accueil est la première étape du parcours lors de l'arrivée du patient à l'hôpital. L'accueil immédiat comprend l'accueil administratif, infirmier et/ou médical. Selon les structures, l'accueil est assuré par un agent administratif, une IOA et/ou, un MAO (Médecin d'Accueil et d'Orientation). L'accueil est concomitant avec le tri.
- Le tri est basé sur l'établissement d'un score afin d'orienter le patient dès son admission dans la bonne filière et au bon moment (annexe 1).
  - L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ETG) indique selon le niveau de triage les délais de prises en soins (d'immédiat à 120 minutes) et le taux d'admission en regard (hospitalisations).
  - L'échelle du Manchester Triage Scale (MTS) précise les délais recommandés selon les prises en charges (d'immédiat à 240 minutes).
  - La Classification Infirmière des Malades d'Urgence (CIMU) correspond à un outil d'aide à l'évaluation des patients qui se présentent aux urgences. Actualisée en 2011 par Pierre TABOULET<sup>14</sup>, la CIMU indique notamment selon la situation, le risque d'aggravation, la perte de chance en cas d'attente et le secteur d'installation.
- Les filières de prise en soins permettent d'orienter sur les différents secteurs de prise en soins que représentent :
  - Le circuit court (traumatologie),
  - Le circuit long (investigations complémentaires nécessaires : imagerie et biologie),
  - Les SAUV.

Certaines filières d'urgence sont soumises à des protocoles spécifiques (filière neurovasculaire, syndrome coronarien aigu). Il n'existe pas de filière palliative. La filière gériatrique sera évoquée dans le chapitre consacré à la personne âgée.
- La classification médicale est utilisée pour codifier le passage aux urgences. La CCMU 4 par exemple correspond à une situation pathologique engageant le pronostic vital avec une prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate (annexe 2).

Bien entendu, l'architecture du bâtiment peut influencer la répartition des différents secteurs de prises en soins.

#### 2.1.4. Une photographie nationale : zoom sur une journée du printemps 2013

Maintenant, je vous propose de prendre notion d'un constat à l'échelle du territoire national. Une étude<sup>15</sup> récente a observé 52000 patients qui se sont présentés dans les 736 points d'accueil des urgences un jour donné (le 11 juin 2013).

<sup>13</sup> RAIMONDEAU Jacques. Cours « introduction à la santé publique ». Le 27/09/2016. Master management et santé

<sup>14</sup> Pierre TABOULET est médecin urgentiste. Il a été pendant 19 ans chef du service des urgences de l'hôpital Saint Louis

<sup>15</sup> Etude nationale sur les structures d'urgences.

[Consulté le 13 décembre 2016]. Disponible sur : [http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2013\\_dossier01.pdf](http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2013_dossier01.pdf)

Sur cette enquête nationale réalisée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) intitulée « les structures des urgences hospitalières » je vous propose de prendre en considération les éléments ci-dessous :

- La patientèle :
  - Le recours aux urgences est plus élevé pour les nourrissons et pour les personnes âgées de 75 ans ou plus.
  - 75 % des patients rentrent chez eux, 20 % sont hospitalisés.
- L'heure d'admission :
  - La plupart des patients se présentent dans la journée et en début de soirée, jusqu'à 20 heures.
  - 25 % des passages ont lieu entre 20 heures et 8 heures et 10 % entre minuit et 8 heures.
- La durée des symptômes :
  - Pour plus de 50 % des patients, la situation qui les a conduits à venir a débuté le jour même.
  - Pour 30 % des patients, la situation remonte à plusieurs jours.
- La provenance : près de 65 % viennent directement de leur domicile,
- Le mode d'arrivée
  - 70 % arrivent aux urgences par leurs propres moyens (ou grâce au véhicule d'un tiers).
  - 11 % sont transportés par les pompiers.
  - 11 % par un taxi ou une ambulance.
  - Les patients amenés par les équipes du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) nécessitent une forte mobilisation du personnel des services d'urgences.
- Le motif de recours aux urgences
  - Un lieu de soins qui apparaît médicalement le plus adapté au problème de santé.
  - Une décision motivée par l'accessibilité aux soins, la facilité d'accès des urgences (proximité géographique, disponibilité du plateau technique, horaires ou gratuité).
  - Un second choix lorsque l'offre libérale n'est pas satisfaisante.
  - Lorsque le patient est amené par les pompiers ou le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU).
- Taux de recours selon l'âge (Les nourrissons et les personnes âgées sont les plus concernés)
  - 2 ‰ pour les enfants de moins de 1 an
  - 1,5 ‰ pour les personnes âgées de 85 ans ou plus
  - Les patients âgés de 75 ou plus représentent 12 % des passages (dont 5 % pour les 85 ans ou plus), alors que ces groupes d'âges constituent 10 % (et 4 %) de la population générale.
- Les motifs de recours à partir de 65 ans :
  - 25 % de traumatologie (18 % sont liés aux chutes).
  - 17 % de problèmes cardio-vasculaires.
- Délai d'obtention d'un lit d'aval : pour les patients hospitalisés, 20 % ont nécessité plus d'un appel de la part de l'équipe soignante, et le délai d'obtention d'un lit excède quatre heures pour 10 % d'entre eux.

Cette enquête permet de confronter nos établissements à cette photographie nationale. Le recours aux urgences des personnes âgées s'explique sans doute par une plus grande fragilité présente « aux âges extrêmes de la vie ». Les SU sont une réponse à un besoin (limite de la médecine libérale, seul lieu ouvert 24h/24, dispense d'avance de frais).

La perspective de recours aux urgences des personnes âgées devrait augmenter de 42 % en 2030 ainsi, « la population âgée pourrait donc devenir le cœur de métier de l'hôpital<sup>16</sup>. » Le soin gériatrique, pour moi, plus que jamais, est une notion d'actualité et un devenir à construire.

---

<sup>16</sup> Hospimedia. Le nombre de passages aux urgences des personnes âgées pourrait croître de 42% d'ici 2030. [Consulté le 29 mars 2017]. Disponible sur : [http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170328-offre-de-soins-le-nombre-de-passages-aux?utm\\_campaign=EDITION\\_QUOTIDIENNE&utm\\_medium=Email&utm\\_source=ExactTarget#top](http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170328-offre-de-soins-le-nombre-de-passages-aux?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget#top)



### 2.1.5. Un contexte régional : la Bourgogne

J'ai souhaité prendre en compte le contexte régional dans lequel j'évolue. Même si la Bourgogne s'est ouverte à la Franche-Comté, mes investigations sont restreintes au contexte exclusivement bourguignon (fusion avec la Franche-Comté effective au 1<sup>er</sup> janvier 2016<sup>17</sup>). Il m'apparaît opportun, de délimiter, ci-dessous, les contours des SU bourguignons. Le contexte, géographique et démographique, explique en partie, le recours aux SU bourguignons.

L'activité des structures d'urgences en Bourgogne<sup>18</sup>, en 2014, est analysée ainsi :

- Une population vieillissante (la Bourgogne est parmi les régions françaises avec une proportion de personnes âgées de plus de 75 ans les plus élevées 11,3 % contre 9,1 % au niveau national).
- Une faible densité des professionnels de santé (en 2010, la densité de médecins libéraux et de spécialistes, pour 100 000 habitants, est plus faible en Bourgogne que sur l'ensemble du territoire français).
- 31,2 % de patients de plus de 75 ans sont hospitalisés en UHCD.
- L'activité gériatrique (patient de plus de 75 ans)
  - Nombre de passages sur l'année : 43120 (entre 75 et 85 ans) et 38218 (plus de 85 ans),
  - Motif de recours : médico-chirurgical (70,4 %), traumatologie (23,9 %),
  - Sortie : hospitalisations (58,8 %), retour à domicile (41%) et décès (0,3 %).
- La durée médiane de passage selon l'âge : plus l'âge augmente, plus la durée de passage augmente (supérieur à 3h30 pour les personnes de plus de 75 ans).
- 0,1 % de décès.

L'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) prévoit une nette augmentation du nombre d'habitants de 75 ans et plus en Bourgogne avec un pic à compter de 2021.

Enfin, il est possible de se questionner sur l'intérêt de mener une réflexion pour un faible pourcentage de décès en Bourgogne. La démarche que j'explore s'appuie sur la singularité de chaque être humain et d'une situation unique qui reste exceptionnelle pour la personne et son entourage. Marie GAILLE<sup>19</sup> annonce que « *le fait que les demandes soient rares ou fréquentes ne modifie pas la nature des questions posées* (dans le domaine d'une demande de laisser mourir ou d'assistance en vue de mourir)<sup>20</sup>. »

Ainsi, s'achève le premier temps de la découverte des urgences. Il est désormais le moment de venir à la rencontre des acteurs.

## 2.2. À la découverte des acteurs

Cette présentation des SU ne peut pas s'envisager sans une présentation des acteurs de cette organisation. Les acteurs sont fondamentaux. Ce sont eux qui donnent vie à l'institution. L'environnement des SU confère une dimension plurielle.

Tout d'abord, il est intéressant de savoir que les effectifs des personnels (besoins exprimés en Equivalent Temps Plein : ETP) travaillant dans des SU sont soumis à un référentiel auquel la profession cadre de santé n'échappe pas. Ce référentiel, a été élaboré par le Service d'Aide Médicale Urgente, en 2011<sup>21</sup>.

<sup>17</sup> Loi du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral

<sup>18</sup> Activités des structures d'urgences en Bourgogne. Panorama 2014. ORUB. Observatoire Régional des Urgences en Bourgogne. p 13-55

<sup>19</sup> Marie GAILLE est docteur en philosophie, chargée de recherche au Centre de recherche sens, éthique, société. Université Paris Descartes.

<sup>20</sup> GAILLE, Marie. La mort, le patient et le chercheur. La vie des idées.fr, avril 2009, page 2.

<sup>21</sup> Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence (Samu, Smur, Service des Urgences, UHCD). [Consulté le 16 décembre 2016]. Disponible sur : <http://www.samu-urgences-de->

J'ai choisi des caractéristiques correspondant à mon établissement (présentés dans les tableaux respectifs ci-dessous). Cela signifie que pour un hôpital de province les ressources humaines requises sont importantes et justifie de la part du cadre de santé, une réelle organisation. Cela signifie également que l'hôpital est un des principaux employeurs de la ville et de ses alentours.

A titre d'exemple les besoins humains sont les suivants :

|   |                                     |   | ETP |
|---|-------------------------------------|---|-----|
| <b>SU<br/>(de 35 000 à 45 000 passages)</b> | IDE H 24                            | 5 | 48  |
|   | IOA H24                             | 1 |     |
|   | IDE SAUV                            | 1 |     |
|   | IDE gypso thérapeutes <sup>22</sup> | 1 |     |
|   | AS H24                              | 3 | 42  |
|   | AS avec IOA et circuit court H24    | 1 |     |
|   | AS SAUV H24                         | 1 |     |
|   | AS brancardage H24                  | 2 |     |
| <b>SU<br/>(de 30 000 à 40 000 passages)</b> | Secrétaire médicale<br>Le jour      | 3 | 12  |
|   | Secrétaire médicale<br>La nuit      | 1 |     |
|   |                                     |   |     |

|                          |                     |   | ETP |
|--------------------------|---------------------|---|-----|
| <b>UHCD<br/>(8 lits)</b> | IDE H24             | 1 | 6   |
|                          | AS H 24             | 1 | 6   |
|                          | Secrétaire médicale | 1 | 1   |

|                   |     | ETP |                                    |
|-------------------|-----|-----|------------------------------------|
| <b>SU et UHCD</b> | ASH | 1   | 1 par tranche de 250m <sup>2</sup> |

En lien avec mon questionnaire managérial, j'ai ciblé trois catégories de professionnels : les équipes paramédicales, d'encadrement et médicales. Bien que nécessairement intégrés au bon fonctionnement des unités, je n'ai pas mentionné :

- Les personnels des services d'aval (services de médecine, chirurgie, obstétrique, réanimation, soins de suite, et services d'alternatives à l'hospitalisation),
- Les professionnels issus des services dits de spécialité et les équipes mobiles (soins palliatifs, gériatrie),
- Les personnels des structures de l'amont : structures médico-sociales, sanitaires, médecine libérale et domicile,
- Les professionnels issus des services transversaux et les services supports (laboratoire, pharmacie, stérilisation, plateau technique, Etablissement Français du Sang, service social, service sécurité),
- Etudiants : interne en médecine. Les étudiants en soins infirmiers et les élèves aides-soignants ne sont pas comptabilisés dans l'effectif mais sont acteurs.

Les patients sont indéniablement au cœur du dispositif. Ils sont acteurs. Autant que possible, ils sont acteurs de leurs soins. Les notions liées à la personne âgée seront développées dans la prochaine partie intitulée : le monde de la personne âgée.

france.fr/fr/publications/recommandations/-ressources-medicales-necessaires-au-bon-fonctionnement-d-une-structure-d-urgence/art\_id/660

<sup>22</sup> L'IDE gypso thérapeute réalise sur prescription la mise en place ou le retrait de plâtres, attelles, corsets et autres orthèses.



### *2.2.1. Les professionnels paramédicaux, être IDE aux urgences : une spécificité*

Puisque ma problématique est soulevée par un questionnement issu du management du cadre de santé auprès des équipes soignantes, notamment infirmières, je souhaite apporter des précisions sur quelques points qui me semblent essentiels :

- L'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier précise la définition du métier :
  - Évaluer l'état de santé d'une personne, analyser les situations de soins, concevoir et définir des projets de soins personnalisés, planifier des soins, les prodiguer et les évaluer et mettre en œuvre des traitements.
  - Dispenser des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé, contribuer à l'éducation à la santé, et l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie.
  - Intervenir dans le cadre d'une équipe pluri professionnelle, dans des structures et à domicile de manière autonome et en collaboration.
- Le code de déontologie des infirmiers<sup>23</sup> pose un cadre commun à l'exercice de la fonction indépendamment du lieu d'exercice. Ainsi, sur les soins apportés au patient en fin de vie : l'IDE respecte la vie humaine (et ce même après la mort), la dignité et l'intimité du patient, de sa famille et de ses proches (art. R. 4312-3). Il soulage les souffrances (art. R. 4312-19) et assure au patient une fin de vie digne jusqu'à la mort en l'accompagnement ainsi que la qualité d'une vie qui prend fin, sans provoquer intentionnellement la mort (art. R. 4312-20 et 4312-21).

Les infirmiers disposent réglementairement du même diplôme, ont donc validé des compétences et des activités et sont soumis au même code de déontologie. Cependant, travailler aux urgences nécessitera d'affiner certaines compétences. Ainsi, le référentiel de compétence de l'infirmier en médecine d'urgence élaboré en juin 2008 par la SFMU précise les connaissances et compétences spécifiques liées à l'organisation et aux missions des SU et liées aux motifs de recours (défaillances vitales, saignement, dyspnée, douleur aiguë, plaies, intoxications ...). Il n'y est aucunement retrouvé une compétence spécifiquement liée à la fin de vie.

Les IDE ont un manque de connaissance du patient qui arrive en urgence, ignorent parfois l'identité, se sentent impuissants face à l'angoisse, perçoivent des discordances entre les souhaits exprimés par le patient et ceux de ses proches, sont tiraillés entre la sécurité à tout prix et le respect de la liberté du patient. Ainsi, la contention, privation de liberté est une contrainte, jugée sécuritaire pour protéger d'une violence envers les soignants ou pour protéger le patient de lui-même (réduire le risque de chute). La réflexion du sens donné aux soins est omniprésente.

Le cadre de santé, dans son management, doit tenir compte de toutes ces spécificités.

Volontairement, je n'ai pas mis en avant les AS dont le rôle, la place et l'importance ne sont pas à démontrer. J'ai fait ce choix car dans ma structure, les AS sont postés majoritairement en UHCD. Cela signifie que les patients ne meurent pas sur un brancard. Ils sont accompagnés dans une chambre individuelle, installés dans un lit et la place des proches y est facilitée. Le travail des AS est essentiel. Ils sont un maillon indispensable au bien prendre soin.

### *2.2.2. L'équipe d'encadrement : être cadre de santé aux urgences*

L'effectif du cadre de santé, tel qu'il vous est proposé ci-dessous, entend l'existence d'une équipe d'encadrement de proximité, et d'un travail sans discontinuité.

---

<sup>23</sup> Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers. [Consulté le 17 janvier 2017]. Disponible sur : Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/AFSH1617652D/jo/texte/fr>

|   |                        |     |     |
|---|------------------------|-----|-----|
|   |                        |     | ETP |
| <b>SU<br/>(de 30 000 à 40 000 passages)</b> | Cadre de santé le jour | 2   | 7   |
|   | Cadre de santé la nuit | 0.5 |     |
| <b>UHCD (8 lits)</b>                        |                        |     | 1   |

Le cadre de santé doit dans un service d'urgence, mobiliser, des compétences spécifiques. Il agit dans un environnement incertain (arrivées inopinées de patients), mobilise des professionnels lors de situations exceptionnelles (afflux massif de victimes), doit faire preuve de réactivité (prendre la bonne décision au bon moment en fonction des ressources dont il dispose), être polyvalent, savoir prioriser et accepter les interruptions de tâches. Il veille à la continuité des soins (accueil permanent), à la qualité des transmissions effectuées et à la sécurité (de son équipe et des patients).

Il doit maîtriser la structure interne de l'établissement afin de solliciter les bons acteurs, mais également les services d'aval, les alternatives à l'hospitalisation et les partenaires libéraux. Il ne dispose pas de beaucoup de temps pour dénouer la plupart des situations. Pour autant, même si l'arrivée des patients est inopinée, certaines situations itératives peuvent être travaillées pour de futures prises en soin (admission des sujets âgés, vivant en EHPAD, lors de leurs derniers instants de vie).

Son management prend en compte toutes ces caractéristiques et s'adapte au contexte dans lequel il s'inscrit. Il reconnaît et valorise les compétences des agents mais sait également reprendre les situations « à chaud » (conflit avec un patient). Il doit travailler en sachant que les SU sont générateurs, en partie, du travail occasionné dans les services.

Cette vision du cadre de santé m'est personnelle. Je pense que la cadre de santé peut selon son management donner du sens au travail à son équipe lors de situations génératrices de colère ou de non-épanouissement au travail.

Mes hypothèses sont que :

- Une équipe qui comprend ce qu'elle fait et pourquoi elle le fait, est une équipe épanouie qui pourra s'inscrire dans un collectif d'équipe.
- Le management par le sens permet aux équipes d'être autonomes et d'éprouver une reconnaissance au travail.

En effet, je pense que « *l'adhésion à un cadre de référence reposant sur les valeurs fondatrices de la profession crée au sein de l'équipe soignante un sentiment d'appartenance et de légitimité qui donne un sens, dicte une conduite, avec un certain degré de responsabilité les uns envers les autres*<sup>24</sup> ».

Et, les valeurs de l'équipe sont entendues au sens qu'elles sont plurielles. « *Mes valeurs n'existent pas. Les valeurs sont forcément partagées. Il y a conflit de valeur quand la valeur n'est pas appliquée de la même façon.* » A ce conflit de valeur peut s'ajouter « *un conflit de conscience : qui soigner en premier ?* » C'est ainsi qu'avait débuté le cours de Mr GEADAH<sup>25</sup>.

Cependant, avant de pouvoir confirmer ou infirmer mes hypothèses de recherche, il m'a paru judicieux de vérifier si mon ressenti et mon questionnement étaient pertinents. J'ai eu l'opportunité de rencontrer une cadre de santé d'un SU parisien, expérimentée, qui a accepté de partager avec moi sa vision du quotidien. Sa solide expérience (10 ans) dans le domaine de la médecine d'urgence en fait une ressource fiable. Cet entretien exploratoire s'est déroulé sous la forme d'une discussion. J'ai voulu un échange sur nos pratiques et vérifier en quoi l'activité d'un SU repense la fonction du cadre de santé ? et reprendre ma question initiale : « en quoi le cadre de santé donne du sens au management afin de repenser le mourir aux urgences ? »

L'activité du SU de la cadre de santé avec laquelle je me suis entretenue est le double de celui dans lequel je travaillais. Je suis arrivée avec des questions, telles qu'elles peuvent figurer dans le questionnement de ma pratique professionnelle, et finalement je suis repartie avec d'autres questions, que je me propose de vous livrer :

<sup>24</sup> Ibidem<sup>7</sup>

<sup>25</sup> GEADAH Roland-Ramzi. Cours « Introduction générale aux questions morales en soins » dispensé le 7/09/2016. IFCS ESM. Mr GEADAH est historien, philosophe et psychologue.

- Est-ce normal de mettre en place une prise de charge des soins palliatifs aux urgences, et un management spécifique pour le bien mourir aux urgences ?
- Savons-nous prendre en charge les soins palliatifs aux urgences ?
- Est-ce que faire mourir un patient aux urgences est bien traitant ? Ne sommes-nous pas maltraitant ?
- Que mettons-nous à disposition pour bien mourir aux urgences ? (lit avec matelas anti-escarre, lit accompagnant pour les familles, absence de limitation des horaires de visite) ?
- N'est-il pas de la responsabilité du service qui a prononcé les soins palliatifs d'organiser la prise en charge ?
- Pourquoi les services accepteraient d'admettre un patient si tout est bien fait ?
- Quelle importance donne l'hôpital à la mort ?
- N'est-il pas de la responsabilité de l'hôpital d'organiser un circuit patient, notamment dans le cadre des soins palliatifs (critères de certification, évaluation des pratiques professionnelles) ?

Rencontrer un cadre de santé expérimenté, exerçant dans un SU parisien, a confirmé l'intérêt de mon questionnement.

L'équipe d'encadrement travaille en partenariat quotidien avec les équipes médicales que je me propose de vous présenter maintenant.

### 2.2.3. Les médecins urgentistes

Les effectifs proposés dans le référentiel sont répertoriés dans le tableau suivant :

|   |                           |     | ETP  |
|---|---------------------------|-----|------|
| <b>SU<br/>(de 30 000 à 40 000 passages)</b> | Médecin<br>sénior H 24    | 2   | 15.6 |
|   | Médecin<br>renfort diurne | 1.5 |      |
| <b>UHCD<br/>(de 10 à 20 lits)</b>           | Médecin<br>sénior diurne  | 1.5 | 3.6  |

De nouveau, il est possible de s'apercevoir que le nombre d'ETP est important, et qu'une culture médicale est liée aux convictions exprimées par chaque médecin. Cette richesse de formations ou de spécialités différentes est une valeur ajoutée aux prises en soins mais explique aussi pourquoi, la démarche palliative n'est pas forcément reconnue comme prioritaire.

Les difficultés rencontrées par les médecins urgentistes<sup>26</sup> sont liées :

- Aux pathologies, aux traitements, à la connaissance ou non du diagnostic et du pronostic par le patient,
- Aux réactions émotionnelles des familles, à son positionnement,
- Aux craintes des reproches et des litiges,
- A la méconnaissance des soins en fin de vie,
- Au manque de temps,
- A la solitude et au sentiment d'abandon,
- A la peur personnelle de la mort.

Ce sera dans des termes un peu durs que Didier EVRARD conclura sa thèse de Docteur en Médecine mais qui reflète le lieu central et stratégique que représentent les SU. « *La médiocrité des filières de soins en amont des urgences, en termes de dialogue ou de connaissance concernant la prise en charge de la fin de vie et le manque de structures et de volonté d'accueil de tels patients en aval, contribuent à l'orientation de plus en plus fréquente des patients en fin de vie vers les services d'urgences*<sup>27</sup> ».

<sup>26</sup> AUFFRET K, LAFOSSE J. Formation IDE urgentiste de Lorraine. La fin de vie aux urgences. Session 2013.

<sup>27</sup> EVRARD D. Thèse de doctorat : La mort aux urgences. Nancy : Université Henri Poincaré Nancy 1, 2003, page 99.

Je pense que les médecins urgentistes sauvent et s'acharnent à sauver des vies dans un lieu où tout est entrepris pour empêcher la mort, et, qu'il est peut-être difficile de renoncer à cette mission première. « *Les urgentistes sont partagés entre la nécessité d'intervenir, quel que soit le sens de ces interventions et de se limiter à quelques gestes ou paroles d'accompagnement qui peuvent apparaître comme un renoncement trop rapide*<sup>28</sup>. »

Il est envisageable aussi de penser qu'ils travaillent dans un contexte de la peur de la plainte.

Enfin, la médecine d'urgence est une médecine de l'action, où il faut agir vite et prendre en soins des urgences vitales dans l'attente d'une connaissance meilleure du patient. La réanimation d'attente ou compassionnelle en sont une illustration.

Didier EVRARD affirme que les problèmes éthiques concernent tous les médecins, et tout particulièrement les urgentistes. Il ajoute que l'éthique médicale, spécifique à la fin de vie doit reposer sur trois grands principes (énoncés par l'OMS et l'Association Européenne pour les Soins Palliatifs) :

- Le principe d'humanité (déclaration universelle des droits de l'Homme et du citoyen),
- Le principe de proportion : la thérapeutique est adaptée et ne bascule pas dans l'acharnement thérapeutique,
- Le principe de futilité : lorsqu'aucun bénéfice n'est apporté au patient, il est autant utile d'arrêter un traitement que de ne pas l'entreprendre.

Il est possible de comprendre les dilemmes auxquels les médecins sont confrontés.

A la découverte des services d'urgences, pose le cadre dans lequel ces services s'inscrivent. L'ambiance quant à elle n'a pas été dépeinte. Aussi, je vous propose de la décrire telle « *une nébuleuse siège d'une agitation permanente qui ne connaît pas de répit*<sup>29</sup> » et apparente la recherche de lit d'hospitalisation à « *la quête du Graal, heures passées au téléphone, déploiement de diplomatie face à des confrères [médecins] dont la charge de travail et la surcharge des chambres évoquent la situation hôtelière d'une station balnéaire en plein mois d'août*<sup>30</sup>. »

---

<sup>28</sup> SICARD, D. Commission de réflexion sur la fin de vie en France. Penser solidairement la fin de vie. 18 décembre 2012. Page 13.

<sup>29</sup> GARDEN-BRECHE F, ROUILLIER J. « Petit mode d'emploi des urgences... » In : États d'urgences. 24 heures dans un service d'urgence. Paris. Éditions J'ai lu. Janvier 2003. p 40.

<sup>30</sup> Ibidem<sup>29</sup> p 45

### 3. LE MONDE DE LA PERSONNE ÂGÉE

J'ai, jusqu'à présent, évoqué le contexte des urgences. Sur ce service, je souhaite concentrer mon attention sur le sujet âgé. Je me limiterai, sur la provenance, à l'EHPAD en tant que domicile du résident.


#### 3.1. La définition d'un patient gériatrique et ses spécificités

Précédemment, j'ai évoqué la filière gériatrique. Il est primordial de se référer à la circulaire du 18 mars 2002<sup>31</sup> relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques qui entend par **patient gériatrique** « *un patient âgé poly-pathologique ou très âgé présentant un fort risque de dépendance physique ou sociale et qui ne relève pas d'un service de spécialité d'organe* » tout en précisant que le grand âge ne peut pas être « *un critère d'exclusion pour une admission dans un service de spécialité* ».

L'objectif est de favoriser les admissions directes en gériatrie, sans passage systématique par les urgences. Toutefois, si le passage par les urgences est requis, il est demandé de solliciter rapidement l'intervention d'un gériatre ou de l'équipe mobile gériatrique, et si possible au sein de l'UHCD.

En effet, le passage par les urgences est annoncé comme présentant « *des effets trop souvent délétères* » même si les SU représentent une porte d'entrée d'un nombre important de personnes âgées. Ensuite, les SU, faute d'un lit d'aval adéquat, « *orientent souvent davantage en fonction des lits disponibles que des besoins du patient* ». La vulnérabilité du patient gériatrique est mise en avant dans la mesure où son admission provoque une rupture avec son environnement.

La vulnérabilité et la fragilité seront étudiées juste après avoir répondu à la question qui taraude certains : « à quel âge devient-on âgé ? » Évoquer la personne âgée veut qu'à un moment se pose la question de l'âge. Il est possible de retrouver différentes catégorisations par l'âge<sup>32</sup> :

|  | Senior marketing | Muriel Boulmier                                 | Etats-Unis 1980                     | Centre d'Analyse Stratégique  |   |
|---|------------------|---|-------------------------------------|---|---|
| 50/60 ans   | Les masters      | x   | Vont bien<br>Ont de l'argent        | Seniors<br>Travaillent ou sont à la retraite. Bien insérés dans la vie sociale ou économique. Bonne santé.      |   |
| 60/75 ans   | Les libérés      | Les séniors actifs                              | Jeunes « vieux » (young old)        | La vieillesse comme catégorie d'âge n'existe pas en soi. Une construction sociale qui s'insère dans un contexte |   |
| 75/85 ans   | Les paisibles    | « Pluri-mini-handicaps »                        | Vont mal<br>Ne sont pas très riches |   | Personnes âgées, aînés<br>3 <sup>e</sup> âge (pour les personnes autonomes)<br>Dégradation durable de la santé. Apparition des vulnérabilités. Vie sociale moins intense. Processus de retrait. |
| 85 ans et plus  | Les grands aînés | Les effets de la dépendance deviennent visibles | « Vieux » vieux (old old)           |   | Grand âge<br>Accroissement du risque de perte d'autonomie. Processus accéléré de perte d'autonomie et grandes fragilités  |
|   |                  |   |                                     |   |   |

<sup>31</sup> Circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. [Consulté le 12 décembre 2016]. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>

<sup>32</sup> ENNUYER, Bernard. « A quel âge est-on vieux ? La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus », Gérontologie et société 2011/3 (vol. 34 / n° 138), p 134-135.

Pour Pierre BOURDIEU<sup>33</sup> : « cette catégorisation et ce classement des âges est une négation complète de la singularité et de l'essence même de l'être humain ». Il ajoute : « l'âge est une donnée biologique, socialement manipulée et manipulable<sup>34</sup> ». Même si je rejoins son avis, tel que j'ai pu l'annoncer dès l'introduction, il me semblait toutefois important d'apporter les éléments sur lesquels reposent notre vocabulaire. « Le sentiment d'être vieux que chacun d'entre nous ressent en fonction de l'équilibre d'ensemble qui se fait et se modifie en permanence, à partir de facteurs chronologiques, sociaux, culturels, physiologiques, psychologiques. Ce sentiment est souvent influencé par le sentiment d'utilité sociale<sup>35</sup> ».

Je me souviens avoir, lors des transmissions effectuées au médecin, apporté les éléments suivants : la patiente est fatiguée, très âgée. Elle vit à son domicile en toute autonomie. Le médecin m'avait répondu, elle a 92 ans, je ne pourrais pas faire grand-chose. Ce à quoi, je lui avais répondu : « allez la voir, on en reparle après ! » Il est revenu vers moi, et m'a dit, on la transfuse, elle ira mieux après. Et, c'est ce qui s'est passé. Sa fatigue était liée uniquement à une anémie, ce qui n'est pas une maladie incurable. Je ne porte pas de jugement sur cette situation. Elle est liée au sentiment d'impuissance qu'il est possible de ressentir avec certaines pathologies liées au grand âge. En transfusant cette patiente, on diminuait sa gêne respiratoire et sa fatigue, et on lui permettait de réintégrer son domicile, avec le sentiment d'avoir redonné ce que nous n'avions pas le droit de lui retirer : son autonomie physique. Je souhaite illustrer, que même avec la meilleure volonté possible, il arrive parfois que l'âge soit discriminant. Heureusement, l'équipe est garante du risque lié à ce type de discours, qui bien que peu fréquent, peut être pensé, voire entendu. La discrimination sera évoquée dans le chapitre intitulé : l'enjeu d'une société.

### **Deux spécificités sont, pour moi, associées au patient gériatrique : la fragilité et la vulnérabilité.**

La **fragilité** est définie<sup>36</sup>, « en parlant du corps humain comme une délicatesse ou une faiblesse de la constitution », et « en parlant d'une personne ou de son comportement comme une inclination à succomber aux tentations, à pécher », le synonyme attribué est celui de faiblesse. La fragilité est également « un manque de stabilité, d'assurance, une facilité à être ébranlé, anéanti ».

La fragilité est définie comme « un risque de déséquilibre entre des éléments somatiques psychiques et sociaux. En pratique, elle se manifeste par l'apparition des troubles cognitifs comportementaux sensoriels poly-pathologiques, poly médicaux et par l'accroissement des besoins d'aide de la vie quotidienne. Les urgences sont un lieu propice de dépistage de la fragilité de la personne âgée de plus de 75 ans<sup>37</sup> ».

La fragilité est annoncée, dans le plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie<sup>38</sup> comme « un nouveau paradigme pour la gériatrie. Ce syndrome clinique se caractérise par une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress ». Elle est identifiée comme « un marqueur de risque d'évènements péjoratifs, d'incapacités, de chutes, d'hospitalisations, d'entrée en institution et de mortalité ».

Je pense que le vieillissement contraint à une succession de deuil. Le deuil des proches, qui intervient plus tard, le deuil d'un habitat, parfois celui d'une vie, le deuil de la séparation d'avec son animal... La vieillesse est représentée par « les têtes blanches », des rides, un pas plus lent, des articulations déformées, un sommeil en dents de scie, un esprit rigide. « Vieillir est par principe irréversible<sup>39</sup> ».

---

<sup>33</sup> Pierre BOURDIEU est sociologue.

<sup>34</sup> Ibidem<sup>32</sup>

<sup>35</sup> FORMARIER M, JOVIC L. Les concepts en Sciences Infirmières. Lyon. Editions Mallet Conseil. 2<sup>e</sup> édition. 2012. p. 300

<sup>36</sup> Selon la définition du CNRTL, disponible sur <http://www.cnrtl.fr/dictionnaires/modernes/>

<sup>37</sup> LELARGE Sarah. Présentation au SU de l'équipe mobile interne de gériatrie. Le 25 juin 2015. Auxerre

<sup>38</sup> Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie. Septembre 2015.

[Consulté le 14 février 2017]. Disponible sur : [http://social-](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf)

[sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_national\\_daction\\_de\\_prevention\\_de\\_la\\_perte\\_dautonomie.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf)

<sup>39</sup> Ibidem<sup>35</sup>. p. 299

Toutefois, plutôt que de noter toutes les pertes associées, il est primordial de mettre en avant tout ce qu'il est possible de faire lorsque nous serons qualifiés de « vieux ».

Cela représente pour moi, la transmission : la transmission d'une histoire, celle d'une autre époque, de la mémoire familiale, de savoirs faire ancestraux. Lorsque je vois une personne âgée, et, il est maintenant habituel de côtoyer des centenaires, je vois la personne sans me soucier de son enveloppe charnelle. Et, je souhaite transmettre ce regard.

Je revois une IDE totalement « attendrie » par une personne âgée de 99 ans qui ne voulait parler avec elle qu'en anglais. Totalement bilingue, elle avait su donner le ton « so british » à la relation. Ce jour-là, l'IDE n'a remarqué que ce que la personne pouvait faire.

Il est accepté dans le langage actuel de parler de la **vulnérabilité** d'une personne, lorsqu'elle est aux âges extrêmes de la vie. La vulnérabilité est dans le dictionnaire<sup>40</sup> synonyme de fragilité. Être vulnérable signifie : « *qui peut être blessé, touché, attaqué* »<sup>41</sup>. Ce concept exprime « *une situation de faiblesse à partir de laquelle l'intégrité d'un être est ou risque d'être affectée, diminuée, altérée* »<sup>42</sup> et pour lequel 5 domaines de l'être humain sont concernés :

- Le domaine médical : risque de développer ou aggraver des incapacités, en lien avec l'âge et l'état physique ou mental,
- Le domaine socio-économique (précarisation du travail). La réalité du travail des seniors est un sujet d'actualité.
- Le domaine humanitaire : catastrophes naturelles, guerres, et pour lequel j'ajoute les attentats,
- Le domaine juridique : protection juridique,
- Le domaine philosophique : réflexion morale et vigilance éthique. J'aime assez ce terme de vigilance éthique, qui m'évoque une mise en alerte permanente dans un cadre bienfaisant et juste.

Aussi, pour Catherine OLLIVET<sup>43</sup>, « *les vulnérabilités doivent d'abord être nommées, connues et surtout reconnues, pour pouvoir espérer [...] des moyens pour les compenser, de les contenir à un niveau aussi supportable que possible* ». Elle considère qu'il existe une sorte de contamination des vulnérabilités du patient sur les proches aidants, inscrivant ces derniers dans une situation exposant à des formes de vulnérabilités.

La vulnérabilité<sup>44</sup> recouvre une vision plurielle et pourrait se décliner aussi par :

- La vulnérabilité affective. Elle se manifeste par « *des réactions exacerbées de plaisir ou de colère, de susceptibilité ou de mauvaise foi, de rires ou de larmes. [...] C'est toujours le dernier qui a parlé qui a raison* »,
- La vulnérabilité décisionnelle. Elle est « *l'incapacité à se projeter dans un avenir même à court terme* »,
- La vulnérabilité financière. Elle consiste en une « *forme d'épuisement du raisonnement, un amoindrissement des moyens de défense* » vis-à-vis des proches ou de personnes mal intentionnées,
- La vulnérabilité physique.

A tous ces domaines de vulnérabilités, il est possible d'ajouter la vulnérabilité psychologique<sup>45</sup> faisant notion à une épreuve ayant entraîné un traumatisme.

La vulnérabilité est liée au contexte de la maladie au travers « *des relations de soins qui sont, par définition, des relations dissymétriques par lesquelles circulent des jeux de pouvoir et de savoirs*

---

<sup>40</sup> Dictionnaire CNRTL Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

<sup>41</sup> Selon la définition du CNRTL, disponible sur <http://www.cnrtl.fr/dictionnaires/modernes/>

<sup>42</sup> Ibidem<sup>35</sup>, p. 304

<sup>43</sup> Catherine OLLIVET est présidente du conseil d'orientation de l'espace éthique Ile-de-France et présidente de France Alzheimer 93

<sup>44</sup> <http://www.espace-ethique.org>

<sup>45</sup> DRAPERI Catherine. Accompagner les situations de vulnérabilité. Éthique & santé. 2016. Juin. Vol.13-N°2. p.57.



*particuliers qui amplifient le sentiment de vulnérabilité du malade mais qui réinscrivent aussi le malade dans un ensemble de socialisations liées à la chaîne médicale elle-même<sup>46</sup> ».*

Je rejoins cette appréciation de la vulnérabilité liée à la relation de soin, en veillant à ce que l'asymétrie d'information ne soit pas source de pouvoir inutile.

Les sources d'être en situation de vulnérabilité sont donc extrêmement fréquentes. « *La vulnérabilité est inhérente à l'existence<sup>47</sup> »*. A ce titre, la fin de vie représente une vulnérabilité.

A mon sens, il suffit de franchir la porte de l'hôpital pour être vulnérable et franchir celle des urgences, lorsque la personne est âgée, pour la potentialiser.

La commission bioéthique de la fédération française du droit humain soumet des questions lors de la publication d'un article intitulé : enjeux éthiques liés de la vulnérabilité liée au vieillissement<sup>48</sup>.

Les questions reposent sur la perte d'autonomie des personnes âgées et la comptabilité avec une vie de qualité (digne et libre) ; sur un parcours de soin respectueux d'autrui et bienfaisant et de la prise en compte des droits fondamentaux des personnes âgées vulnérables.

Il y est fortement retrouvé l'éthique de la responsabilité, tant de la société que du citoyen.

Il est maintenant temps de regarder les éléments et projections statistiques liées au monde de la personne âgée.

### 3.2. Les statistiques

Même s'il apparaît que la catégorisation par l'âge ne prend pas en compte la singularité de chaque être, les statistiques y ont nécessairement recours.

Les statistiques de l'Institut National d'Etudes Démographiques<sup>49</sup> et les données de santé publique<sup>50</sup> montrent que :

- L'espérance de vie à 65 ans est estimée (en 2016) à 84.4 ans pour les hommes et 88.3 ans pour les femmes.
- Les personnes âgées de plus de 60 ans représentent un quart de la population et pourraient représenter plus d'un tiers en 2040.
- Le nombre de personnes âgées dépendantes devraient représenter 2,3 millions de personnes en 2060.
- Près d'un français sur cinq est âgé de 65 ans ou plus (soit 11,6 millions d'habitants), dont la moitié a 75 ans ou plus.

L'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)<sup>51</sup> prévoit même, si les tendances démographiques se maintiennent, qu'en 2060 (annexe 3) :

- une personne sur trois aura plus de 60 ans (23,6 millions), ce qui représenterait une hausse de 80 % en plus de 50 ans.
- Les personnes âgées de 75 ans et plus passeraient de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions, et celles de 85 ans et plus de 1,3 à 5,4 millions.

---

<sup>46</sup> LE BLANC Guillaume. La vie psychique de la maladie. Esprit. Janvier 2006. Page109.

<sup>47</sup> Ibidem<sup>35</sup>, p. 305

<sup>48</sup> Commission bioéthique de la fédération française du Droit Humain. Enjeux éthiques de la vulnérabilité liée au vieillissement. [Consulté le 3 mars 2017]. Disponible sur : <https://www.droithumain-france.org/wp-content/uploads/2016/01/enjeux-ethiques-vulnerabilite-C3%A9-li-C3%A9-au-vieillessement-261215.pdf> page 4

<sup>49</sup> Nombre de personnes âgées. [Consulté le 10 janvier 2017]. Disponible sur : <http://www.ined.fr/fr/ressources-methodes/dossiers-thematiques/sante-vieillessement/>

<sup>50</sup> Données de santé publique.

[Consulté le 10 janvier 2017]. Disponible sur : <http://www.santepubliquefrance.fr/Sante-publique-France/Thematiques-de-travail/Populations/Le-programme-sante-des-personnes-agees>

<sup>51</sup> Nombre de personnes en 2060. [Consulté le 10 janvier 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>



Face à ce constat et aux prévisions, la société a une place prépondérante.

### 3.3. L'enjeu d'une société pour répondre à des besoins spécifiques

Nous avons vu précédemment que les spécificités du monde attentif à la personne âgée reposaient sur la fragilité et les vulnérabilités.

La loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement<sup>52</sup> énonce qu'il est question d'un impératif national, d'une priorité de l'ensemble des politiques et priorise l'accompagnement à domicile.

Le portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches<sup>53</sup> proposé par le ministère des affaires sociales et de la santé, annonce que cette loi propose d'améliorer le quotidien des personnes âgées et de leurs proches afin de leur permettre de vieillir correctement à leur domicile. Les mesures suivantes sont annoncées :

- Améliorer l'Allocation Personnalisée d'Autonomie à domicile,
- Reconnaître et soutenir les aidants (droit au répit),
- Réformer le congé de soutien familial qui se modifie en congé de proche aidant,
- Améliorer la prévention de la perte d'autonomie par de nouvelles aides.

Toutefois, la commission bioéthique questionne pour savoir « *ce que nous faisons pour préserver la place de nos aînés, pour donner du sens à cette étape de vie, afin qu'elle ne soit pas synonyme de solitude, de pertes ou de souffrance* ». La réponse proposée consisterait à « *lutter collectivement au sein de la famille, et de la société contre la force des représentations négatives sur le grand âge et de veiller à ne pas disqualifier la personne*<sup>54</sup> ».

Le collectif a effectivement sa place. Il est de la responsabilité collective de penser la place de nos aînés. Cette même société véhicule des représentations. Le concept des représentations<sup>55</sup> pose des interrogations fondamentales sur le fonctionnement de la société moderne, le rôle des groupes, des individus, et des idées.

Pour Serge MOSCOVICI<sup>56</sup> : « *Par les représentations, la personne se donne des modèles explicatifs, des codes qui autorisent chacun à trouver un sens et donner une signification au monde qui l'entoure* » et pour Denise JODELET<sup>57</sup> : « *les représentations sociales doivent être étudiées en articulant éléments affectifs, mentaux et sociaux et en intégrant à côté de la cognition, du langage et de la communication, la prise en compte des rapports sociaux qui affectent les représentations* ».

Les représentations sont envisagées comme un processus par lequel :

- L'individu interagit avec son environnement
- De nombreuses activités cognitives interviennent et à ce titre jouent un rôle essentiel dans le comportement du sujet

Les représentations sont :

- Individuelles : représentation que l'individu se construit par l'interaction avec son environnement. Pour Jean CLENET<sup>58</sup> : « *ce qu'un sujet a pu intérioriser d'une situation vécue, de ce qui pour lui « fait sens » et donne sens à ses actions* ».
- Collectives : représentations partagées par un groupe social
- Sociales : Pour Jean CLENET : « *les représentations se construisent par l'interaction avec les autres, par le contact avec la réalité dans l'action. Elles seraient à la fois produits et processus interindividuels, intergroupes et idéologiques, qui entrent en résonance les uns avec les autres pour former des dynamiques propres à une institution [...] et ces dynamiques ne sont pas indifférentes quant à la construction des représentations individuelles* ».

<sup>52</sup> Loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. [Consulté le 12 décembre 2016].

Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731>

<sup>53</sup> <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>

<sup>54</sup> Ibidem<sup>48</sup> p 4

<sup>55</sup> <http://daimon.free.fr/mediatrices/representations.html>

<sup>56</sup> Serge MOSCOVICI est psychologue social et sociologue.

<sup>57</sup> Denise JODELET est docteur d'État et psychologue sociale.

<sup>58</sup> Jean CLENET est professeur en sciences de l'éducation à l'Université Lille 1.

Cela sous-entend que chacun a sa place pour bousculer les représentations négatives liées au grand âge, autant en qualité d'individu, de citoyen que de professionnel de santé.

Pour moi, le problème majeur de ces représentations négatives est qu'il peut en découler une forme de **discrimination**. Indépendamment du milieu hospitalier, la société expose à des discriminations. Les plus fréquemment signalées (au Défenseur des droits<sup>59</sup>) sont le handicap et l'état de santé, l'origine et les activités syndicales. Les discriminations liées à l'âge arrivent en quatrième position. La discrimination liée à l'âge est l'âgisme.

Pour l'Association des Directeurs au service des Personnes âgées<sup>60</sup> l'âgisme deviendrait « *une discrimination plus universelle que le racisme ou le sexisme* » selon un rapport de l'Organisation des Nations Unies.

L'âgisme intervient sur la notion des représentations sociales de la vieillesse : « *le vieillissement est marqué par une représentation sociale encore trop souvent négative, en contradiction avec le vieillissement en bonne santé de la population française.*<sup>61</sup> »

Une communication<sup>62</sup> portant sur la réflexion éthique sur la prise en charge des patients âgés atteints de cancer avance que certains d'entre eux ne bénéficient pas de l'accès au diagnostic, et donc au traitement curatif, ni de traitement symptomatologique lorsqu'ils sont atteints d'une maladie chronique neurologique. Il n'est pas retrouvé d'éléments scientifiques à ce que cette communication nomme « *exclusion* » alors que le bénéfice et la bonne tolérance des traitements anti-cancéreux est prouvée. Ainsi, cet article conclut sur la nécessité de « *contourner cette position âgiste pour pouvoir avancer, humainement et scientifiquement.* »

Luc BROUSSY<sup>63</sup>, dans son rapport sur une réflexion de l'adaptation de la société française au vieillissement de sa population, annonce dans un chapitre 9 consacré aux droits, discriminations, représentations : changer de regard sur la vieillesse<sup>64</sup>, le fait que « *Dans une société où il faut être vif, jeune et beau, la vieillesse apparaît parfois source de discriminations et de représentations négatives. En même temps, il ne faut rien caricaturer : il est aussi absurde de traiter les « boomers » comme des privilégiés que de considérer toutes les personnes âgées comme des victimes a priori. Refuser la guerre des âges, c'est aussi refuser ces caricatures* ». Il ne s'agit pas de caricaturer ou de généraliser mais il n'est pas possible, non plus, de faire comme si les discriminations liées à l'âge n'existaient pas. Il indique qu'il est « *essentiel de prévenir les risques de discrimination par l'âge et de lutter farouchement contre ces potentielles dérives*<sup>65</sup> », et simplement de respecter le droit comme tout citoyen.

Martine PINVILLE<sup>66</sup> entend dès la synthèse de son rapport intitulé : révéler le défi politique de l'avancée en âge, perspectives internationales<sup>67</sup> : lutter contre toutes les discriminations liées à l'âge, qu'il importe de connaître et reconnaître le droit dans tous les domaines où « l'âgisme » se présente.

---

<sup>59</sup> <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>

<sup>60</sup> <http://ad-pa.blogspot.fr/>

<sup>61</sup> [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_national\\_daction\\_de\\_prevention\\_de\\_la\\_perte\\_dautonomie.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf)

<sup>62</sup> MOULIAS S, CUDENNEC T, TEILLET L. Réflexion éthique dans le cadre de la prise en charge des patients âgés atteints de cancer. Cancer/Radiothérapie 13. Août 2009. Elsevier Masson. Page 633

<sup>63</sup> Luc BROUSSY est conseiller général du Val d'Oise, Maire-adjoint de Goussainville et Directeur du Mensuel des Maisons de Retraite

<sup>64</sup> BROUSSY Luc. L'adaptation de la société au vieillissement de sa population. France : année zéro ! Janvier 2013. 202 p.

[Consulté le .8 février 2017]. Disponible sur :

[file:///C:/Users/user/AppData/Local/Temp/Temp1\\_adaptation\\_de\\_la\\_societe\\_au\\_vieillissement.zip/Rapport\\_Broussy.pdf](file:///C:/Users/user/AppData/Local/Temp/Temp1_adaptation_de_la_societe_au_vieillissement.zip/Rapport_Broussy.pdf) p.162.

<sup>65</sup> Ibidem<sup>64</sup>, p163

<sup>66</sup> Martine PINVILLE est députée de la Charente.

<sup>67</sup> PINVILLE Martine. Révéler le défi politique de l'avancée en âge. Perspectives internationales. 2013. 81 p. [Consulté le .8 février 2017]. Disponible sur :

[file:///C:/Users/user/AppData/Local/Temp/Temp1\\_adaptation\\_de\\_la\\_societe\\_au\\_vieillissement.zip/Rapport\\_Pinville.pdf](file:///C:/Users/user/AppData/Local/Temp/Temp1_adaptation_de_la_societe_au_vieillissement.zip/Rapport_Pinville.pdf) p. 8.

La discrimination n'échappe malheureusement pas au milieu hospitalier, société au cœur de la société. Il convient d'en avoir conscience pour en reconnaître les signes et pouvoir la prévenir.

### 3.4. Le sujet âgé admis aux urgences

Le rapport de Jean-Pierre AQUINO<sup>68</sup> (Comité avancée en âge, prévention et qualité de vie. Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société) fait naturellement sens avec les rapports de ses deux confrères missionnés par le Gouvernement (en réflexion préalable à l'actuelle loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement) : Martine PINVILLE et Luc BROUSSY. Il mentionne le lien nécessaire de transmissions d'informations, unissant réciproquement les EHPAD à l'hôpital via l'établissement d'une fiche de liaison : le Dossier de Liaison d'Urgence (DLU)<sup>69</sup>.

La fiche action 27 sur la perte d'autonomie évitable en établissement de santé, indique l'existence de trois composantes : « *la fragilité, la pathologie mise en cause et l'organisation de la structure hospitalière*<sup>70</sup> ». Ces trois notions sont des arguments que le cadre de santé doit entendre. La structure doit permettre d'accueillir et de prendre en soins tous les patients, sans discriminations, sans perte de chance, dans le respect de leurs droits. L'organisation peut en elle-même contribuer à cette perte d'autonomie. Nous savons qu'un alitement prolongé (sur un brancard) peut avoir des répercussions parfois difficilement réversibles (escarres). Il est souvent plus aisé de prévenir l'apparition d'un risque que de le corriger. La douleur par exemple est plus difficile à soulager lorsqu'elle s'est inscrite dans la durée.

Je me suis permise d'insister précédemment sur le poids des représentations.

Le film « Médecin de campagne » conforte les représentations en lien avec l'hospitalisation d'une personne âgée aux urgences. Cette illustration me semble cohérente à soumettre dans ce que cette comédie dramatique de Thomas Lilti, sortie en 2016, donne à voir au grand public. Je me propose de vous livrer l'extrait brut du texte échangé entre deux médecins libéraux (Jean Pierre et Nathalie respectivement interprétés par François Cluzet et Marianne Denicourt) sur le bien-fondé et les conséquences de l'hospitalisation d'une personne âgée :

Jean-Pierre : *Vous l'avez hospitalisé ?*

Nathalie : *Bah, oui*

Jean-Pierre : *Bah, qu'est-ce que je vous avais dit ?*

Nathalie : *J'ai essayé de vous joindre. Il souffrait.*

Jean-Pierre : *Et, alors, il fallait le soulager à domicile.*

Nathalie : *Non, il a une phlébite, de la fièvre, une douleur thoracique. J'ai vraiment eu peur d'une embolie.*

Jean-Pierre : *Et alors ?*

Nathalie : *J'avais pas le choix, il fallait vraiment l'hospitaliser.*

Jean-Pierre : *C'est pas la peine de revenir. Vous avez terminé.*

Nathalie : *Quoi ?*

Jean-Pierre : *Vous me rendez les clefs, les ordonnances. Tout.*

Nathalie : *Vous pouvez pas me faire ça.*

Jean-Pierre : *J'lui en avait fait la promesse !*

Nathalie : *Il souffrait. Y'avait des risques d'embolie massive, j'vous dis.*

Jean-Pierre : *Il a 92 ans, il est épuisé. Vous savez comment ça se passe à l'hôpital ? J'vais vous l'dire, moi, comment ça s'passe. Il va attendre quatre heures sur un brancard dans le froid des urgences. Hein, ils vont l'hospitaliser sans trop savoir quoi faire de lui parce qu'il est désorienté. Parce qu'une personne*

---

<sup>68</sup> Jean AQUINO est Président du comité Avancée en âge, Gériatre et directeur médical de la clinique de la Porte Verte à Versailles

<sup>69</sup> AQUINO Jean-Pierre. Comité avancée en âge prévention et qualité de vie. Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société. Février 2013. 132 p. [Consulté le .8 février 2017]. Disponible sur :

[file:///C:/Users/user/AppData/Local/Temp/Temp1\\_adaptation\\_de\\_la\\_societe\\_au\\_vieillissement.zip/Rapport\\_Aquino.pdf](file:///C:/Users/user/AppData/Local/Temp/Temp1_adaptation_de_la_societe_au_vieillissement.zip/Rapport_Aquino.pdf) p 99.

<sup>70</sup> Ibidem<sup>69</sup>. p 95.

*de 92 ans, malade, à l'hôpital, c'est toujours désorienté. Ils vont lui mettre une sonde gastrique mais lui, il voudra l'arracher, alors, ils l'attacheront. Et le pire, c'est que s'il fait une embolie pulmonaire massive, hein, ils f'ront rien. Pourquoi ? Parce qu'on ne réanime pas un vieux monsieur de 92 ans complètement désorienté. Donc, il mourra dans une chambre de médecine interne, loin de sa famille.*

*Nathalie : Non, c'est pas ça l'hôpital. Vous voyez tout en noir là.*

*Jean-Pierre : Oui, oui, en voyant les choses plus positivement, il mourra p't'être pas. Ils le renverront chez lui, beaucoup plus affaibli et beaucoup moins bien qu'il n'était avant d'y aller. Je vous avais demandé de ne pas l'hospitaliser quoi qu'il arrive.*

Les professionnels de santé sont des êtres humains au cœur du soin, d'une structure et d'une société. Ils interagissent pour et avec des personnes. Aussi, il m'a paru opportun de vous proposer cet extrait tant pour les convictions de ce médecin traitant et des mots qu'il emploie que sur ce qui fait partie « d'un imaginaire collectif ».

Je ne dépeins pas une toile totalement sombre mais les nuances qui la composent.

Cette représentation des méfaits potentiels liés à certaines hospitalisations sont même étudiés par l'HAS, qui propose, en juillet 2015 une fiche intitulée « comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents en EHPAD<sup>71</sup> ? ». L'HAS répertorie :

- Deux typologies d'hospitalisations impactant défavorablement les patients âgés fragiles ou dépendants (avec favorisation d'un déclin fonctionnel et cognitif) :
  - Les hospitalisations potentiellement évitables (hospitalisations et recours aux SU) qui représenteraient de 19 à 67 % selon les études si les comorbidités et syndromes gériatriques étaient pris en charge de façon optimale ou prévenus en EHPAD.
  - Les hospitalisations inappropriées. Ici, la pertinence et le rapport bénéfice/risque sont discutables, sans perte de chance pour le résident.
- Deux axes en lien avec les urgences :
  - L'amélioration de la gestion des urgences qui consiste en la création de relations de confiance avec formalisation de liens avec l'hôpital (notamment SU) et la possibilité de prescription téléphonique par le médecin régulateur du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU).
  - Le renforcement des soins palliatifs en EHPAD qui consiste à gérer les situations d'urgence (DLU, prescriptions anticipées pour des urgences prévisibles, développement des soins palliatifs en EHPAD : formation de référent afin de communiquer une culture palliative, recours à la télémédecine). L'anticipation de la gestion des situations d'urgences repose sur la formation des professionnels, l'analyse des dysfonctionnements pour vérifier la pertinence des hospitalisations en regard de véritables urgences médicales.

Alors qu'il est rappelé l'intérêt de pouvoir joindre un infirmier la nuit dans le cadre de la prise en soins de personnes âgées, l'étude<sup>72</sup> sur la fin de vie en EHPAD rapporte que 14 % d'entre eux fonctionnent avec du personnel infirmier de nuit. 75 % des EHPAD ne disposent pas d'astreinte téléphonique infirmière de nuit.

25 % des résidents décèdent à l'hôpital. **8000 résidents décèdent chaque année dans les heures qui suivent leur admission dans un service des urgences<sup>73</sup>.** « *La personne âgée très malade se trouve paradoxalement confrontée dans un contexte d'urgence, soit, le plus souvent, à une situation d'acharnement thérapeutique ou d'obstination déraisonnable, soit à une situation de perte de chance d'être pris en charge<sup>74</sup>.* »

<sup>71</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2049096/fr/comment-reduire-les-hospitalisations-non-programmees-des-residents-des-ehpad](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2049096/fr/comment-reduire-les-hospitalisations-non-programmees-des-residents-des-ehpad)

<sup>72</sup> Ibidem<sup>76</sup>

<sup>73</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2049096/fr/comment-reduire-les-hospitalisations-non-programmees-des-residents-des-ehpad](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2049096/fr/comment-reduire-les-hospitalisations-non-programmees-des-residents-des-ehpad)

<sup>74</sup> Ibidem<sup>28</sup>. Page 13

La 10<sup>ème</sup> conférence de consensus de la SFMU intitulée « la prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences, précise dès l'introduction que « *le défi permanent consiste, dans la contrainte de temps habituelle des structures d'urgences, à effectuer une démarche médicale classique, diagnostique et thérapeutique, en même temps qu'une analyse de la situation environnementale [...] nécessite donc un savoir-faire spécifique des médecins et du personnel soignant [...] En 2002, 12 à 14 % de la totalité des passages dans les structures d'accueil étaient représentées par des personnes âgées de plus de 75 ans.*<sup>75</sup> »

Il me semble intéressant de revenir sur deux questions soulevées lors de cette conférence : **Quelle est la place des urgences pour les soins palliatifs chez la personne âgée de plus de 75 ans ? Doit-on venir aux urgences pour mourir ?**

La réponse formulée correspond au fait d'inscrire le contexte dans un lieu jugé contraignant (un service d'urgences) lors d'une prise en soins singulière liée à la personne.

Il y est mentionné que les SU imposent des contraintes spécifiques dans l'accompagnement de personnes en fin de vie liées au temps, à l'espace et à une démarche éthique déterminante ce qui engendre une modification de l'accompagnement proposé au patient et à ses proches.

La notion de fin de vie et de soins palliatifs est reconnue dans un SU dès lors que :

- Le patient est déjà inscrit dans une filière de soins palliatifs. L'admission est motivée par :
  - L'appréhension ou la peur des proches de devoir appréhender la fin de vie
  - L'insuffisance de préparation de la famille au deuil
  - L'impossibilité d'organiser la prise en charge matérielle du décès au domicile
- Le sentiment d'obstination déraisonnable est présent dès l'admission aux urgences. Il est retrouvé :
  - Une qualité de vie dramatiquement limitée (poussée aigue d'une maladie chronique)
  - Une défaillance aigue, qui serait accessible à des soins de réanimation mais qui dans le contexte néoplasique et au-dessus de toutes ressources thérapeutiques. La démarche éthique aboutit souvent à l'abstention ou la limitation thérapeutique et requière une admission en UHCD lorsque le décès est imminent afin d'assurer le principe de continuité et d'unicité du soin.
- L'urgence a nécessité une prise en charge maximale avec parfois une réanimation d'attente. Le sentiment d'obstination déraisonnable se présente secondairement (suivant l'évolution, le diagnostic, les informations recueillies auprès de la famille).  
Il est admis que dans ces situations, la démarche éthique se concrétisera par un arrêt ou un ajustement thérapeutique et demandera dans le cadre d'une fin de vie imminente, l'équipe des urgences se doit d'assumer la prise en soins.

Les recommandations du jury reposent sur :

- Une procédure écrite (reprenant la situation, les différents circuits en lien avec les services).
- Un protocole d'accompagnement des fins de vie.
- Une décision médicale écrite motivée.
- Une formation des équipes, un groupe de réflexion éthique et des temps de debriefing.

Comme nous avons pu l'énoncer précédemment, lorsque l'EHPAD<sup>76</sup> dispose d'une infirmière la nuit, le taux d'hospitalisation baisse de 37 %.

De plus, 15,7 % des résidents sont hospitalisés en urgence au cours des 15 derniers jours de vie (24,9 % des résidents d'EHPAD dans lesquels il n'y a pas de présence infirmière nocturne).

Toutefois, tous les décès<sup>77</sup> ne correspondent pas à des « situations de fin de vie ». 13 % des décès sont qualifiés de « soudains et tout à fait inattendus », donc plongeant les équipes dans une incapacité à

<sup>75</sup> SFMU. Conférence de consensus sur la prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Strasbourg. 5 décembre 2003. [Consulté le 10 octobre 2016]. Disponible sur :

<file:///C:/Users/user/Desktop/PA%20DE%20PLUS%20DE%2075%20ANS.pdf>

<sup>76</sup> Etude de l'observatoire national de la fin de vie. [Consulté le 10 janvier 2017]. Disponible sur :

[http://www.mobiquial.org/wordpress/wp-content/uploads/2013/09/4\\_pages\\_EHPAD.pdf](http://www.mobiquial.org/wordpress/wp-content/uploads/2013/09/4_pages_EHPAD.pdf)

<sup>77</sup> Ibidem<sup>76</sup>

anticiper et mettre en place des soins spécifiquement dédiés à la fin de vie (visant à soulager l'inconfort, la douleur, l'angoisse).

Alors, il est fondamental de prévenir les situations potentiellement anticipables et de clarifier ce qui est le garant d'un domicile satisfaisant. Patrick LEPAULT<sup>78</sup> annonce que le maintien à domicile est qualifié de bon, à condition de réunir quatre éléments : « *la volonté du malade, la compétence de tous, le travail en équipe et la continuité des soins.*<sup>79</sup> ». Pour Eve ROBIN<sup>80</sup>, « *mourir à domicile ne s'improvise pas.*<sup>81</sup> »

Nous venons de voir, le monde de la personne âgée. Précédemment, nous avons observé le monde des urgences. Ce mémoire cadre de santé s'attache à explorer le rôle et la place du cadre de santé dans son choix managérial de donner du sens aux équipes pour repenser le mourir aux urgences. Le contexte ne saurait être cohérent, si l'univers du soin palliatif n'était pas abordé. Aussi, je vous propose d'explorer le monde des soins palliatifs et de la fin de vie dans la prochaine partie.

---

<sup>78</sup> Patrick LEPAULT est médecin conseil de l'ARS Nouvelle-Aquitaine

<sup>79</sup> Hospimedia. Coordonation et anticipation facilitent la prise en charge des soins palliatifs à domicile. [Consulté le 23 mars 2017]. Disponible sur : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170317-gestion-des-risques-coordination-et-anticipation-facilitent-la>

<sup>80</sup> Eve ROBIN est IDE libérale en Gironde

<sup>81</sup> Ibidem<sup>79</sup>



## 4. LE MONDE DES SOINS PALLIATIFS ET DE LA FIN DE VIE

Le troisième monde avec lequel compose le cadre de santé aux urgences est celui de la fin de vie. J'ai intitulé cette partie le monde des soins palliatifs et de la fin de vie, tant ces deux mondes, bien que différents, sont intriqués. Souvent, aux urgences, ils sont synonymes. Ils représentent un accompagnement vers la mort, et signifient un non-acharnement thérapeutique. La notion de fin de vie revêt des contours flous et installe une ambiguïté dans le sens où il est difficile de déterminer avec précision où elle commence. En, effet, le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS, tome I, 2009)<sup>82</sup> indique que pour une même pathologie la durée de vie est différente ; que pour des pathologies mortelles, le progrès influe sur l'espérance de vie ; et que lorsqu'un patient est âgé, il est délicat de différencier la fin de vie « *pathologique* » de la fin de vie « *naturelle* ».

L'histoire des soins palliatifs remonte aux années 1970<sup>83</sup> : le Dr Cicely SAUNDERS, de formation infirmière, fonde à Londres le Saint Christopher Hospice (1967) pour les patients échappant à la médecine curative. Le Pr Balfour MOUNT fonde, à Montréal, le premier service de soins palliatifs (1973). Le Dr Elisabeth KÜBLER-ROSS, psychiatre, publie des travaux sur la fin de vie. En France, la circulaire LAROQUE, du 26 août 1986, relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale, crée des unités de soins palliatifs.

Le Dr Maurice ABIVEN ouvrira les portes de la première unité française de soins palliatifs, parisienne, à l'hôpital international de la Cité universitaire (en 1987).

Pour le Dr Thérèse VANIER (1976) : « *c'est tout ce qu'il reste à faire quand il n'y a plus rien à faire.* » Je pense que les soins palliatifs sont, contrairement à ce qu'il est possible d'imaginer, une ouverture sur le champ des possibles.

### 4.1. Une définition associée au cadre législatif pour des objectifs spécifiques

La loi du 9 juillet 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs les définit comme des : « *soins actifs et continus pratiqués par une équipe multidisciplinaire, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.* » Les soins palliatifs doivent être accessibles à tous et la personne peut renoncer à un traitement ou à un examen. Cette loi est complétée par la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé sur le droit de la personne (respect de la dignité jusqu'à la mort, soins et traitements adaptés, soulagement de la douleur), les droits et les responsabilités des usagers (droit à l'information, personne de confiance).

La SFAP précise<sup>84</sup> que cette approche globale de la personne intervient lors d'une maladie « *grave, évolutive ou terminale* ». Elle s'adresse au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches. L'interdisciplinarité est requise. La formation et le soutien des soignants et bénévoles d'accompagnement font partie de cette démarche.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2002 et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé<sup>85</sup> ont une vision proche. L'objectif des soins palliatifs est l'amélioration de la qualité de vie des patients et de leur famille.

---

<sup>82</sup> LALANDE F, VEBER O. La mort à l'Hôpital. Tome I Inspection générale des affaires sociales. Novembre 2009. p 67-68.

<sup>83</sup> Ibidem<sup>35</sup>. Page 229

<sup>84</sup> Note de cadrage HAS mai 2013. Parcours de soins d'une personne ayant une maladie chronique en phase palliative. [Consulté le 10 octobre 2016]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/note\\_de\\_cadrage\\_soins\\_palliatifs\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/note_de_cadrage_soins_palliatifs_web.pdf) p.22-23

<sup>85</sup> Ibidem<sup>84</sup>

Ils :

- Procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants,
- Soutiennent la vie et considèrent que la mort est un processus naturel et normal (sans l'accélérer ou la repousser),
- Intègrent les aspects psychologiques et spirituels dans le respect de la dignité de la personne soignée,
- Proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible, jusqu'à la mort ; pour aider les familles à faire face à la maladie du patient ainsi qu'à leur propre deuil,
- Utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leur famille,
- Sont applicables tôt, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations qui sont requises (et raisonnables) afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge.

Enfin, la loi du 22 avril 2005 (dite loi LÉONETTI) relative aux droits des malades et à la fin de vie :

- Renforce le droit des malades,
- Combat l'obstination déraisonnable (examens ou traitements médicaux inutiles et disproportionnés maintenant artificiellement en vie), et propose la Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques Actives
- Requièrre une procédure collégiale (si le patient est hors d'état de s'exprimer),
- Respecte les directives anticipées,
- Assure la sauvegarde de la dignité du mourant et en assure la qualité de sa fin de vie,
- Permet d'être représenté par une personne de confiance.

Le 18 décembre 2012, le Professeur Didier SICARD remet un rapport au Président de la République, Mr François HOLLANDE. Intitulé : « Penser solidairement la fin de vie. Commission de réflexion sur la fin de vie en France », il mentionne :

- L'insuffisance d'accès aux soins palliatifs,
- Le respect de la parole du malade et de son autonomie,
- Le développement d'une culture palliative avec continuité curatif-palliatif,
- La nécessaire collégialité des décisions,
- La nécessité d'appliquer les lois actuelles plutôt que d'en créer des nouvelles (avec une formation des professionnels),
- Le fait que la loi ne peut pas résoudre la complexité de toutes les situations de fin de vie.

La loi du 2 février 2016 (dite loi CLAEYS et LÉONETTI) créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie, réaffirme la loi du 22 avril 2005. Ainsi, cette loi :

- Affirme que toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne (meilleur apaisement possible de la souffrance avec une mise en œuvre effective par les professionnels de santé pour que ce droit soit respecté),
- Refuse l'obstination déraisonnable,
- Refuse l'euthanasie,
- Propose, dans certaines situations, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience maintenue jusqu'au décès, dans le cadre d'une procédure collégiale,
- Rend les directives anticipées révisables, révocables et contraignantes. Elles s'imposent au médecin, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. L'HAS propose des outils pratiques pour faciliter leur rédaction,
- Renforce le rôle de la personne de confiance. Elle transmet les souhaits du patient s'il n'est pas en mesure de les exprimer lui-même.



Marisol TOURAINE, en préface du plan national triennal 2015-2018<sup>86</sup> pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie annonce la priorité suivante : « *encourager l'appropriation de la démarche palliative partout où elle est nécessaire, que ce soit dans les unités hospitalières non spécialisées, dans les établissements médico-sociaux ou au domicile des patients pour garantir une prise en charge de proximité.* » Il est spécifié qu'« *une attention particulière sera portée [...] à l'anticipation des situations d'urgence* ».

Ce plan établit 4 axes principaux :

- Informer le patient.
- Former les professionnels.
- Développer les prises en charge de proximité.
- Garantir l'accès aux soins palliatifs pour tous.

Ce plan triennal indique que 80 % des français déclarent souhaiter une fin de vie à leur domicile, entourés de leurs proches. Or, les probabilités de mourir à domicile ont diminué de 20 % en 20 ans.

Un guide sur la fin de vie<sup>87</sup> a été élaboré par le Ministère des affaires sociales et de la Santé, le centre national des soins palliatifs et de la fin de vie ainsi que la HAS (annexe 4). Celui-ci intitulé « repères à l'usage des professionnels de santé » est le premier document de communication. Le deuxième temps fort, débuté en février 2017, s'adresse au grand public.

Les soins palliatifs s'inscrivent dans une démarche palliative. Elle est envisagée, lors de l'inauguration du 19<sup>ème</sup> congrès de la SFAP par Marie-Jo THIEL.<sup>88</sup> « *Dans une société qui peine à accepter la fragilité, les limites, la finitude, ne faut-il pas considérer la démarche palliative comme une forme de culture devant irriguer toute relation de soins. Les soins palliatifs [...] supposent une démarche globale permettant à deux êtres en relation asymétrique de se rencontrer pour le meilleur de chacun.*<sup>89</sup> » Elle consiste à « *repérer précocement les besoins pour en faciliter le recours pour les personnes approchant de leur fin de vie* »<sup>90</sup> ainsi pour l'HAS intervenir tôt apporte une meilleure qualité de vie à l'hôpital et à domicile.

Les soins palliatifs s'inscrivent dans une continuité des soins et ne sont pas significatifs d'une fin de vie imminente. De plus, la phase palliative ne s'arrête pas au décès du patient même s'il faut reconnaître que les SU sont peu amenés à organiser un suivi.

## 4.2. Où se situent les soins palliatifs ?

Après avoir défini les soins palliatifs et spécifié le contexte réglementaire, il est utile de situer les soins palliatifs dans le parcours de soins du patient. Le schéma qui vous est proposé illustre parfaitement cette continuité et superposition des soins. Le patient ne bascule pas un jour donné dans le palliatif. Il existe des chimiothérapies, relevant donc, a priori, d'un traitement curatif, qui proposées au stade palliatif ont pour objectif de limiter l'extension de la maladie cancéreuse et/ou d'en diminuer la douleur.

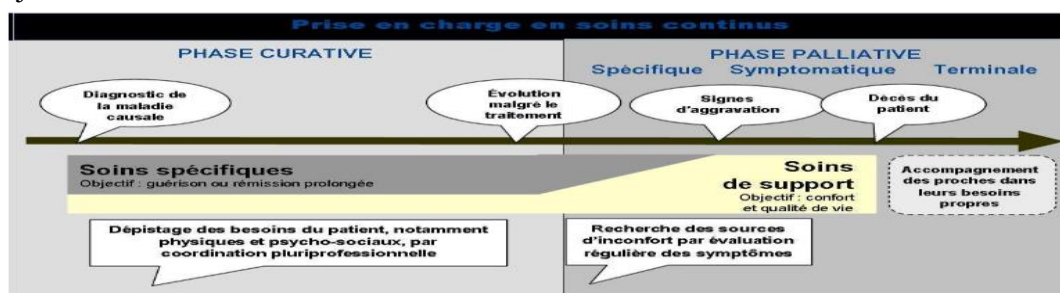


Figure extraite de « Traitements étiologiques/soins de support/soins palliatifs : quelle continuité ? M Lévy-Soussan,

<sup>86</sup> [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215\\_-\\_plabe56.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf)

<sup>87</sup> <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20161213-societe-un-guide-sur-la-fin-de-vie>

<sup>88</sup> Marie-Jo THIEL est professeure à l'Université de Strasbourg et directrice du Centre Européen d'Enseignement et de Recherche en Ethique

<sup>89</sup> THIEL, M-J, La démarche palliative, paradigme pour la relation de soins. In : 19<sup>ème</sup> congrès de la SFAP. Morts, limites et sociétés. 13 au 15 juin 2013. Lille

<sup>90</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2747360/fr/demarche-palliative-intervenir-tot-pour-une-meilleure-qualite-de-vie-a-l-hopital-et-a-domicile?cid=fc\\_1249760](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2747360/fr/demarche-palliative-intervenir-tot-pour-une-meilleure-qualite-de-vie-a-l-hopital-et-a-domicile?cid=fc_1249760)

« La séparation trop radicale entre soins palliatifs et soins curatifs finit par empêcher le développement d'une culture de la démarche palliative. Cette culture signifie l'intégration d'une compétence en soins palliatifs dans toute pratique clinique<sup>91</sup>. »

Géraldine TEXIER<sup>92</sup> s'est intéressée aux difficultés rencontrées par les médecins généralistes vis-à-vis des prises en charge à domicile de leurs patients en situation palliative<sup>93</sup>. Une étude qualitative réalisée grâce à des entretiens auprès de médecins généralistes a identifié deux raisons à l'origine de deux difficultés principales : l'entourage et les représentations intrinsèques du médecin généraliste (au travers de ses expériences, ses croyances, son histoire et sa culture). Les autres résultats retrouvent : les difficultés liées au patient, à son domicile, à la coordination des soins et à la formation.

« Le patient devient une personne en fin de vie qui va lui donner une plus grande place en tant que sujet.<sup>94</sup> » Cette phrase de Nancy KENTISH-BARNES<sup>95</sup> et Julien VALY<sup>96</sup> questionne à différents niveaux.

Le patient devient une personne... en fin de vie. Est-ce parce qu'il sera a priori plus vulnérable par l'idée de finitude qui approche que les soignants vont se montrer encore plus attentifs à ce qu'il puisse exprimer ses besoins, en (re)devenant sujet ?

Est-ce que la « catégorisation » d'un patient en soins palliatifs appelle à une plus grande empathie ? Un patient, indépendamment de son parcours de soins, et même de son parcours de vie, n'a pas la capacité d'être entendu dans sa singularité lorsqu'il ne s'agit pas d'une prise en soins palliative ?

Cette vision sociologique de « requalification » du patient, bouscule la future cadre de santé que je suis, J'évolue auprès des équipes dans une vision humaniste, sans discrimination. Pour autant, mon souci du sens que les soignants apportent au patient âgé en fin de vie, au même titre que le sens que je souhaite apporter dans mon management, n'est-il pas discriminant, au regard des personnes, non intégrées dans le champ des recherches de mon mémoire ?

Je pense que ma représentation affecte en partie ma vision et explique en quoi la vulnérabilité des patients en soins palliatifs fait sens.

### 4.3. Les soins palliatifs et la vulnérabilité

Les soins palliatifs situent leur action dans le respect de la dignité d'une personne vulnérable. Comme nous l'avons évoqué précédemment, la vulnérabilité fait référence à la blessure. Toutefois, Corine PELLUCHON<sup>97</sup> estime, que la vulnérabilité en fin de vie, est à la fois, à concevoir comme une fragilité, autant qu'une ouverture. La personne vulnérable exprime des besoins : besoin en soins, besoin des autres et besoin d'être écoutée. Elle est une personne digne et singulière. Nous arrivons à concevoir la fragilité inhérente à la fin de vie. L'ouverture, quant à elle, mérite d'être envisagée au sens où elle consiste à s'ouvrir à l'autre. Et, l'autre en retour, est concerné. Ainsi, le professionnel ou le proche est appelé à être responsable. « Je suis interpellée par l'autre. Je ne peux pas me dérober à cet appel qui me prend en otage. » Corine PELLUCHON va même plus loin : « je suis ce à quoi je réponds et la manière dont j'y réponds. L'autre m'enseigne<sup>98</sup>. »

Alors, la vulnérabilité d'autrui m'invite à envisager ma responsabilité et donc ma vulnérabilité et lors de la fin de vie, « c'est la vision de mon impuissance et de celle de l'autre [...] ce n'est pas parce qu'il

---

<sup>91</sup> Ibidem<sup>28</sup>. Page 35.

<sup>92</sup> Géraldine TEXIER est médecin au CHU de Rennes

<sup>93</sup> TEXIER, G. Difficultés des médecins généralistes vis-à-vis des prises en charge. In : 19<sup>ème</sup> congrès de la SFAP. Morts, limites et sociétés. 13 au 15 juin 2013. Lille

<sup>94</sup> KENTISH-BARNES N, VALY J. Les soignants et la mort en réanimation. In : Schepens Florent. Les soignants et la mort. Toulouse. Erès. 2013. Page 28

<sup>95</sup> Nancy KENTISH-BARNES est sociologue (groupe de recherche en réanimation à l'hôpital Saint-Louis, Paris).

<sup>96</sup> Julien VALY est doctorant en sociologie. Université Bordeaux-Segalen.

<sup>97</sup> Corine PELLUCHON est maître de conférences en philosophie à l'Université de Poitiers, spécialiste de philosophie politique et d'éthique appliquée.

<sup>98</sup> PELLUCHON, Corine. La vulnérabilité en fin de vie. Cairn, décembre 2012, 2012/4, n°111, p 32

*n'y a rien à faire que [...] que la mort de l'autre est le triomphe du néant, l'absence de sens, et que l'autre n'a pas besoin de nous*<sup>99</sup>. »

Nous arrivons au cœur même de mon mémoire, sur le don du sens. Et, je pense que les personnes vulnérables ont effectivement un rôle à jouer sur nous. Et, que, si certains soignants sont privés de dispenser un soin qui a du sens, alors leur vulnérabilité est affectée.

Les soins palliatifs sont à aborder avec le concept de mort, qui bien que différent, est lié.

#### 4.4. Aborder la mort

Pour les soignants, aborder la mort consiste à l'accepter en tant que processus naturel, au même titre que le vieillissement.

Cependant, elle revêt des définitions et fait appel à des notions spécifiques :

- L'agonie. Parler de la mort nécessite au préalable de parler de l'agonie qui est définie par la SFAP<sup>100</sup> comme « *le moment même du mourir [...] Le patient est comateux, il n'y a plus de mouvement volontaire, la respiration est automatique entrecoupée de pauses respiratoires de plus en plus longues* ».  
« *La culture ambiante ne supporte plus l'attente du mourir*<sup>101</sup>. » L'agonie est qualifiée d'inutile, et dénuée de sens.  
L'agonie est source d'angoisse extrême, notamment à domicile, lors de la fin de vie imminente.
- La mort est définie par la cessation de la vie<sup>102</sup>, par cessation complète et définitives des fonctions physiologiques<sup>103</sup>.
- La mort représente, pour la personne, la fin de sa vie.
- Le mourant est une personne vivante.
- La « Belle mort » apporte un critère esthétique à la mort dont la signification est : une mort naturelle, calme et sans souffrance (par opposition à la mort violente ou à la mort après une longue maladie).
- La bonne mort : celle d'une personne qui meurt dans des sentiments religieux, en s'étant acquitté de tous les devoirs de la religion<sup>104</sup>.
- La mort sociale. Issue des représentations, le risque de cette mort est que « *la vie ne soit considérée comme valable que lorsqu'elle est utile, quand la personne fait, agit, produit, voire est rentable*<sup>105</sup> ». Cela signifie-t-il un droit de vivre sous certaines conditions ? L'Homme est-il en capacité de perdre son utilité ?
- La mort vécue comme un échec. Elle n'intervient plus « *au terme de la vie mais quand les recours thérapeutiques sont épuisés, que le maintien d'un traitement s'avère injustifié ou alors que la personne accablée d'un inutile surcroît de vie choisit d'y renoncer. Les repères, figures ou représentations du mourir se sont profondément transformés, bouleversant nos mentalités et nos attitudes face à la mort. On meurt désormais autrement et ailleurs : assisté de soignants, [...] à l'hôpital, en institution, [...] en dehors de l'espace privé où l'on a vécu, dans un contexte où la technicité entrave parfois les derniers actes de vivant*<sup>106</sup> ».
- La mort intervient de plus en plus tard dans la vie des personnes. « *Les mourants sont de plus en plus vieux, ainsi que les personnes qui font l'expérience de la mort.*

---

<sup>99</sup> Ibidem<sup>98</sup> p 34

<sup>100</sup> Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, <http://www.sfap.org/rubrique/qrm-7-reponses-et-commentaires>

<sup>101</sup> Ibidem<sup>28</sup>. Page 16.

<sup>102</sup> <http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/visusel.exe?15;s=4127795415;r=1:nat=:sol=6>; consultée le 25/11/2016

Dictionnaire TFLI

<sup>103</sup> LALANDE F, VEBER O. La mort à l'Hôpital. Tome I Inspection générale des affaires sociales. Novembre 2009. p 39.

<sup>104</sup> Selon la définition du CNRTL, disponible sur <http://www.cnrtl.fr/dictionnaires/modernes/>

<sup>105</sup> Ibidem<sup>28</sup>. Page 14.

<sup>106</sup> HIRSCH, Emmanuel. Prendre soin des malades en fin de vie. Une approche éthique de la fragilité. La vie des idées.fr, mai 2009, page 4

Ainsi, la conclusion de cette approche démographique, révélait déjà en 2001, des conséquences dans trois domaines « *la transmission du patrimoine, l'accueil dans les services hospitaliers d'un nombre croissant de personnes très âgées en fin de vie ou des attitudes collectives face à la mort*<sup>107</sup> ».

- La mort digne. Marie de HENNEZEL<sup>108</sup> s'est entretenue avec des résidents d'EHPAD lors d'ateliers sur le sens de l'âge (dans des résidences services pour personnes âgées autonomes) et à la question suivante : Qu'est-ce que c'est pour vous mourir dans la dignité ? La réponse est la suivante : « *mourir chez soi, dans son lit, surtout pas à l'hôpital, sans souffrir, sans acharnement thérapeutique, entouré d'affection et de présence. Pouvoir glisser lentement dans la mort, dans un environnement protégé, sans être forcé à s'alimenter si l'on n'a plus faim.*<sup>109</sup> »
- La mort vue par l'Inspection générale des Affaires Sociales (Rapport 2009)
  - 58% des français meurent dans un établissement de soins
  - 16% des patients morts à l'hôpital décèdent dans un service dont la durée moyenne de séjour est inférieure ou égale à 24h (notamment aux urgences ou en UHCD)
  - On assiste à l'arrivée inopinée aux urgences, dans un contexte qui ne s'y prête pas, de malades dont la fin de vie était prévisible.
  - Le décès sur un brancard dans le couloir des urgences devient une issue presque banale.
- La mort<sup>110</sup> des personnes âgées dans notre société pourrait s'orchestrer en trois temps et rejoindre en partie ce qui vient d'être mentionné ci-dessus :
  - « *Une mort par exclusion de la vraie vie (de ceux qui travaillent, bougent, vont vite, produisent, sont rentables)*
  - *Une mort par regroupement et donc par isolement (établissements)*
  - *Une mort à l'hôpital, dans le couloir des urgences ou après un long passage dans différents services hospitaliers, dont l'objectif principal est de maintenir en vie les personnes malades* ».
- La mort vue par la Fédération Hospitalière de France (étude 2015) : La majorité des français souhaite mourir chez elle, et celle vue par l'Institut National d'Etudes Démographiques (étude 2015) seulement 25 % des personnes décèdent à domicile.
- La mort<sup>111</sup> est « *un évènement rare (qui ne se répète pas), singulier (unique et irréductible) et surprenant (l'évènement fait effraction, il est incalculable, intempestif<sup>112</sup>, imprévisible).* » Ce point de vue philosophique n'est pas la mort vue par les soignants, qui l'envisagent comme un processus. « *On devine en même temps qu'il ne serait pas moins risqué que les soignants vivent les mêmes souffrances que le mourant, les mêmes souffrances que ses proches*<sup>113</sup>. » Toutefois, Éric Fiat conclut sur l'idée suivante : « *Que par sa vigilance, il [le soignant] rende hommage à l'évènement, et n'oublie pas que la mort d'un homme est plus que la soustraction d'un être au monde, mais la fin d'un monde*<sup>114</sup>. »
- La mort porte un sens différent selon les cultures et les religions.

Je vous ai proposé au travers de ces définitions et notions associées, une vision de ce que pouvait être la mort. Ce que je souhaite à présent, est de vous proposer un regard en deux temps : un sur la mort en EHPAD et un sur la mort aux urgences.

---

<sup>107</sup> MONNIER A, PENNEC S, « Le grand âge et le vécu de la mort. Une approche démographique », *Gérontologie et société* 2001/3 (n° 98), Page 139.

<sup>108</sup> Marie de HENNEZEL est psychologue et psychothérapeute

<sup>109</sup> [http://www.liberation.fr/societe/2014/06/29/1-anorexie-finale-une-mort-en-douceur-pour-les-personnes-agees\\_1053370](http://www.liberation.fr/societe/2014/06/29/1-anorexie-finale-une-mort-en-douceur-pour-les-personnes-agees_1053370)

<sup>110</sup> Observatoire national de la fin de vie. Communiqué de presse. Mardi 21 janvier 2014.

<sup>111</sup> FIAT, Éric. Le soignant et la mort. S'habituer à ce dont il n'y a nulle habitude. In : Schepens Florent. Les soignants et la mort. Toulouse. Erès. 2013. p.182-183.

<sup>112</sup> Selon la définition du CNRTL, disponible sur <http://www.cnrtl.fr/dictionnaires/modernes>. Synonyme d'intempestif : imprévu, inopiné, inopportun

<sup>113</sup> Ibidem<sup>111</sup> p. 193.

<sup>114</sup> Ibidem<sup>111</sup> p.195.

#### 4.5. Lorsque l'EHPAD est le dernier lieu de vie

En France, 20 résidents décèdent, chaque année, en moyenne, dans chaque EHPAD (soit plus de 90000 défunts)<sup>115</sup>. 25 % des EHPAD<sup>116</sup> n'ont aucun contact avec une structure palliative (réseau, association, unité, équipe).

L'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) a mené une étude nationale<sup>117</sup> en 2013 portant sur la fin de vie en EHPAD (en collaboration avec l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux, la Fédération Française des Associations de Médecins Coordonnateurs et le programme MobiQual).

Les pistes de réflexion afin de limiter le recours à une hospitalisation en fin de vie reposent par exemple sur la présence d'une infirmière la nuit dans les EHPAD et l'organisation de la réponse aux situations d'urgence en fin de vie, au domicile, de patients en fin de vie, pour chaque établissement de santé disposant d'un SU.

L'observatoire national de la fin de vie avec l'étude MobiQual a montré que :

- 23,6% des résidents qui décèdent en EHPAD de manière non soudaine sont hospitalisés en urgence au moins une fois au cours des deux semaines (17% sont transférés une fois, 6,6% le sont deux fois ou plus) qui précèdent leur décès contre 15,7 % lorsque l'établissement dispose d'une infirmière la nuit.

L'observatoire formule donc l'hypothèse selon laquelle la présence d'une infirmière la nuit en EHPAD diminuerait de 18000, le nombre annuel d'hospitalisations de résidents en fin de vie (action 9-1 du plan).

- Les lieux de décès sont répartis ainsi : 74 % en EHPAD, 25 % à l'hôpital et 1 % en unité de soins palliatifs.
- Le signalement de situations (via un protocole d'anticipation) au service de permanence des soins, aiderait les régulateurs à décider de la pertinence d'une sollicitation du SU (action 11-4 du plan).
- 225000 personnes décèdent chaque année en France dans des conditions requérant des soins palliatifs. Or, un nombre important de ces patients n'accèdent pas ou trop tardivement à des soins palliatifs.
- Un médecin coordonnateur sur 5 n'a aucune formation à l'accompagnement de la fin de vie. 15 % ont une formation diplômante (diplôme universitaire).
- Les EHPAD sont confrontés à 20 décès par an en moyenne.
- 80 % des EHPAD ont mis en place des formations pour les infirmières, et 82 % pour les autres soignants.
- 29 % des EHPAD ont mis en place des « infirmiers référents. »

Ce lieu de vie que représente l'EHPAD, est souvent le dernier domicile à être investi par le résident. Cette entrée en institution a été un choix, plus ou moins libre, plus ou moins éclairé, consenti parfois avec autant de joie que de souffrance. Nous sommes des êtres singuliers et le vieillissement ne modifie pas nos aspirations profondément individuelles.

Parfois, l'EHPAD devient le dernier lieu de vie et le lieu de la mort. Les soignants d'EHPAD attachent une symbolique forte à accompagner « leur » résident jusqu'à la fin. Quelquefois, la fin de vie ultime et la mort reposent sur d'autres soignants, qui connaissent mal « leur » résident (court séjour gériatrique) ou pire, qui ne le connaissent pas (service des urgences). Cette idée de la mort aux urgences me conduit à vous faire partager la suite de ce mémoire.

---

<sup>115</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2049096/fr/comment-reduire-les-hospitalisations-non-programmees-des-residents-des-ehpad](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2049096/fr/comment-reduire-les-hospitalisations-non-programmees-des-residents-des-ehpad)

<sup>116</sup> Ibidem<sup>76</sup>

<sup>117</sup> Ibidem<sup>76</sup>

## 4.6. Mourir aux urgences lorsqu'on est âgé

« **Toutes les 40 minutes une personne âgée meurt aux urgences (soit 13000 décès par an)**<sup>118</sup>. » Plus de 13 000 personnes âgées de plus de 75 ans meurent aux urgences chaque année dont 50 % la nuit qui suit leur entrée. Deux tiers de ces personnes âgées ont une pathologie nécessitant des soins palliatifs<sup>119</sup>.

Nous avons déjà, en partie, répondu aux motifs qui conduisent à solliciter une hospitalisation en urgence, par les urgences. A ces motifs, il est possible, en lien avec le cadre hospitalier, et non spécifiquement des urgences, d'y ajouter l'argument financier (notamment au domicile) concernant le reste à charge, qui est « *un frein majeur pour permettre la fin de vie à domicile. Cela explique que l'hôpital est le lieu principal de la fin de vie en France, alors même qu'il est le lieu le moins approprié pour la fin de vie.*<sup>120</sup> »

Le maintien à domicile a un coût : humain, matériel et financier. Certains coussins de positionnement assimilés à du strict confort ne sont pas pris en charge. Il faudrait solliciter une association ou un réseau pour en obtenir le remboursement, ce que certains aidants sont dans l'incapacité de demander pour ne pas remplir des formulaires ou ne rien devoir à personne et garder leur dignité.

Ces situations d'urgence en fin de vie<sup>121</sup> sont en fait « un terrible révélateur de l'absence de liens entre la ville et l'hôpital » et, de manière identique à la prise en soins des personnes âgées, les personnes porteuses d'une maladie chronique en phase palliative peuvent nécessiter l'intervention de professionnels de structures d'urgence qui en « *l'absence de fiche de transmission préétablie peuvent se trouver démunies face à la conduite à tenir* », ce qui peut qualifier les « *hospitalisations d'évitables*<sup>122</sup> ». Peu importe la forme du lien. Il prend l'aspect d'un appel téléphonique, d'une rencontre, d'une fiche de liaison écrite. En tous cas, pour moi, il est essentiel.

Admettre un patient âgé en fin de vie aux urgences est compliqué pour :

- Le patient en premier lieu qui est contraint de venir mourir aux urgences,
- Les proches qui doivent assimiler que les urgences ne pourront pas le sauver,
- Le médecin urgentiste qui doit « *faire preuve [...] de discernement pour reconnaître un état d'agonie, et que son intervention dans ces situations l'engagerait dans une obstination déraisonnable en retardant l'heure d'une mort imminente. Il doit accepter de ne pas s'engager dans des gestes techniques inutiles, même si une telle décision est susceptible de rapprocher l'échéance de la mort.* »<sup>123</sup>
- Les soignants car éviter les hospitalisations aux urgences, revient à limiter leur ressenti, d'une « *violence symbolique forte : techniques invasives, alarmes, lumière et absence d'intimité*<sup>124</sup> ».
- L'équipe d'encadrement, qui au milieu de toutes ces difficultés doit continuer à donner du sens.

« *Il existe une forme d'incapacité des spécialités à engager elles-mêmes la démarche palliative au sein de leurs unités.* Cela m'évoque les propos tenus, lors de l'entretien exploratoire, par le cadre de santé d'un SU parisien, sur la responsabilité de certains services qui prononcent l'inclusion en soins palliatifs sans assumer les derniers instants de vie du patient.

Je ne porte pas de jugement sur le lieu du décès. Cependant, je m'interroge et rejoins les mots de Thierry VIMARD<sup>125</sup> qui rappelle que « *la mort à l'hôpital n'est pas un échec. Il ne faut pas opposer soins palliatifs à domicile et soins palliatifs à l'hôpital, ils sont complémentaires.*<sup>126</sup> »

<sup>118</sup> Observatoire national de la fin de vie. Communiqué de presse. Mardi 21 janvier 2014.

<sup>119</sup> Observatoire national de la fin de vie. Fin de vie des personnes âgées. Sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France. Rapport 2013. p 75.

<sup>120</sup> Ibidem<sup>28</sup>. Page 26.

<sup>121</sup> Observatoire national de la fin de vie. Vivre la fin de sa vie chez soi. Mars 2013. p 118.

<sup>122</sup> Ibidem<sup>84</sup> Page 14

<sup>123</sup> Selon la définition du CNRTL, disponible sur <http://www.cnrtl.fr/dictionnaires/modernes/>

<sup>124</sup> Ibidem<sup>94</sup>. Page 19.

<sup>125</sup> Thierry Vimard est médecin à l'équipe mobile de soins palliatifs en Gironde

<sup>126</sup> Hospimedia. Coordination et anticipation facilitent la prise en charge des soins palliatifs à domicile. Consulté le 23/03/2017. Disponible sur : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170317-gestion-des-risques-coordination-et-anticipation-facilitent-la>



Je pense que cette représentation qu'un grand nombre de personnes veulent mourir chez elles procurent aux soignants un sentiment de non-sens sans pour autant oublier qu'« *une mort bien accompagnée doit être possible dans tout l'hôpital*<sup>127</sup>. » Les urgences sont un service de l'hôpital et doivent à ce titre être en capacité d'assumer correctement l'accompagnement d'un patient âgé en fin de vie.

Avant de vous inviter dans la prochaine partie à discuter des contraintes de la temporalité, je vous livre une dernière question : *Ne pourrait-on pas « bien mourir » autrement que dans un service de soins palliatifs*<sup>128</sup> ? » Même si la réponse est « oui », force est de constater que les contraintes de la temporalité rendent, humainement, les soins un peu moins aisés à supporter et bousculent les valeurs soignantes.

---

<sup>127</sup> Ibidem<sup>28</sup> Page 36.

<sup>128</sup> Ibidem<sup>28</sup> Page 30.

## 5. LES CONTRAINTES DE LA TEMPORALITÉ

Nous venons d'observer le monde des urgences, le monde de la personne âgée et le monde des soins palliatifs et de la fin de vie. Ces descriptions font référence à mes choix. Le lien qui s'opère entre les différents univers est qu'ils s'inscrivent dans une temporalité qui leur est propre mais qui vont devoir cohabiter et coexister pour offrir aux patients des soins personnalisés de qualité et apporter aux équipes un bien-être voire un épanouissement au travail. Le cadre de santé est porteur de ces valeurs. Il a la possibilité de « donner la couleur » au service dans lequel il interagit. Il est lui-même contraint par la temporalité mais doit, prendre le temps, de se montrer disponible. N'y a-t-il pas des ouvrages, réalisés dans une urgence relative qui sont d'aussi bonne qualité que ceux à qui nous avons accordés plus de temps. Parfois, le temps, nous ne l'avons pas mais il faut tout de même, tenter de trouver ensemble, la moins mauvaise solution.

### 5.1. La temporalité et la fragmentation : le lien entre deux concepts

Tout d'abord, travailler aux urgences consiste à agir vite. Agir dans l'urgence, ne signifie pas d'agir sans réfléchir. Il s'agit de prendre la bonne décision au bon moment, de trier, de classer, de prioriser et d'appliquer des algorithmes et des protocoles. Cependant, ce facteur temps est indissociable de l'espace dans lequel il s'écoule et des acteurs en présence.

La temporalité du soignant, n'est pas celle du patient et de ses proches. Elle n'est pas la même que celle du cadre de santé voire de l'institution. Pour autant, la synchronisation de ces différents acteurs sera la garantie d'une prise en soins correcte. La synchronisation<sup>129</sup> est utilisée ici au sens de la simultanéité de la rencontre et des échanges et la nécessité d'équilibrer ce rapport.

La temporalité<sup>130</sup>, n'est donc pas une simple question de temps. Elle se définit par :

- Le caractère de ce qui est dans le temps et de ce qui lui appartient.
- La conscience du temps.
- Le caractère de toute activité spirituelle (Edmund Husserl).
- L'essence de notre être, voué à la finitude dont l'existence est *d'être-pour-la-mort* et le *souci* de cette finitude la pensée dominante (Martin Heidegger) avec le concept du « *dasein* » essence du moi, de l'être-là et qui consiste en ce que la conscience de nous-même ne fait qu'un avec l'expérience interne du temps (Maurice Merleau-Ponty).  
Martin Heidegger s'intéresse à l'être unique, dans la notion d'un Homme « *pensé à travers sa manière d'exister, en tant que « je » qui veut, qui s'efforce, qui est nécessaire et mortel*<sup>131</sup>. »  
La philosophie de Maurice Merleau-Ponty s'organise autour du sens, du corps et de la chair. « *Le sens est conçu comme un noyau de signification issu de l'homme et de son existence dans le monde, le corps [...] comme le référentiel de notre expérience, qui détermine nos normes d'existence [...] la chair comme l'unité du corps et de l'âme [...] Avoir un corps, c'est vivre, s'engager dans des projets, s'ouvrir à l'être*<sup>132</sup>. »
- Le mouvement qui fait basculer l'avenir dans le passé pour aboutir au moment où il n'y a plus d'avenir, la mort (Jean-Paul Sartre).

La temporalité revêt donc un aspect spirituel et une connotation marquée par la fin de vie. Ainsi, Corine PELLUCHON<sup>133</sup>, renforce ce constat puisqu'elle écrit : « *le deuxième aspect qui me frappe dans les*

<sup>129</sup> Selon la définition du CNRTL (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales) de synchrone : qui se produit dans le même temps, disponible sur <http://www.cnrtl.fr/dictionnaires/modernes/>

<sup>130</sup> Ibidem<sup>129</sup>

<sup>131</sup> PEOCH Nadia, « Bientraitance et éthique du care... Similitudes et différences autour d'une recension des écrits scientifiques », Recherche en soins infirmiers 2011/2 (N° 105), p. 7.

<sup>132</sup> Ibidem<sup>131</sup> p. 8

<sup>133</sup> Ibidem<sup>98</sup> page 42



soins palliatifs concerne toujours la temporalité propre aux personnes en fin de vie ». Elle reconnaît l'importance du moment présent tout en offrant « une ouverture à ce qu'elle [la personne malade] n'attendait pas. Pour Claude GRANGE<sup>134</sup>, le manque de débriefing espéré lors de son étude<sup>135</sup> est expliqué par « la temporalité de la médecine d'urgence qui est bien différente de celle de la médecine palliative ».

« Les urgentistes, le SAMU insistent sur les différences de temporalité induites par l'attitude curative ou palliative<sup>136</sup>. » Allant même jusqu'à dire que « Les services d'urgences ne sont pas adaptés pour les soins palliatifs et la fin de vie, La temporalité, l'organisation des locaux, la disponibilité des professionnels, les conditions d'accueil des familles : rien de tout cela n'est compatible avec un accompagnement de fin de vie dans de bonnes conditions.<sup>137</sup> ». Marie GAILLE indique que 75 à 80% de la population française meurt dans les hôpitaux selon une temporalité très particulière. Elle illustre ses propos avec la phrase suivante de Philippe Letellier : « on ne meurt plus vite et bien, comme il y a un siècle, on meurt un peu, on revit un peu, on meurt de nouveau un peu, on revit un peu.<sup>138</sup> »

Pour Isabelle Marin<sup>139</sup> : « Nous avons des perceptions et des conceptions fort différentes du temps qui s'entrechoquent dans la pratique soignante. Dans la société contemporaine, la prédominance de ce temps pousse à l'accélération : gagner du temps, le réduire. Le temps humain, biologique, psychologique, reste, lui, incompressible et inhomogène. Il impose au contraire l'attente et la patience : prendre son temps voire en perdre<sup>140</sup>. » Puis, elle conclut sur le fait de **devoir allier la certitude de la finitude à l'incertitude du moment où elle se produira.**

Enfin, il est à prendre en considération que lorsqu'un patient ou une famille sont dans l'attente, les minutes deviennent des heures.

La question du temps<sup>141</sup> lors de la prise en soins de la personne âgée en fin de vie repose sur le fait que :

- La médecine d'urgence n'est pas synonyme de précipitation,
- L'intervalle de temps est faible entre le moment de décision d'arrêt des traitements et le moment du décès,
- Le temps est un facteur nécessaire à la relation de confiance,
- Le temps est, en partie, garant d'une décision lucide, rapide raisonnée et appropriée.

Alors, il est possible de se demander comment concilier la temporalité de chacun, humainement, puisque les services (d'urgences et de soins palliatifs), par leurs spécificités, rendent cette notion visiblement incompatible entre ces deux mêmes services. Cette confrontation de deux temps est aussi un phénomène sociétal. « Cette tendance visant à supprimer le temps de la toute fin de vie, le temps de l'agonie, qui est un temps de la séparation, est encouragée par la mise à distance de la mort dans notre société<sup>142</sup>. »

Tout laisse présager que le rôle du cadre de santé se situe au carrefour même de ce point de tension. Le négliger serait renoncer. Lui apporter une importance capitale serait une lutte perdue d'avance. Reconnaître une temporalité différente permet de l'objectiver, de la nommer et d'en comprendre les contours. L'appivoiser est nécessaire. Cette notion de temporalité renvoie donc à identifier les contraintes qu'elle majore. La contrainte majeure que j'identifie de la temporalité est en lien avec la fragmentation. De cette temporalité en découle le concept de fragmentation. Le système exige une

<sup>134</sup> GRANGE, Claude. Accompagnement de la fin de vie aux urgences. Cairn. 2012, 2012/3, Vol. 27, page 89

<sup>135</sup> Etude prospective mono centrée réalisée sur 12 mois. Inclusion de 21 patients admis aux urgences avec un diagnostic « soins palliatifs » suite à une réunion de concertation pluri professionnelle, décédés dans les 72 h suivant leur admission, après instauration du protocole LATA-URG

<sup>136</sup> Ibidem<sup>28</sup>. Page 32.

<sup>137</sup> Observatoire national de la fin de vie. Vivre la fin de sa vie chez soi. Mars 2013. p 119.

<sup>138</sup> Ibidem<sup>20</sup> page 6.

<sup>139</sup> Isabelle MARIN est médecin à l'hôpital Delafontaine, Saint Denis

<sup>140</sup> MARIN, I. Le temps des patients, le temps des soignants. Paradoxe du temps limité et incertain . In : 19<sup>ème</sup> congrès de la SFAP. Morts, limites et sociétés. 13 au 15 juin 2013. Lille

<sup>141</sup> Ibidem<sup>26</sup>

<sup>142</sup> Ibidem<sup>28</sup> Page 16.

« réactivité extrême » et une « adaptabilité permanente »<sup>143</sup>. Le prix à payer de cette quête de l'excellence est : « une fragmentation du social et une fragilité voire une disparition de ce qui fait lien entre les individus »<sup>144</sup>.

« Il est inévitable que la médecine moderne, du fait de sa spécialisation, fragmente le corps du malade par le regard exclusif porté sur l'organe défectueux<sup>145</sup> ». « La caractéristique principale de la médecine contemporaine c'est la fragmentation<sup>146</sup> ». La médecine d'urgence n'y échappe pas. La médecine est fragmentée ainsi que les pratiques, ce qui génère :

- « Une difficulté à concevoir la maladie comme un fait total, à la fois mental et physique ».
- Une incompréhension sur le terme de guérison selon s'il s'agit du médecin ou du patient.
- « Une incompatibilité des temporalités. Le médecin se meut en permanence dans la temporalité de l'urgence, tandis que le patient est dans la temporalité de l'échéance ».

Ici, nous voyons que la fragmentation induit une temporalité dissociée.

Il est donc possible de dire que la temporalité et la fragmentation sont extrêmement liées et intriquées l'une avec l'autre, à la fois agent causal, à la fois conséquence.

Le cadre de santé interagit avec une équipe, dans une unité, relevant d'un pôle, lui-même constituant une structure, sanitaire, ancrée dans un territoire pour répondre à des besoins notamment sociétaux, avec l'obligation de satisfaire à des soins de qualité en toute sécurité. Le fonctionnement lui-même de notre système est fragmenté. Pour autant, je refuse de perdre ce qui est l'essence même de la vie : le lien.

Aussi, je me demande quelle réponse apporter et ouvre sur la voie d'une réflexion éthique. La réflexion est qualifiée d'éthique par Corine PELLUCHON « parce que ce n'est pas la loi ni l'expert ni le philosophe qui dira à un médecin ce qu'il faut faire et comment agir, mais c'est lui qui trouvera la réponse à cette question s'il se donne les moyens et le temps de réfléchir, si on lui donne les moyens et le temps d'y réfléchir<sup>147</sup>. » Je pense que la réflexion éthique ne peut s'engager idéalement qu'en émanant d'une démarche individuelle, à laquelle le collectif doit donner les moyens de s'y inscrire.

## 5.2. La réponse par une éthique des soins lors de la fin vie

La réponse par une éthique des soins lors de la fin de vie nécessite en premier lieu de définir ce qu'est le soin, et comment il s'intègre à l'éthique.

**Le soin** est l'élément central de toutes les prises en charge. Le soin<sup>148</sup> peut être défini comme : « toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela, par égard pour cet être même [...] c'est soigner quelque chose, un besoin ou une souffrance isolable comme telle et que l'on peut traiter ; mais soigner, c'est aussi soigner quelqu'un ». Il allie la relation, la technique, le préventif, l'éducatif, le curatif et le palliatif. Le soin<sup>149</sup> « oscille également entre un concept et un affect, entre une technè qui est l'exercice d'une compétence déterminée et une sollicitude pour l'ensemble de la vie ».

Pour Emmanuel HIRSCH<sup>150</sup>, « l'acte soignant constitue encore l'expression la plus sensible de nos obligations à l'égard de l'autre. Le soin peut être compris comme un engagement d'ordre moral, parti

---

<sup>143</sup> Catherine GLEE et Frederik MISPELBLOM BEYER. Manager sans perdre son âme. Quand le « réel du travail » ouvre la voie à des pratiques quotidiennes, alternatives et humanistes. CAIRN.INFO. 2012/45. Vol. XVIII. p. 258

<sup>144</sup> Ibidem<sup>143</sup>

<sup>145</sup> Ibidem<sup>46</sup> p.110.

<sup>146</sup> MASQUELET Alain-Charles. Médecine contemporaine et disposition du soin. In : Benaroyo L, Lefève C, Mino J-C et al. La philosophie du soin. Paris. Puf page 209

<sup>147</sup> Ibidem<sup>98</sup> p 45

<sup>148</sup> WORMS, Frédéric. Les deux concepts du soin. Esprit. Janvier 2006. p.143-144

<sup>149</sup> Ibidem<sup>146</sup> p. 206-207.

<sup>150</sup> Emmanuel HIRSCH, est professeur des universités, faculté de médecine, université Paris Sud-Paris Saclay, directeur du département de recherche en éthique, directeur de l'espace national de réflexion éthique sur les maladies neurodégénératives et directeur de l'espace publique de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris.

*pris d'une présence bienveillante opposée aux tentations de l'indifférence et de l'abandon [...] Lorsque l'on soigne, l'attention éthique caractérise un sens de la responsabilité, de la faculté de manifester une préoccupation humaine dont, bien souvent, l'existence même de la personne malade dépend, mais également une certaine conception de l'idée d'humanité<sup>151</sup> ».*

Le soin représente un engagement auprès d'autrui. Le soignant s'engage lui, en tant que personne auprès d'une autre personne. Il est une ouverture sur son monde et de ses vulnérabilités perçues, il renvoie le soignant aux siennes. Le patient, plus que jamais en étant acteur, par la transmission de ses volontés, par ses choix de vie, ancre le soignant dans sa dimension singulière et pourtant universelle.

La proximité lors du soin est primordiale qu'il s'agisse de la proximité physique qui fait référence au contact, mais aussi psychique, dans la manière d'être disponible, à l'écoute et d'être en présence. Le cadre de santé est appelé cadre de proximité. Il doit à mon sens conserver cette proximité avec ses équipes, les patients et leur famille. Il doit être fier de son cœur de métier. Il doit s'ancrer dans la réalité, comprendre ce qui est en train de se jouer. L'ambiance et l'atmosphère d'une situation sont difficilement transposables. Être au cœur du dispositif permet de connaître de quoi on parle et d'être en mesure d'argumenter. La présence permet le partage.

Les soins de la médecine d'urgence s'inscrivent dans « *une discipline transversale qui ne raisonne ni par organe ni par système ni par classe d'âge. Elle prend en compte la globalité d'une personne dans sa dimension somatique, psychique, spirituelle, culturelle et sociale. Plus que toute autre discipline, la médecine d'urgence fait appel à des compétences issues de catégories professionnelles variées.* »<sup>152</sup>

La richesse est portée par une équipe pluri professionnelle et pluridisciplinaire.

Depuis des années, **l'éthique** consiste pour moi, en la proposition d'une conclusion d'Éric FIAT lors d'une conférence sur la dignité de la personne âgée en EHPAD. Il s'agit de « *trouver à plusieurs la moins mauvaise solution* ». Cette conception aborde d'une part la coopération pluri professionnelle mais également la solution en tant que fruit de cet échange. La bonne solution n'existe pas. Il s'agit de trouver la moins mauvaise solution. Cela sous-entend que nous avons bien conscience qu'il n'existe pas une manière de voir les choses, que les éclairages des différents professionnels ouvrent sur des points de vue, argumentés, malmenés mais en tous cas frottés à la réalité de ce que nous imaginons pour et avec le patient. Cette définition déculpabilise le soignant, l'équipe et les proches sur qui, il serait porté la responsabilité de prendre la bonne décision.

*« Ces petites choses, cette attention de tous les instants, cette présence organisée pour être continue (continuité des soins), cette qualité de la présence aux moments les plus imprévisibles où les personnes soignées et leurs familles expriment leurs confidences, leurs espoirs, leurs projets, leurs solitudes, leurs souffrances... sont parfois plus déterminantes que les soins de haute technicité<sup>153</sup>. »*

Ainsi, j'aimerais voir se développer cette dimension globale du soin admettant, dans un contexte temporel, qui dépasse la simple notion du temps, que les soins sont l'expression humaine d'une grande technicité relationnelle. Il est au combien plus compliqué de nouer une relation de confiance que d'exécuter un geste vital, pour restaurer un organe défaillant.

---

<sup>151</sup> Ibidem<sup>106</sup> p. 3

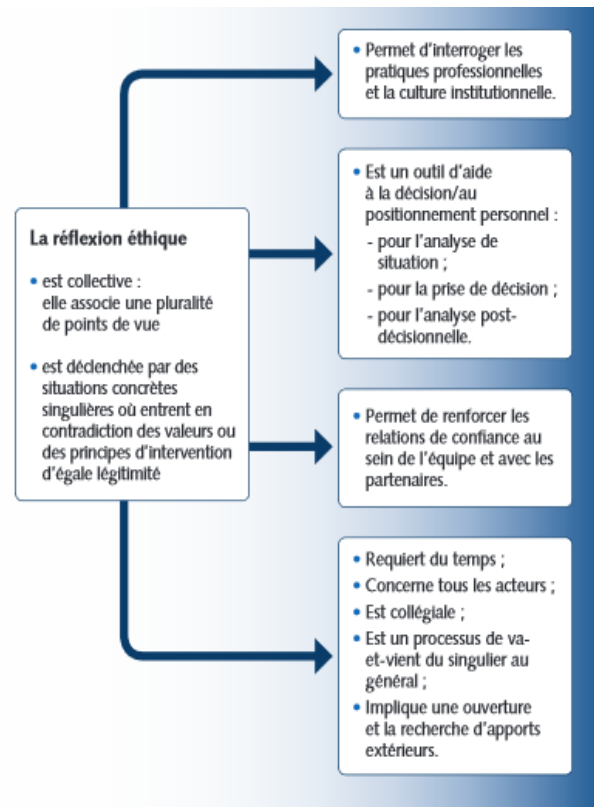
<sup>152</sup> Ethique et Urgences. Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. 2003. p 3.

<sup>153</sup> Ibidem<sup>131</sup> p. 11.

La réflexion éthique dans les établissements sociaux et médico-sociaux<sup>154</sup> fait l'objet de recommandations de bonnes pratiques professionnelles (2010) de l'ANESM. Le schéma proposé résume très bien en quoi elle consiste. Sa présentation synthétique en fait un support intéressant de communication.

Cette vision schématique, est à compléter par :

- Paul RICOEUR<sup>155</sup> qui définit l'éthique comme « *la visée d'une vie bonne avec et pour les autres dans des institutions justes* ». La sollicitude suppose « *la reconnaissance de l'autre comme semblable à soi-même* ».
- Emmanuel LEVINAS pour qui : « *Le visage, porteur de la souffrance oblige le professionnel de santé à accueillir l'homme souffrant et ainsi à assumer sa dignité de soignant et sa responsabilité d'humain*<sup>156</sup>. »



Dans le milieu hospitalier, l'éthique du care trouve naturellement sa place.

Le « care<sup>157</sup> » est porteur de deux dimensions :

- Une dimension perceptive : faire attention à, se soucier de...
- Une dimension de l'action : s'occuper de, prendre soin...

L'éthique du care n'aurait-elle pas pour finalité « *à se fixer comme objectif un accroissement de l'autonomie de celui ou de celle dont on prend soin? De telle sorte qu'il ou elle puisse, malgré sa faiblesse, être en mesure de manifester encore de quoi il est capable*<sup>158</sup>. »

Ainsi, « *valoriser le travail du care, qui répond à l'éthique du prendre soin, de la sollicitude, de l'accompagnement de proximité* » consiste à « *reconnaitre la souffrance, la vulnérabilité d'autrui et affirmer la permanence de son humanité dans et malgré sa (ou ses) pathologie(s) et handicap(s) et ce jusqu'au bout de la vie.*<sup>159</sup> »

« *Dans l'éthique du care, l'autonomie n'est pas envisagée comme un principe mais comme un horizon et la justice ne prend un sens véritable que si elle est le fruit du souci des autres et de soi-même comme personnes vulnérables*<sup>160</sup>. »

Même si je questionne l'éthique des soins, l'éthique médicale<sup>161</sup> qui est « *avant tout une relation [...], relation de soin* » fait partie intégrante de la réflexion menée et trouve son origine dans le questionnement (ici issu d'une communication sur la prise en charge des patients âgés atteints de cancer). « *L'éthique médicale s'intéresse aux pratiques de soin, à leurs finalités, à leurs possibilités de réalisation. Le propre de l'éthique médicale est d'évoluer avec son temps. C'est une réflexion du temps* »

<sup>154</sup> ANESM. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. [Consulté le 18 janvier 2017]. Disponible sur : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_ethique\\_anesm.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_ethique_anesm.pdf) p 22.

<sup>155</sup> Ibidem<sup>131</sup> p. 8.

<sup>156</sup> Ibidem<sup>131</sup> p. 8.

<sup>157</sup> Ibidem<sup>131</sup> p. 9.

<sup>158</sup> DELASSUS Éric. L'éthique du care : Vulnérabilité, autonomie et justice. 2012.hal-00701247v1. [Consulté le 10 février 2017]. Disponible sur : [https://hal.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/701247/filename/ethique\\_du\\_care.pdf](https://hal.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/701247/filename/ethique_du_care.pdf) p 9.

<sup>159</sup> Ibidem<sup>48</sup>

<sup>160</sup> Ibidem<sup>158</sup> p 1.

<sup>161</sup> Ibidem<sup>148</sup> p.141.

*présent, elle ne pouvait pas être la même hier et ne sera pas la même demain, du fait de l'évolution des pratiques et de la société.*<sup>162</sup> »

La réflexion s'engage pour donner du sens aux pratiques, pour répondre aux besoins exprimés par un patient, à un moment donné, comme figé quelques instants dans un environnement en mouvement. Selon, les acteurs en présence, et les situations rencontrées, les propositions peuvent être différentes. Chacun appelle à son professionnalisme et à sa singularité afin de tenter d'y répondre

Le rapport bénéfices-risques doit toujours être interrogé dans le principe de proportionnalité dans le sens où « *méconnaître les besoins et l'état de la personne peut aboutir à une réelle maltraitance par disproportion des actions menées*<sup>163</sup> » qualifiant le soin d'inutile ou de futile afin de ne pas basculer dans l'obstination déraisonnable.

« *L'ouverture au questionnement éthique paraît essentiel pour résister à la tentation de se substituer à la personne et respecter la vie dans quelque condition que ce soit*<sup>164</sup>. »

Enfin, l'éthique associée à la médecine d'urgence émane d'une problématique globale.

Les SU représentent une des premières réponses du système de soins. Ils sont le lieu de difficultés médicales psychologiques et sociales. « *Les dysfonctionnements de la société dans son ensemble se reflètent crûment dans les SU* » obligeant les médecins urgentistes à un questionnement, une identification et une inscription dans une démarche éthique. Les médecins ont peu de temps pour décider de l'action à mener même si celle-ci peut avoir de graves conséquences. « *La complexité du travail sollicite une équipe solidaire et responsable, mais n'empêche pas tous risques de perte d'information et de dilution de la responsabilité. L'urgence fait irruption dans sa vie et fait s'écrouler ses repères habituels. Elle suscite l'angoisse, voire la peur* ».

La démarche éthique est ancrée dans des valeurs : sociétales, médicales et humaines dans un contexte contraignant que la SFMU<sup>165</sup> définit dans ses réflexions et recommandations<sup>166</sup> par :

- Un flux permanent de patients simultanés,
- Une disponibilité limitée en lits d'hospitalisation,
- Une accessibilité non dédiée aux spécialistes et au plateau technique,
- Des situations médico-légales variées (refus de soins, hospitalisations sous contrainte, réquisitions, agressions sexuelle),
- Une forte charge émotionnelle,
- La grande vulnérabilité des patients.

Aussi, « *en l'absence de connaissance du souhait du patient, le médecin urgentiste choisit la décision qui respecte le mieux l'intérêt du malade et donne du sens à l'acte médical qu'il effectue car la dimension éthique vise avant tout à restituer un sens à l'agir médical*<sup>167</sup>. »

Les décisions éthiques en urgence, lors de situations extrêmes devraient respecter trois temps<sup>168</sup> :

- Un inventaire précis des informations médicales, des données techniques et scientifiques et des ressources humaines possibles,
- Une concertation pluridisciplinaire,
- Et une décision.

Ces décisions doivent s'effectuer dans une contrainte non négligeable, précédemment évoquée : le temps.

---

<sup>162</sup> Ibidem<sup>62</sup> Page 632.

<sup>163</sup> Ibidem<sup>48</sup> p 4.

<sup>164</sup> Ibidem<sup>48</sup> p 5.

<sup>165</sup> Ethique et Urgences. Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. 2003. p 3.

<sup>166</sup> Issu d'un groupe de réflexion, médical et paramédical, des SU, d'octobre 2000 à février 2002.

<sup>167</sup> Ethique et Urgences. Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. 2003 p 4

<sup>168</sup> Ibidem<sup>26</sup>

L'éthique, en situation d'urgence est au carrefour d'un « *choix tragique* » pour lequel il n'existe « aucune recette » ou « *arbre décisionnel*<sup>169</sup>. »

La SFMU évoque l'existence d'une chaîne éthique dont les SU sont un des maillons. Chacun des acteurs est impliqué, malheureusement, la chaîne peut se rompre par défaut de collaboration contraignant les urgences à assumer la responsabilité des décisions prises.

« *Penser la mort et mieux accepter de la vivre au sein de nos services, c'est accepter d'interroger le sens des pratiques. C'est réinvestir un soin compris dans la continuité d'un parcours qui unit une personne, ses proches et une équipe soignante. C'est réfléchir au soin comme un engagement qui trouve des formes insoupçonnées lorsqu'il consiste à s'ouvrir à l'autre dans son attente et parfois même dans ses espérances les plus intimes*<sup>170</sup> ». Cela conforte le concept exprimé par Corine PELLUCHON, sur la notion d'ouverture évoquée précédemment.

La temporalité contraint et est contrainte par la fragmentation qu'il s'agisse de la fragmentation du temps, des interruptions de tâches voire du délitement du lien. Je vous ai proposé une réponse, qui est celle qui me paraît cohérente, en ce moment où j'ai pris de la distance, avec mon environnement de travail habituel. Cependant, ma vision n'a d'intérêt que si elle se confronte à l'expérience de cadres de santé œuvrant dans un environnement similaire. Aussi, je vous invite dans cette sixième et dernière partie, dans ma projection de future cadre de santé. Comment, le management par le sens, permet de repenser, avec les équipes, le mourir aux urgences ?

« *La bientraitance s'inscrit dans la quête du sens, dans la vigilance critique intemporelle et dans cette posture de questionnement [...] à une interrogation constante de nos croyances, de nos attitudes, de nos comportements, de nos pratiques professionnelles*<sup>171</sup>. » Ainsi, des entretiens réalisés auprès de cadres de santé de SU pourront donner sens à ma réflexion et confronter mon réel à leurs réalités.

---

<sup>169</sup> Ethique et Urgences. Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. 2003. p 3.

<sup>170</sup> HIRSCH Emmanuel. Face à l'autre qui va mourir. In : Ameisen J-C, Hervieu-Léger D, Hirsch E. Qu'est-ce que mourir ? Paris. Editions Le Pommier. 2010. p 173.

<sup>171</sup> Ibidem<sup>131</sup> p. 11.

## 6. LE MANAGEMENT DU CADRE DE SANTÉ

« En quoi le cadre de santé donne du sens au management afin de repenser le mourir aux urgences ? » pose la question du comment améliorer la prise en soins des personnes âgées en fin de vie, aux urgences, et comment l'équipe soignante parvient à donner du sens à ses pratiques ?

Tout d'abord, il est possible de penser<sup>172</sup> qu'il est de la responsabilité des services qui sont les plus nombreux à accueillir des « *personnes mourantes* » de s'organiser pour réunir « *les conditions de fin de vie acceptables pour les malades et un accueil pour leurs proches* ». En ce sens, les urgences devraient disposer d'un « *environnement [...] prenant en compte l'aspiration à une certaine sérénité* ». Le protocole LATA-URG proposé dans certains établissements relève d'un consensus formalisé entre l'équipe des urgences et l'EMSP. Ainsi, il est possible « *d'améliorer la qualité des soins, l'accompagnement des patients et de leur famille mais aussi les conditions de travail des équipes soignantes* ».

Réunir ces objectifs est une des missions du cadre de santé. Les protocoles ne peuvent pas être l'unique réponse. Il est évident que la concertation, la volonté d'améliorer les prises en soins reposent aussi sur des rencontres. Se rencontrer consiste à échanger, à entendre en l'autre ses difficultés et non pas ce que nous avons idée de ce qu'il peut connaître comme difficultés. La différence est importante, il ne s'agit pas de penser pour l'autre ou de penser comme l'autre mais de confronter ses avis, ses expériences, ses ressentis. Le cadre de santé demande à ses équipes de s'appuyer sur la richesse des différences de chacun et de reconnaître les spécificités même si elles peuvent paraître en totale opposition. Cependant, si le patient âgé en fin de vie est au centre de l'attention, alors la proposition qui lui est faite devrait correspondre à la moins mauvaise solution. Ainsi, les soignants, acteurs aussi de ces échanges devraient pouvoir continuer à donner du sens à leur pratique. Et, le cadre de santé, qui accepte de faire confiance à son équipe et donne des clefs de compréhension aura aussi la satisfaction du travail accompli au mieux de ce qu'il peut proposer avec les moyens dont il dispose à un moment donné.

Emmanuel HIRSCH affirme que le temps de la fin de vie est pleinement intégré au parcours de vie de la personne, et puisque limité et singulier, cela lui confère du respect. Il invite à ce que chacun assume ses responsabilités lors des situations de fin de vie avec « *un devoir de retenue, de décence et de dignité à l'égard des personnes plus vulnérables que d'autres du fait de leur exposition à l'imminence de la mort*<sup>173</sup> ».

### 6.1. Le rôle du cadre de santé s'inscrit dans un cadre législatif et s'envisage selon un référentiel d'activités et de compétences

Le cadre de santé exerce selon le décret du 18 août 1995<sup>174</sup> (portant création d'un diplôme cadre de santé), toutefois, la Direction Générale de l'Offre de Soins propose un document de travail, encore provisoire, du Diplôme de Cadre de santé. Celui-ci est réalisé en deux parties. Ainsi, il est proposé un référentiel d'activités et un de compétences de la même manière qu'il peut être instauré pour les IDE (par l'arrêté du 31 juillet 2009). Chaque partie des référentiels est scindée pour le cadre de santé responsable de secteur d'activité de soin ou pour le cadre de santé formateur de professionnels de santé. Je ne m'intéressai ici, qu'aux référentiels concernant le cadre de santé responsable de secteur d'activité. Ce document de travail propose de définir le métier du cadre de santé responsable d'une unité de soin selon les termes suivants : « *organise l'activité de soin et prestations associées, manage l'équipe et coordonne les moyens d'un service [...] en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations*<sup>175</sup> ».

<sup>172</sup> GRANGE, Claude. *Accompagnement de la fin de vie aux urgences*. Cairn. 2012, 2012/3, Vol. 27, page 86

<sup>173</sup> Ibidem<sup>106</sup> p 12

<sup>174</sup> Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé. [Consulté le 3/02/2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005619244>

<sup>175</sup> Diplôme de cadre de santé. Référentiel d'activités et de compétences. Document de travail. Décembre 2012. [Consulté le 10 février 2017]. Disponible sur : [file:///C:/Users/user/Desktop/Cadres\\_sante\\_Ref\\_activites\\_et\\_compences\\_apres\\_18\\_12\\_2012.pdf](file:///C:/Users/user/Desktop/Cadres_sante_Ref_activites_et_compences_apres_18_12_2012.pdf) p 6.



| ACTIVITÉS   | COMPÉTENCES   |
|---|---|
| <p>Conception et coordination des organisations de soins et des prestations associées</p> <p>Coordination et échanges avec les différents acteurs</p> <p>Gestion des situations difficiles</p>  | <p>Prévoir les activités et les moyens nécessaires pour un secteur d'activités de soin</p> <p>Analyser les exigences qualité</p> <p>Repérer les ressources et les contraintes liées au secteur</p> <p>Analyser l'organisation et la charge en soins</p> <p>Anticiper l'impact d'une nouvelle organisation,</p> <p>Évaluer les ressources humaines et matérielles</p>  |
| <p>Gestion de l'information, des moyens et des ressources du secteur d'activités</p>  | <p>Organiser et coordonner les activités du secteur d'activités</p> <p>Adapter l'organisation des activités selon les priorités</p> <p>Planifier et gérer le temps de travail des équipes</p> <p>Négocier les organisations avec les équipes</p> <p>Coordonner les parcours et prises en soin avec les acteurs</p> <p>Adapter les ressources humaines et matérielles aux activités</p> <p>Analyser les situations et les problématiques rencontrées</p>   |
| <p>Management, encadrement et animation des équipes pluri-professionnelles</p> <p>Gestion des conflits et soutien dans les situations difficiles</p> <p>Gestion et développement des compétences</p> <p>Analyse des pratiques professionnelles (dans laquelle s'inscrit la démarche éthique, cf. schéma de l'ANESM)</p> | <p>Manager (tout en contrôlant et évaluant les activités) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ des équipes pluri professionnelles</li> <li>▪ les compétences individuelles et collectives d'une équipe pluri professionnelle</li> </ul> <p>Fédérer un collectif de travail et mobiliser des expertises (reconnaitre et valoriser les compétences et les performances individuelles et collectives)</p> <p>Faciliter les échanges au sein de l'équipe</p> <p>Développer la coopération</p> <p>Développer et maintenir une dynamique d'équipe positive</p> <p>Développer les éléments qui contribuent à la qualité de vie au travail</p> <p>Conduire et accompagner le changement</p> <p>Expliquer les procédures et règles de fonctionnement et vérifier leur compréhension et leur application</p> <p>Déléguer des activités et encourager la prise d'initiatives</p> <p>Conduire et animer des réunions d'équipe</p> <p>Accompagner le développement des compétences</p> <p>Identifier les programmes de développement professionnel continu</p> |
| <p>Animation de la démarche qualité et gestion des risques</p> <p>Actions d'amélioration à partir du suivi : qualité et sécurité des soins, mise en place et suivi de l'application des procédures, traitement des dysfonctionnements et des situations difficiles</p>  | <p>Conduire une démarche qualité et gestion des risques</p> <p>Accompagner les équipes dans le repérage de leurs pratiques réelles et faire émerger le sens de leurs actions</p> <p>Animer la réflexion sur les pratiques professionnelles</p>  |
| <p>Mise en place et animation de projets</p> <p>Développement de partenariats</p>   | <p>Conduire un projet, des travaux d'étude et de recherche</p> <p>Mettre en œuvre un plan d'action pour d'atteindre les objectifs</p> <p>Evaluer l'atteinte des objectifs, diagnostiquer les écarts et identifier les actions correctives</p> <p>Initier et développer des partenariats externes et internes</p>  |
| <p>Veille professionnelle, études et travaux de recherche et d'innovation</p> <p>Actualisation de connaissances</p>   | <p>Communiquer, transmettre les informations et rendre compte</p> <p>Mettre en œuvre une communication adaptée avec les patients et leur entourage</p>  |



Ce tableau reprend de manière synthétique les activités et compétences dévolues au cadre de santé. Le texte en bleu met en avant les éléments plus propices au service des urgences dans sa mission de prise en soin du patient âgé en fin de vie et de la place et du rôle des équipes. Le champ d'application est important, bien que « cadré », le cadre de santé a la possibilité de laisser s'exprimer sa créativité et de mener à bien les projets qui lui sont confiés.

Le cadre de santé a la possibilité grâce au style de management utilisé de (re)donner du sens aux équipes afin de repenser le mourir aux urgences de la personne âgée.

Le cadre de santé est reconnu au regard de termes élogieux, lors du rapport de la Mission Cadres Hospitaliers présenté par Chantal de SINGLY<sup>176</sup> en ces termes : « *maillon central, pilier du service, clef du changement, référence permanente et solide*<sup>177</sup> ». Toutefois, « *l'encadrement ça attire et ça fait peur*<sup>178</sup> ». Effectivement, encadrer peut générer de la peur voire de la souffrance. Il est important de le notifier. Le cadre de santé, en tant, qu'être humain, avec des valeurs professionnelles partagées au sein de son équipe, et dans l'idée de décliner la politique institutionnelle est tiraillé. Jean-Luc STANISLAS<sup>179</sup> estime que les cadres de santé sont soumis à des « *injonctions paradoxales pour atteindre un niveau de performance sans avoir les moyens nécessaires pour les atteindre*<sup>180</sup> » Cela signifie qu'il se situe à un carrefour stratégique, générateur de tensions. « *Le rôle du responsable d'encadrement est particulièrement alerté sur ses méthodes managériales qui sont soumises à des règles éthiques et déontologiques*<sup>181</sup>. » Il peut être accusé de harcèlement managérial (jurisprudence de 2009). Cette accusation justifie d'une atteinte aux droits et à la dignité de l'agent.

**Le cadre de proximité** se positionne entre deux points de tensions.

Tout d'abord, le rapport SICARD perçoit la profession ainsi : « *les cadres de proximité responsables de la qualité et de la sécurité des soins qui préfèrent ou qui sont sommées d'accomplir des tâches administratives dénuées de toute attention réelle, directe à la personne malade*<sup>182</sup> » où le cadre est désinvesti en partie de son cœur de métier.

Et, pour Walter HESBEEN,<sup>183</sup> le cadre de proximité s'étudie selon trois orientations qui amènent à des styles de management différents. Il propose que le cadre de proximité suive une orientation :

- Gestionnaire : il est soucieux de la gestion et met en place des techniques de vigilance en lien avec la gestion.
- Technique : il est expert dans le domaine, ce qui lui confère une certaine crédibilité.
- Soignante : Il est qualifié de celui qui accompagne les soignants dans la proximité exigée par le soin et non dans la réalisation du soin.

Il annonce « *une proximité gratifiante, bienfaisante, apaisante qui vient en aide aux professionnels car elle permet de les accompagner au plus près de l'activité, au plus près de ce qui se vit, se ressent,*

---

<sup>176</sup> Chantal de SINGLY est directrice de l'Institut du management. École des Hautes Études de la Santé Publique. Rennes.

<sup>177</sup> SINGLY Chantal (de). Ministère de la santé et des sports. Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers. 11/09/2009. p 18

<sup>178</sup> Ibidem<sup>177</sup>. p 92

<sup>179</sup> Jean-Luc STANISLAS est cadre supérieur de santé Il détient un master en économie, gestion et management de la santé (Paris Dauphine). Il est membre du groupe cadres-chercheurs.

<sup>180</sup> STANISLAS Jean-Luc. Risques Psycho-sociaux : le rôle du cadre. Objectif Soins & Management. 2012. Novembre. N°210. p. 22.

<sup>181</sup> Ibidem<sup>180</sup> p. 24.

<sup>182</sup> Ibidem<sup>28</sup> Page 29.

<sup>183</sup> Walter HESBEEN est infirmier et docteur en santé publique de l'Université catholique de Louvain (Belgique) et Lauréat de la Fondation Van Goethem-Brichant pour la réadaptation. Il a été directeur des services hospitaliers du Centre neurologique William Lennox (Belgique), puis professeur à l'École nationale de santé publique (Rennes, France) et ensuite responsable de l'Unité de recherche et de développement de l'École La Source (Lausanne, Suisse). Il est responsable du Groupe francophone d'études et de formations en éthique de la relation de service et de soin à Paris et professeur invité à la Faculté de santé publique de l'UCL à Bruxelles. Il est également membre fondateur et rédacteur en chef de la revue Perspective soignante.

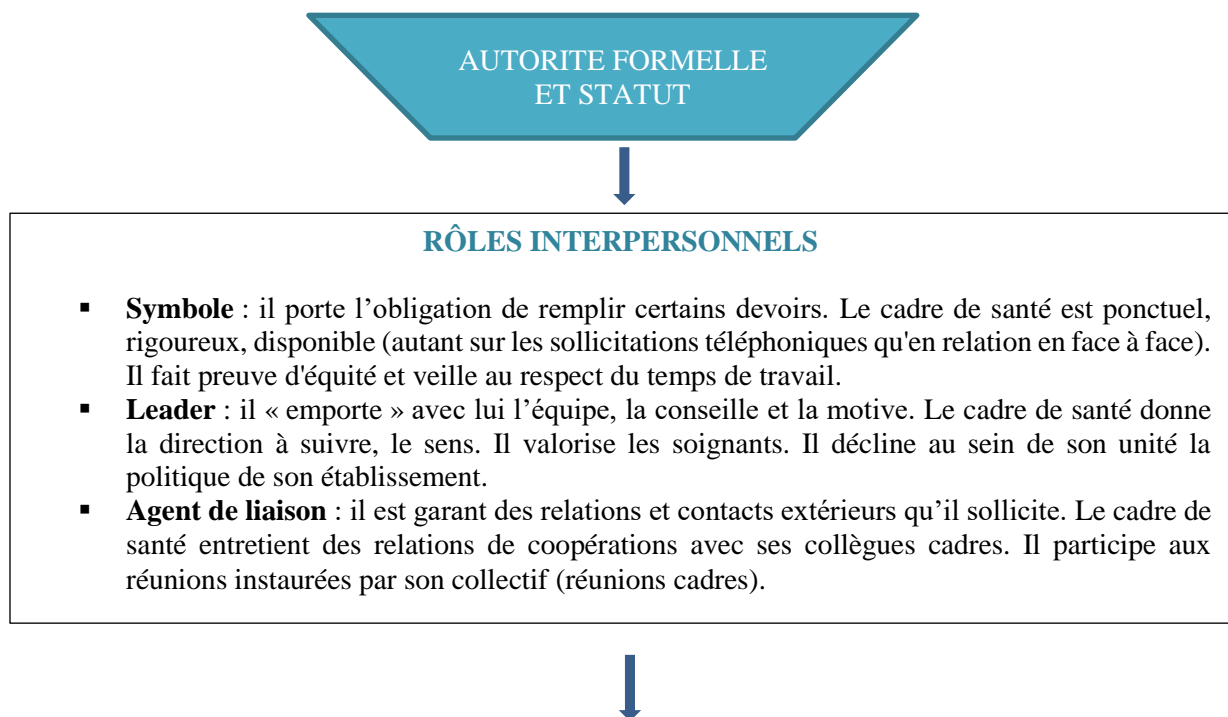
s'éprouve ; de ce qui inquiète, voire ce qui déroute, au cœur même de la pratique quotidienne des soins<sup>184</sup> ». Le management respecte deux logiques différentes :

- Une logique fonctionnelle : focalisée sur la gestion humaine et sa production,
- Une logique sensible : focalisée sur l'humain et « sa manière de vivre ce qu'il a à vivre lorsqu'il est au travail<sup>185</sup> ».

Le sens donné par le management est, en fonction des orientations choisies, plus ou moins tourné sur un des trois aspects. Il ne s'agit pas de les opposer, elles sont à identifier afin de pouvoir se positionner. Je rejoins les propos tenus par le Professeur SICARD sur le fait que la profession s'est alourdie de tâches administratives. Il pourrait même être envisagé de ne pas être issu de la filière concernée. Je pense que cela est regrettable et pourrait être préjudiciable. Devenir cadre de santé et se détacher des soins, ne veut pas dire prendre de la distance avec la relation soignante.

La vision de Walter HESBEEN basée sur trois orientations est pour moi, plus qu'un choix, une stratégie managériale privilégiant l'utilisation tantôt de l'une, tantôt de l'autre. Nous savons que dans tout fonctionnement triangulaire, le fait de privilégier un des sommets, sollicite un peu moins les deux autres. L'idée est de recourir, en fonction des besoins du moment, aux différents sommets. Ils ne s'opposent pas. Le contexte actuel oblige à faire usage des trois.

Il est possible également d'octroyer au cadre 10 rôles<sup>186</sup>, ainsi catégorisés selon Henry MINTZBERG<sup>187</sup>,



<sup>184</sup> HESBEEN Walter. Cadre de santé de proximité. Un métier au cœur du soin. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson. p.103.

<sup>185</sup> Ibidem<sup>184</sup> p.105

<sup>186</sup> MINTZBERG Henry. Les rôles professionnels du cadre. In : Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre. Paris. Editions d'Organisation Groupe Eyrolles. Onzième tirage. 2016. p. 29.

<sup>187</sup> Henry MINTZBERG est professeur de management à l'université de McGill de Montréal.

## RÔLES LIÉS À L'INFORMATION

- **Observateur actif** : il est à la recherche constante d'une meilleure lecture de l'organisation. Le cadre de santé participe aux transmissions inter-équipes, observe l'organisation soignante et contribue à l'identification des difficultés et/ou dysfonctionnements ainsi qu'au fait de poursuivre dans le même axe ce qui fonctionne correctement.
- **Diffuseur** : il diffuse l'information en interne, qui peut être une information factuelle ou bien liée à des valeurs. Le cadre de santé transmet les informations aux équipes d'éléments nécessaires à la continuité des soins (entrée, sortie, transfert) ou au bon fonctionnement du service sur les supports de communication dédiés. Il informe des mobilités.
- **Porte-parole** : il transmet l'information à l'extérieur de son unité (supérieur hiérarchique). Le cadre de santé fait remonter l'information issue des équipes à son supérieur. Ainsi, il informe le cadre supérieur de l'absence de lits d'aval en temps réel.



## RÔLES DÉCISIONNELS

- **Entrepreneur** : il entreprend d'améliorer l'organisation dans son environnement. Le cadre de santé apporte avec son équipe les ajustements nécessaires au quotidien.
- **Régulateur** : il met en place des actions correctrices. Le cadre de santé propose des actions permettant de garantir l'efficacité et l'efficience du système autant pour assurer des soins de qualité en toute sécurité que pour promouvoir le bien-être au travail.
- **Répartiteur de ressources** : il met en adéquation les ressources (humaines, matérielles, temporelles, financières) au regard d'un travail. Le cadre de santé assure l'élaboration du planning et ajuste au quotidien les besoins en effectif au regard des activités, des accompagnements et veille au respect de l'effectif minimum requis.
- **Négociateur** : il représente l'organisation, car il est cadre symbole et son discours apporte de la crédibilité. Il s'agit d'un management habile, empreint de respect réciproque.

Cette liste des rôles du cadre montre à quel point son positionnement stratégique est délicat et peut autant être générateur de tensions que de réalisations performantes et satisfaisantes.

### 6.2. Le don du sens

En préambule au management par le sens impulsé par le cadre de santé, je me suis intéressée à une interview<sup>188</sup> proposée sur le site de l'Association FRANçaise du Management Equitable (AFRAME) intitulée : « Ennui, lassitude, comment (re)donner du sens à son travail ? » en relation avec le mensuel Management. Ainsi, Caroline MONTAIGNE<sup>189</sup> et Pierre-Éric SUTTER<sup>190</sup> échangent à ce sujet. Il en ressort que 73 % des français sont heureux au travail. Pourtant, 43 % des français ne trouvent plus de sens. La déception est d'autant plus importante que les attentes sont élevées.

Le travail est la deuxième valeur centrale après la famille. Le travail a pour signification :

- Le faire : appliquer un savoir-faire en échange d'un salaire (reconnaissance par le salaire)
- L'agir collectif : la relation à l'autre confère un sens au travail
- L'œuvre : la finalité de la mission sublime l'effort quotidien

Chaque travail est vécu de façon unique. Et le sens au travail consiste en un équilibre entre la vie personnelle et professionnelle, tout en sachant que l'Homme est un être entier, avec une unité qui évolue (selon le désir, l'envie, la mission).

<sup>188</sup> <http://www.aframe.fr/revue-de-presse/ennui-lassitude-comment-re-donner-du-sens-%C3%A0-son-travail>

<sup>189</sup> Caroline MONTAIGNE est rédactrice en chef de « Management »

<sup>190</sup> Pierre-Éric SUTTER est psychologue du travail

Ainsi, 3 directions sont données au sens du travail :

- Le projet professionnel (carrière)
- La signification,
- La finalité : en quoi mon travail fait-il sens ou non-sens ?

Avoir un métier « utile » ne protège pas de la perte de sens. Au contraire parce qu'il existe des attentes et que le métier est fondé sur le rapport humain dès qu'il y a des dérives, la perte de sens est encore plus violente.

Achille WEINBERG a identifié trois raisons fondamentales au travail : « *gagner sa vie, exister socialement et faire des choses qui nous intéressent. Mais chacune de ces motivations à ses revers, poussent chacun, tantôt à s'engager, tantôt à fuir*<sup>191</sup>. »

Le sens<sup>192</sup> évoque :

- La direction,
- La signification,
- Le ressenti, l'appropriation.

Le « *petit sens* » qualifie l'idée du travail opérationnel, celui du quotidien. Pour Mathieu DETCHESSAHAR<sup>193</sup> « *Sans la présence des managers au cœur du travail opérationnel, ce petit sens ne peut pas se construire, et pourtant il est terriblement nécessaire à l'efficacité du travail mais aussi au bien-être au travail* » et conclut ainsi : « *c'est ce qui fait la beauté et la difficulté du management*<sup>194</sup>. »

Le management par le sens est possible s'il existe une « *relation étroite*<sup>195</sup> » alliant confiance et responsabilité. Cela requière un devoir d'exemplarité, tout comme Henry MINTZBERG le qualifie de cadre symbole.

« *Prendre soin de soi, des autres, de son environnement, bref se soucier de tout ce qui est essentiel dans la vie, c'est la tâche du care. Tâche à laquelle nous pouvons tous contribuer pour rendre l'humanité plus humaine et la vie plus supportable*<sup>196</sup> ».

« *Il apparaît essentiel de donner du sens à l'acte, aussi minime soit-il, et de ne pas nier l'humain*<sup>197</sup> ».

Le sens, selon Olivier VASSAL<sup>198</sup>, se définit comme le « *fondement de toute chose donnée*<sup>199</sup> » ce qui suppose le respect de trois principes fondamentaux :

- Un principe d'identité : pouvoir se référer à une totalité,
- Un principe de causalité : être en mesure d'expliquer, de relier et de comprendre,
- Un principe de cohérence.

Il identifie la crise actuelle sous l'item la crise du « pour quoi », et explique la source de celle-ci dans les contradictions du quotidien ce qu'il illustre par le fait de faire vite et bien, faire mieux et moins cher. Bien qu'issu de l'industrie, il est responsable du Centre de compétences européen sur les ressources humaines et la gestion du changement. Ainsi, son éclairage est transposable en partie au monde de la santé.

---

<sup>191</sup> WEINBERG Achille. Pourquoi travaille-t-on ? Sciences Humaines. Novembre 2012. N°242. p 32.

<sup>192</sup> BARTOLI A, TROSA S. Les paradoxes du management par le sens. Rennes : Presses de l'EHESP. p. 73.

<sup>193</sup> Mathieu DETCHESSAHAR est professeur des universités Laboratoire d'Économie et de Management Nantes-Atlantique.

<sup>194</sup> DETCHESSAHAR Mathieu. Management et bien-être au travail. 1<sup>è</sup> partie. Laboratoire d'économie et de management. Octobre 2014. p. 3.

<sup>195</sup> Ibidem<sup>192</sup>, p. 84.

<sup>196</sup> Ibidem<sup>158</sup> p 12-13.

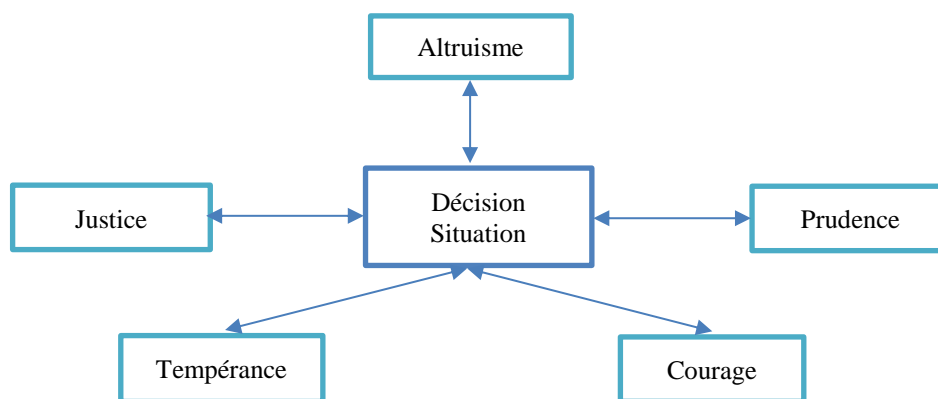
<sup>197</sup> Ibidem<sup>48</sup> p.4.

<sup>198</sup> Olivier VASSAL est membre du comité exécutif d'Atos Consulting France. Responsable du Centre de compétences européen sur les ressources humaines et la gestion du changement.

<sup>199</sup> VASSAL Olivier. Crise du sens, défis du management. Cairn, octobre 2016, p. 67.

Dans le milieu hospitalier ; le lexique retrouvé est celui de l'efficacité et de l'efficience voire de la performance.

Selon Jean-Jacques NILLÈS<sup>200</sup>, l'éthique est une compétence professionnelle, qui avec une représentation cardinale basée sur les vertus peut aider à une prise de décision qualifiée de cohérente et structurée, pour lequel il propose le schéma suivant :



Il définit l'éthique managériale comme l'explication du système des vertus (propriété spécifique d'une chose ou d'un être) qui servent de référence aux individus au moment de la prise de décision, et qui permettent une critique au sens d'ouverture. Cette vision permet de mieux résoudre les situations conflictuelles et/ou de favoriser une approche collective. Pour Jean-Jacques NILLÈS, l'éthique est « *une compétence clef du management*<sup>201</sup> » qui offrirait une meilleure efficacité et constituerait un outil d'aide à la décision.

Il propose une définition des vertus mises en avant grâce au travail de son groupe de recherches avant de l'adapter au manager et d'en proposer une déclinaison comportementale. J'ai choisi de vous présenter ces trois items dans un seul et même tableau, ci-dessous.

| VERTU            | DEFINITION DE LA VERTU  | VERTUS ADAPTEES AU MANAGEMENT  | COMPORTEMENTS TYPIQUES  |
|------------------|---|--|---|
| <b>Altruisme</b> | Considération pour autrui en tant que personne                        | Comprendre et prendre en compte le collaborateur (dans son environnement, selon son mode de fonctionnement et selon ses objectifs)<br>Développer les conditions d'un véritable échange | Reconnaître le droit à l'erreur<br>Rechercher une relation équilibrée (entre les objectifs de l'organisation et ceux de l'agent)              |
| <b>Justice</b>   | Attribution à chacun de ce qui lui revient<br>Respect des engagements | Agir avec constance et équité, objectivité et exemplarité<br>Faire ce que l'on dit   | Procéder avec impartialité aux évaluations<br>Gérer les conflits (avec équité)<br>Faire respecter la légalité et les règles de l'organisation |

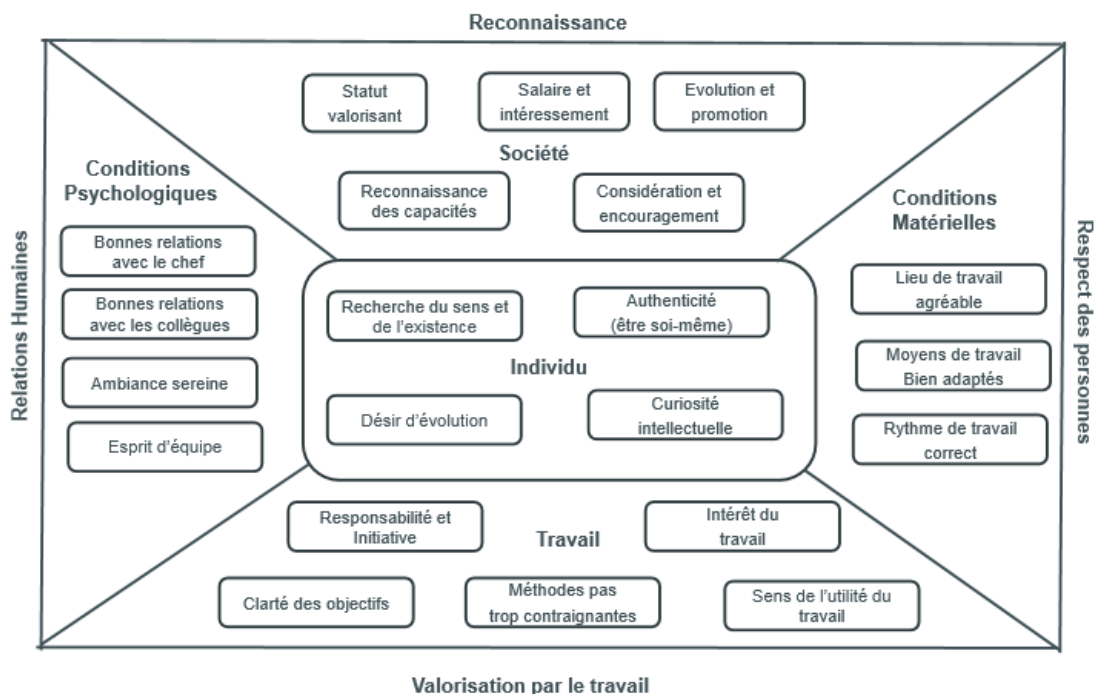
<sup>200</sup> Jean-Jacques NILLÈS est professeur de philosophie.

<sup>201</sup> [http://www.journaldunet.com/management/0404/040432\\_ethique.shtml](http://www.journaldunet.com/management/0404/040432_ethique.shtml)

|                   |   |  |  |
|-------------------|---|--|--|
| <b>Courage</b>    | Résolution dans la prise de décision capacité à surmonter la peur et la peine                                     | Agir selon ses principes et ses valeurs<br>Assumer ses choix, ses convictions  | Sanctionner les hors-jeux<br>Assumer ses responsabilités en situation difficile<br>S'engager dans les décisions et les actions |
| <b>Prudence</b>   | Amour et respect de la vérité<br>Sagesse dans l'action fondée sur la connaissance<br>Ethique de la responsabilité | Comprendre et analyser les situations pour pouvoir s'y adapter<br>Prendre des décisions pertinentes adaptées au contexte<br>Adopter une vision à moyen ou long terme | Rechercher les compromis lors des conflits<br>Chercher à conserver sa crédibilité auprès de ses collaborateurs                 |
| <b>Tempérance</b> | Modération dans les désirs<br>Maîtrise des impulsions   | Se maîtriser<br>Etre d'humeur égale et être constant dans les appréciations ou les réactions   | Résister au gain à court terme<br>Savoir résister aux avantages personnels   |

Emmanuel HIRSCH, spécifie que « penser la fin de vie et mieux en intégrer l'accompagnement dans les activités des services hospitaliers, c'est accepter d'interroger le sens des pratiques et parfois même leur justification. Il s'agit là, également, de réinvestir un soin compris dans la continuité d'un parcours qui unit plus qu'on ne le pense dans une attention partagée, la personne malade, ses proches et une équipe soignante<sup>202</sup>. »

Enfin, le don du sens nécessite d'évoquer la motivation<sup>203</sup> :



<sup>202</sup> Ibidem<sup>106</sup> p. 4.

<sup>203</sup> Cours théorique intitulé : « conduite et innovation projet », dispensé par Samuel Meyroneinc, le 22/03/2017 dans le cadre du master management et santé de l'UPEC

Ancrée dans la motivation, la quête de la reconnaissance<sup>204</sup>, est selon Jean-Michel BOURELLE<sup>205</sup> la mise en avant d'un :

- Besoin d'existence et de considération (exister pour autrui),
- Besoin d'intégration (appartenir à un groupe),
- Besoin de valorisation (bonne image de soi),
- Besoin d'individualisation (affirmer et confirmer sa personnalité, ses différences).

### 6.3. Le but du travail en réseau entre l'EHPAD et les SU

Le Professeur François BLANCHARD est gériatre. Il a proposé lors de la première rencontre régionale des professionnels de la gériatrie (octobre 2014) une convention de coopération entre EHPAD et centre hospitalier<sup>206</sup>. Le but est de réduire les hospitalisations qualifiées d'inutiles, réduire les risques de rupture de la continuité des soins, fluidifier le parcours du patient (éviter le passage aux urgences et/ou réduire son temps d'attente) et préparer le transfert dans les SU puis le retour en EHPAD. Cela s'envisage par une bonne communication entre professionnels et une transmission de qualité, une connaissance des ressources et des limites de chacun pour développer de la confiance et envisager des consultations avancées gérontologiques.

Le but de ce travail en réseau est de ne pas (re)vivre la situation décrite par le Professeur Didier SICARD « *l'absence d'accompagnement des mourants aux urgences aboutira alors souvent à la situation paradoxale et tragique d'une mort sur un brancard dans une salle ou un couloir, dans une situation de stress intense pour les proches, ou dans la solitude et l'indifférence générale*<sup>207</sup>. »

Etre soignant, pour Alice SANTIN<sup>208</sup>, consiste à définir « *le contour de la situation, sa singularité, ses spécificités, sa complexité* » au regard d'une personne et de son parcours « *afin de délimiter le périmètre des possibles pour ce patient à ce moment, mais aussi celui des impossibles à ne pas mettre en œuvre*<sup>209</sup> ».

Il est possible de mesurer toute la difficulté de prendre en soin un patient. Les compétences requises sont de le considérer comme une personne, sans jamais basculer dans le patient/objet de soins et ainsi l'inscrire dans une continuité et préserver son intégrité.

Le travail en réseau est indispensable. Aussi, je vous propose de recenser les propos tenus par les cadres de santé de SU, afin d'étendre ma réflexion.

---

<sup>204</sup> BOURELLE Jean-Michel Dossier pédagogique GRIEPS Formation Conseil Santé. Responsable pédagogique. Isolement et (ou) contention en psychiatrie : soigner et accompagner. p 3. Formation dispensée du 10 au 12 avril 2017 au Centre Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie de l'Yonne.

<sup>205</sup> Jean-Michel BOURELLE est formateur consultant, il travaille dans le champ de la pédagogie et du management auprès d'étudiants et d'équipes soignantes. Grieps. Lyon.

<sup>206</sup> [http://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/francois\\_blanchard\\_convention\\_de\\_cooperation\\_mardi\\_07\\_octobre\\_2014.pdf](http://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/francois_blanchard_convention_de_cooperation_mardi_07_octobre_2014.pdf)

<sup>207</sup> Ibidem<sup>28</sup> p. 13.

<sup>208</sup> Aline Santin est Praticien hospitalier au service des urgences CHU Henri Mondor, AP-HP

<sup>209</sup> SANTIN Aline. Mourir aux urgences, dans l'urgence. Publié le : 03 Février 2015. [Consulté le 2 décembre 2016]. Disponible sur : <http://www.espace-ethique.org/ressources/article/mourir-aux-urgences-dans-l%E2%80%99urgence>



Les entretiens me permettent de confronter mes convictions à la réalité vécue par d'autres cadres de santé des urgences.

### *6.3.1. Des entretiens concernant l'accueil et la prise en soins de la personne âgée, en fin de vie, aux urgences*

Le choix de l'entretien repose sur un échange souhaité avec les cadres de santé de SU. J'ai estimé que des questionnaires n'étaient pas pertinents. L'entretien est semi-directif. Des questions de relance ont été préparées afin d'aborder les thèmes principaux.

J'ai utilisé un guide d'entretien individuel, sous forme de tableau, qui formalise :

- Ma présentation en tant qu'étudiante et le lieu de la formation suivie, et le thème  
*Bonjour, je m'appelle Géraldine Chirol, je suis étudiante cadre de santé à l'Ecole Supérieure Montsouris (Val de Marne 94). Je réalise actuellement un mémoire, dont la soutenance me permettra de valider le diplôme de cadre de santé. Ce travail a pour objet d'étudier le management au regard des situations délicates voire difficiles que représentent les personnes âgées en fin de vie admises dans les services d'urgence. Si vous le permettez, cet entretien sera enregistré à des fins d'exploitation.*
- Les conditions inhérentes au recueil des informations (enregistrement ne pas arrêter le débit verbal de mon interlocuteur et pour faciliter la retranscription, et, garantie de l'anonymat),
- La présentation du cadre de santé : les informations que je souhaite recueillir sont les suivantes :
  - L'influence de l'expérience (grâce au temps d'exercice en tant que cadre de santé). Je pense que cet élément peut conditionner la prise en soins d'un patient âgé en fin de vie. Un cadre de santé nouvellement arrivé a peut-être d'autres priorités en lien direct avec les SU.
  - Les conditions d'expérience, de formation, et comment cela va orienter et faciliter le management.
  - Le choix d'exercer au SU est à mon sens un critère important
  - Le cœur de métier me permet de connaître la filière de formation initiale
- L'existence d'un collectif cadre au sein du SU

Je me suis orientée sur la réalisation de 6 entretiens auprès de cadres de santé de services d'urgence adulte, œuvrant dans un établissement public. Ils ont été réalisés sur la région Bourgogne Franche-Comté et en Ile-de-France.

J'ai sollicité un accord oral préalable, sur le principe de bien vouloir s'entretenir auprès d'une étudiante cadre pour étayer et statuer sur mes hypothèses de recherche, et le thème de mon mémoire avant de fixer un rendez-vous. 5 entretiens sur 6 ont pu être planifiés directement. Seule une cadre m'a demandé d'obtenir l'autorisation de sa direction (des services en soins infirmiers) ainsi que de sa cadre supérieure. Les entretiens ont tous été enregistrés (et sont retranscrits en annexe 5), les phrases n'ont pas été retouchées, il s'agit d'une retranscription écrite d'une situation orale, ce qui explique certaines syntaxes mais n'enlèvent en rien à la qualité des propos recueillis.

Pour plus de facilité et pour préserver l'anonymat chaque entretien est codifié ainsi : à C1 correspond l'entretien avec le cadre de santé 1, etc... Tous sont issus de la filière infirmière.

La durée n'a pas été fixée au préalable. Concrètement, un entretien a duré 25 minutes, deux ont duré 30 minutes, un a duré 35 minutes et deux ont duré 40 minutes.

Ces établissements sont des établissements de proximité, je n'ai fait appel à aucun Centre Hospitalier Universitaire.

Le nombre moyen de passages quotidiens aux urgences oscille entre 37 et 155, dont trois entre 110 et 130, correspondant à peu près à mon établissement.

Les Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP) sont inexistantes sur deux structures, ou varient de 3 à 14.

3 cadres de santé exercent depuis moins de 18 mois, pour les 3 autres cadres l'ancienneté est de 3, 6 et 8 ans.

Ce poste aux urgences est un choix pour 4 cadres de santé. Sur les 2 d'entre eux n'ayant pas choisi initialement d'exercer dans un SU, C4 a décidé de « relever le défi ».

Les expériences sont hétérogènes, ainsi, concernant :

- Le domaine des soins d'urgence : 4 sont expérimentés (3 ont travaillé en réanimation ou aux urgences, et 1 est formatrice au Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence),

- Le domaine gériatrique : deux sont expérimentés et l'un d'entre eux a travaillé 5 ans en Service de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) gériatrique (C 5).
- Le domaine des soins palliatifs : 3 cadres ont été formés aux soins palliatifs et l'un d'entre eux a été cadre de santé en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) qui comprenait des LISP (C 1).

### 6.3.2. L'analyse managériale proposée

#### **POUVEZ-VOUS M'INDIQUER CE QUI SE PASSE LORSQU'UN PATIENT ÂGÉ EN FIN DE VIE EST ADMIS ?**

##### **Quand un sujet âgé arrive au SU**

Seul un cadre de santé (C6) met en avant une réflexion globale de l'établissement et donc de sa structure, pour établir le niveau de soin et ainsi déterminer les soins nécessaires, allant des gestes réanimatoires aux soins palliatifs.

5 cadres de santé n'ont pas de procédure, d'organisation particulière formalisée mais recherchent « *une chambre d'hospitalisation [...] on va prendre un lit en UHCD* » (C3), des directives anticipées et l'avis de la famille (C2) ou sont dans l'attente de la création d'une filière gériatrique (C1). C1 mène une réflexion sur « *une mise en non-attente.* »

##### **Dans l'établissement y a-t-il une filière gériatrique ?**

5 cadres de santé ont au sein de leur établissement une filière gériatrique représentée par un partenariat avec le court séjour gériatrique, l'UMG, voire le SSR. L'UMG fait partie intégrante de l'équipe du SU. L'UMG intervient seulement en UHCD pour deux établissements (C5 et C6). Certaines structures, quant à elles, sont en mesure de proposer une intervention précoce, dès les urgences (C2, et C4 qui voit les entrées).

##### **Si le diagnostic de fin de vie est posé, quel est votre rôle ?**

Seul un cadre de santé refuse d'annoncer que la fin de vie est un diagnostic (C6) et préfère parler d'admission pour décompensation aiguë d'un patient souvent âgé et poly pathologique.

Le confort lié à la prise en soins du patient intervient pour 5 cadres pour que « *ça se passe le mieux possible et pas dans un couloir* » (C1) en trouvant une place, un lit. « *La personne ne peut pas rester dans un couloir, dans un lieu de passage, c'est pas admissible* » (C1).

C4 conclut sur la nécessité de s'adapter.

Pour C6, il s'agit de placer « *le curseur entre l'acharnement thérapeutique et la fin de vie* », et de faire les liens avec les différents acteurs.

La famille est une préoccupation présente pour tous les cadres, qu'il s'agisse de vérifier qu'elle est prévenue, de l'accueillir (C5), de faciliter sa venue (C2) et de répondre à ses demandes (C3).

Soutenir l'équipe et organiser des formations est l'élément retrouvé auprès de C5, qui est le cadre de santé le plus récemment diplômé, et qui n'a pas fait le choix d'intégrer ce service. Ceci peut expliquer qu'une prise de poste récente, avec un service qui vous est imposé nécessite du temps afin de trouver sa place et de s'approprier le fonctionnement. La formation est un outil judicieusement utilisé.

##### **Avez-vous un exemple emblématique d'un sujet âgé en fin de vie admis aux urgences ? (Contrainte d'un patient qui arrive aux urgences et qui ne veut pas mourir là)**

##### **Vous par rapport à cette situation emblématique, quel est votre rôle (vis-à-vis du patient, de ses proches, des soignants) ?**

Des situations emblématiques ou itératives sont retrouvées.

C1 mentionne que « *les médecines n'en voulaient pas* », ce qui a conduit un patient à être admis dans une unité inappropriée où la charge de travail était sur cette période relativement acceptable. Ainsi, le parcours du patient a subi une logique qui ne respecte pas ses besoins, à cela s'ajoute, une critique vis-à-vis des thérapeutiques antalgiques. Ce défaut de coordination médicale et d'organisation a été préjudiciable pour le patient.

C2 relate l'admission d'une résidente d'EHPAD, très âgée (95 ans), grabataire, admise aux SU, « *vraiment comateuse* » dont les volontés ne réclamaient pas d'acharnement thérapeutique. Les SU

étaient saturées (épidémie hivernale). La patiente est décédée « *sur un brancard, dans une salle de soins, il y avait beaucoup de monde dans les couloirs* ». La question restée en suspens et celle du recours aux urgences, sur un épisode a priori, gérable en EHPAD, et de surcroît, en journée (présence des professionnels de santé) une patiente « *étiquetée directement fin de vie* ». Cette situation aurait été jugée « *entendable* » sur un recours nocturne aux SU.

C3 reste dans l'incompréhension de cette situation consistant à faire admettre un sujet âgé (venant de son domicile ou d'un EHPAD), en fin de vie, en ayant notion de ses directives anticipées. C3 relate la survenue rapide de la fin de vie, dès l'admission aux SU où « *on le pousse en box parce que c'est imminent, voire presque déjà fait* » et se demande réellement le motif ayant nécessité de recourir aux SU.

C4 rejoint le témoignage de C3 et parle d'un patient « *à moitié mourant* » et recherche également le motif du recours.

Pour C5, la situation est régulière, et le fait de disposer de chambres seules sur l'UHCD permet d'installer rapidement le patient et d'accueillir sa famille. La culture du service a changé, avant « *on ne mourait pas aux urgences* », les patients montaient très vite dans les unités de soin.

Pour C6, la situation récurrente est celle « *du transport en ambulance de patients dans des situations précaires et instables.* »

Je pense que ces témoignables reflètent des situations complexes mais itératives concernant l'accueil d'un patient âgé en fin de vie aux urgences. Les termes sont parfois « crus » mais décrivent une situation au combien vécue comme difficile humainement notamment et qui bousculent nos valeurs soignantes.

**Quelles difficultés (relationnelles, techniques, organisationnelles, professionnelles, personnelles, éthiques) pouvez-vous rencontrer ?**

Seul, C4 ne mentionne aucune difficulté.

Pour 5 cadres de santé, il est retrouvé des difficultés organisationnelles (manque de temps, charge de travail importante, prise en soin sur un brancard et non dans un lit, absence de lits d'aval), des difficultés relationnelles (désaccords médicaux), un manque de soutien de l'établissement. Il est notifié également un manque de formation, de connaissances professionnelles, des équipes constituées de jeunes professionnels, ou ayant fait le choix de la médecine d'urgence.

Il est également souligné par le cadre C6 l'intérêt de prendre en compte le jour de présence des cadres. A cette étape, des solutions sont déjà apportées (C1) et consistent « *en une projection sur l'extérieur et que ce soit des hospitalisations qui ne soient pas prévues mais presque.* »

**Existe-t-il une étude sur les délais d'attente ? Savez-vous que plus l'âge augmente, plus les délais d'attente augmentent ?**

C3, C4 et C6 ont notion de ces indicateurs, et C6 ajoute même que cette notion est corrélée à une augmentation de la morbi-mortalité dès 6 heures d'hospitalisation.

Les cadres de santé exerçant depuis moins de 18 mois n'ont pas notion de cette étude.

**80 % des Français déclarent vouloir passer leurs derniers instants chez eux, entourés par leurs proches. Qu'en pensez-vous ?**

Cette notion est connue et s'explique en partie par la peur. Elle s'exprime dans la peur du décès à domicile en tant qu'unité de lieu, qui portera cette histoire et rendra difficile « *de revenir dans un appartement où quelqu'un est mort* » (C5) et « *le domicile sur la toute fin ça peut faire peur* » (C6). La souffrance explique le recours aux urgences (C4) ainsi que l'espoir qu'il représente « *revenir sur les urgences, il y a toujours cette lueur d'espoir* » (C3). Pour C1 et C2, l'accompagnement au domicile peut s'avérer compliqué, et les alternatives à l'hospitalisation, telles que l'HAD, sont à proposer. C1 questionne ainsi : « *à quel point, la famille est prête à accepter la charge de travail, la charge émotionnelle que cela induit de mourir à la maison ?* »

### **Est-ce que des SP sont organisés dans votre service ?**

Tous les cadres à part C5 travaillent en partenariat avec des équipes de soins palliatifs, et pour certains, elle fait « *partie de l'équipe pluridisciplinaire* » (C3) des SU et « *cela fonctionne bien* » (C4). C5 ne peut pas proposer ce partenariat, il s'agit « *d'un problème relationnel d'équipe médicale.* »

### **Qu'est-ce que vous souhaiteriez mettre en place si cela n'est pas déjà fait ?**

C1 envisage une ouverture sur l'extérieur avec une coordination ville-hôpital et attend la création de la filière gériatrique.

C2 propose davantage de formations dans le cadre des soins palliatifs.

C3 met plutôt en avant ce qui fonctionne bien, telle que la présence d'une association de bénévoles l'après-midi, et parle de la présence qu'il y avait, dans le cadre d'un reclassement professionnel, d'un agent de convivialité. Son souhait est que les résidents puissent décéder dignement dans leur structure.

C4 aimerait une admission directe dans « *un secteur de fin de vie, une admission en soins palliatifs* » ou des lits de gériatrie disponibles [...] des lits de réservés ».

C5 espère pouvoir travailler sur une « *vraie procédure* » tout en ayant conscience que cela ne résoudrait pas tout.

Pour C6, il serait pertinent que des projets de vie soient écrits par les équipes qui connaissent le mieux le patient et qu'ils puissent être transmis.

Les propositions sont variées et complémentaires et permettent d'ouvrir sur un champ des possibles. Le benchmarking peut donc trouver son utilité aussi dans le milieu hospitalier.

### **Quels seraient les conseils que vous donneriez à une collègue cadre ?**

Cette question a surpris C6 et C5 qui estiment un peu déplacé de donner des conseils à un collègue cadre. Effectivement, ma tournure de phrase est maladroite. Je l'ai reformulée en évoquant plutôt les valeurs portées par le service. C6 n'a donc pas souhaité répondre, et C5 a accepté cette nouvelle tournure.

Les valeurs des SU sont une prise en soins rapide pour ne pas majorer une situation délicate (C4), une attention équivalente à porter à la famille (C2)

« *Être proche de son équipe et à l'écoute, et de répondre à sa demande* » sont les valeurs portées par l'équipe de C5.

Pour C3, il s'agit de « *ne pas se précipiter, prendre le temps d'écouter les gens, prendre le temps d'être avec la famille, avec respect* ».

Pour C4, il est nécessaire de trouver un lit. Il faut « *rester dans l'empathie avec la famille* ». Et, il ne faut pas oublier l'existence « *d'un réseau* », notamment « *un réseau cadre* », « *le cadre de santé ne doit pas savoir tout faire, mais doit savoir qui sait faire [...] frapper aux bonnes portes, interpellé les bonnes personnes.* »

### **Comment pouvez-vous décrire la réaction des soignants, y-a-t-il des réactions inappropriées, y-a-t-il un travail à faire pour aider l'équipe ?**

#### **Quelle est, pour vous, la plus grande difficulté que rencontre l'équipe soignante dans la prise en soins d'un patient en fin de vie ?**

Ma plus grande surprise émane des réponses à cette question.

5 cadres n'identifient peu ou pas de difficultés. Pour C1, il n'y a pas de réels soucis car les soignants sont régulièrement confrontés à la mort (mort violente, mort à domicile, mort quel que soit l'âge). La difficulté émane plutôt du SU qui entraîne une certaine lassitude et fatigabilité. « *Le soignant se rappelle qu'il est soignant* ».

Pour C2, l'âge peut être un problème mais pas concernant la personne âgée, « *ce n'est pas forcément quelque chose de très difficile à supporter [...] car après on a les remerciements de la famille, c'est vraiment quelque chose qui nous dit qu'on a fait du bon boulot* ».

Pour C3, si une difficulté se manifeste cela fera l'objet d'un appel au cadre.

Pour C4, les équipes peuvent manifester des réactions d'énervement.

Pour C5, la difficulté se manifeste par « *la frustration [...] du temps qu'on ne peut pas offrir [...] de ne pas avoir pu mieux faire* » qui s'exprime par de la colère.

Pour C6, les équipes ne sont pas en difficulté, elles sont formées, stables et expérimentées.

**Est-ce que vous pensez que pour les soignants, mourir aux urgences a du sens ?  
Dans ce cas, comment le management peut-il être mobilisé afin de redonner du sens au travail ?**

Unaniment, mourir aux urgences n'a pas de sens.

Pour C1, l'important est d'avoir fait son maximum. « C'est exactement une démarche éthique [...] C'est notre boulot de faire du mieux possible pour que le patient meurt le mieux possible [...] *et après si la personne doit mourir, elle mourra.* » Sa conclusion portera sur le fait que « *c'est dans ce sens-là que je veux que mon équipe aille et c'est dans ce sens-là que mon équipe va.* »

Pour C2, normalement, mourir aux urgences, n'a pas de sens, mais devant l'absence de solutions alternatives fait que « *maintenant ça ne nous choque plus que ce soit fait aux urgences.* »

Pour C3, cette situation n'a évidemment pas de sens (répété trois fois).

C4, alterne entre des phases de découragement « *y'a des moments où tout va mal, et on a envie de tout laisser tomber* » et des moments de satisfaction « *y'a des moments où tout vraiment se passe bien [...] on est contents d'avoir fait ce travail-là.* »

C6 confirme le sentiment de colère.

Le management par le sens consiste : à reprendre les éléments dans les 24 à 48 h (C2), à s'enquérir quotidiennement des problématiques rencontrées la veille et de proposer un espace de parole en étant présent, en reformulant et en débriefant (C3).

Pour C4, le sens passe par la reconnaissance de ce qui a fonctionné, et tout aura été mis en œuvre pour une prise en soins optimale.

Pour C5, les formations sont nécessaires. Les moments informels sont des moments d'échange privilégiés. Et replacer le soignant face à son rôle propre contribue à lui donner du sens autant que d'accompagner l'équipe à réfléchir autrement dans leur implication auprès des patients.

Pour C6, seul l'échange en équipe pluri professionnelle est porteur de sens, « *pas un management pyramidal, avoir un vrai management empathique, bienveillant et participatif, laisser les équipes être force de proposition. [...] C'est dans le leadership.* » Ce à quoi, il est possible d'ajouter le rôle du cadre « *il est le garant du sens donné aux équipes, celui qui donne du sens, même les contraintes, le pourquoi et le comment.* » La démarche qualité est beaucoup utilisée (Comité de Retour d'EXpérience, analyse professionnelle). La simulation en santé est un outil supplémentaire. Enfin, les propositions émanent de l'équipe elle-même.

**D'une manière générale, êtes-vous satisfait des soins qui sont apportés aux patients en fin de vie ?**

En analogie, aux réponses sur les difficultés des soignants, il est retrouvé une majorité de cadres satisfaits (5 cadres) des soins proposés aux patients en fin de vie.

La satisfaction concerne le soin en lui-même, par contre, l'organisation est incriminée (« *brancher un pousse-seringue dans un couloir* »).

C4 perçoit même une amélioration de la prise en soins.

Le cadre de santé est garant de la qualité et de la sécurité des soins. En ce sens, je pense qu'il est difficile d'être satisfait si l'un ou l'autre de ces critères ne sont pas respectés. Être pris en soin dans un couloir, ne garantit ni la confidentialité des soins (quid de la sécurité des soins avec vérification de l'identité) ni l'intimité. Seul C5 reconnaît que même en faisant du mieux qu'il peut, il ne peut pas être satisfait des soins proposés. « *C'est violent de mourir aux urgences* » et même si son projet est de travailler sur « *une vraie procédure* », elle ne pourra pas tout résoudre.



### 6.3.3. *La confrontation de mes enquêtes à mes hypothèses*

Ces entretiens m'ont permis de confronter le ressenti de mon réel aux réalités perçues par des cadres de santé travaillant dans un service d'urgence.

Mes hypothèses sont que :

- Une équipe qui comprend ce qu'elle fait et pourquoi elle le fait, est une équipe épanouie qui pourra s'inscrire dans un collectif d'équipe.
- Le management par le sens permet aux équipes d'être autonomes et d'éprouver une reconnaissance au travail.

J'étais convaincue que la satisfaction n'était pas au rendez-vous eu égard aux difficultés mentionnées, pourtant 5 cadres sur 6 interrogés le sont.

La fin de vie de la personne âgée questionne. Les cadres de santé mettent en œuvre ce qui est de leur domaine, certains aimeraient faire plus, d'autres sont satisfaits car perçoivent une amélioration, par rapport à ce qui pouvait se faire avant. Pour certains, mourir aux urgences est normal puisque cela répond à des difficultés de domicile (peur du décès au domicile, fatigabilité des aidants, absence de professionnels de santé la nuit sur certaines structures), pour d'autres ce sont les conditions qui rendent difficiles l'admission aux urgences (couloir, box, brancard).

Je n'ai pas fait de lien particulier entre l'ancienneté et les propos tenus car ils reposent sur des valeurs et des représentations. Le fait de travailler au sein d'un collectif cadre spécifique aux urgences n'est pas non plus un facteur modifiant la perception du travail de cadre.

Le sens est omniprésent.

Les équipes sont formées de professionnels de santé, proches des patients, et, proches de leur équipe d'encadrement, en tous cas, cela est une des réponses apportées.

Les cadres interrogés ont un positionnement différent, des qualités et des exigences issues de leurs parcours. Cela est une richesse. Tous œuvrent pour satisfaire les exigences institutionnelles, et gardent à l'esprit le confort du patient, de sa famille et des soignants. Les cadres peuvent reconnaître une certaine souffrance au sein des équipes soignantes.

Le cadre est au cœur du dispositif, et travaille en relation étroite avec et pour les différents acteurs.

Est-ce que mon insatisfaction est légitime ? Je pense que le fait de travailler dans des structures similaires n'est pas suffisant pour tenter une comparaison. Le contexte et l'environnement sont différents, les acteurs en présence également.

J'ai développé au fil des années un regard particulier sur les soins à apporter aux personnes âgées, et aux personnes en fin de vie. Dans la mesure où le sujet, devient à un moment otage d'une décision concernant sa vie, et plus particulièrement la fin de celle-ci, j'avoue peiner à trouver du sens. Devons-nous nous satisfaire, de faire du mieux que nous pouvons avec ce que nous avons ? Avons-nous la possibilité d'œuvrer différemment ? Ne sommes-nous pas dans le devoir d'alerter ?

Le cadre doit veiller à ce que ses équipes aient aussi la liberté d'agir et d'exprimer leur sensibilité dans leur exercice quotidien.

## CONCLUSION

Pour les personnes âgées, le contexte d'une hospitalisation aux urgences est souvent brutal, il est une rupture avec son cadre de vie. A quelle souffrance le soignant est-il confronté lorsque le sujet âgé demande de ne pas mourir dans l'indifférence ?

Ce travail a été pour moi une prise de distance sur mes représentations, et sur la nécessité de les confronter ou en tous cas les entendre, et ainsi partager un même vocabulaire.

Le collectif cadre est indéniablement une valeur ajoutée et une opportunité à saisir. Il me semble important de confronter ses idées, de savoir demander de l'aide et d'entendre les difficultés de nos collègues et non pas les représentations que nous en avons.

Et si demain, je travaillais de nouveau aux urgences ?

Aujourd'hui, je ne connais pas mon futur lieu d'exercice. Je réintégrerai mon établissement mais mon lieu d'affectation est actuellement une zone d'incertitude. J'aurais aimé retourner aux urgences pour continuer le travail initié, et rencontrer les professionnels œuvrant en EHPAD, et ainsi apprendre à se connaître, à se reconnaître et envisager des liens de proximité pour proposer aux patients des prises en soins, sans rupture, en tous cas la plus minime soit-elle. J'aurais aimé, proposer aux soignants de m'accompagner dans ces démarches, afin de les y inscrire pleinement, d'être acteur et détenteur d'informations afin d'apporter du sens et des clefs de compréhension. Sur les visites que j'ai pu effectuer en EHPAD avec le médecin chef de service des urgences, nous avons toujours été très bien accueillis malgré, pour certains, des litiges liés à nos établissements respectifs. Je pense que je n'ai pas suffisamment formalisé le retour de ces visites, ni auprès de ma direction, ni auprès de mes équipes.

Enfin, quel est le sens qui peut être donné à un futur cadre de santé qui souhaite réintégrer son ancien service ? Est-ce bien judicieux de réintégrer un service et une équipe que nous connaissons ?

Ce que je retiens est le fait que le cadre ne cesse de s'adapter aux situations, aux personnes et aux organisations. Le cadre est comparé à un chef d'orchestre par Henry Mintzberg « *il doit savoir tout préparer soigneusement à l'avance*<sup>210</sup> » et doit aujourd'hui apprendre à gérer sa frustration d'un travail inachevé. Le management que je questionne est autant celui que j'ai mis en place, que celui que je proposerai dans un futur assez proche mais il est aussi celui dont je fais l'objet. L'Éthique et le sens donné sont plus que jamais des notions que je continuerai d'interroger.

Enfin : « *Le plus grand bien que nous puissions faire aux autres n'est pas de leur communiquer notre richesse mais de leur révéler la leur*<sup>211</sup>. » Même dans cette ultime épreuve, les équipes au sens large et noble du terme, ont la possibilité à défaut de restaurer la vie, de maintenir et donner du sens à celui qui la perd. « *Respecter vraiment la vie humaine c'est aussi lui permettre de rester humaine jusqu'au bout, c'est-à-dire jusqu'à la mort inclusivement*<sup>212</sup>. »

Au regard d'une société en profonde évolution, sur les représentations, tout reste à faire dans la mise en place des soins de la personne âgée en fin de vie. Alors, quel que soit le service où j'aurais la possibilité d'exercer, pour moi, le cadre de santé est garant de l'Humain au travers de l'éthique et du sens qu'il donne par son positionnement dans son service et avec ses équipes.

C'est dans cette humanité que je puise mes valeurs de future cadre de santé, à l'écoute, en action, en réaction pour faire de moi un professionnel...épanoui.

---

<sup>210</sup> MINTZBERG Henry. La profession de manager. In : Le management. Voyage au centre des organisations. Paris : Editions d'Organisation Groupe Eyrolles. Sixième tirage. 2011. 703 p. p. 21-53.

<sup>211</sup> BOURELLE Jean-Michel.

<sup>212</sup> Comité Consultatif National d'Éthique



## BIBLIOGRAPHIE

### Livre

- Activités des structures d'urgences en Bourgogne. Panorama 2014. ORUB. Observatoire Régional des Urgences en Bourgogne. 169 p.
- FORMARIER M, JOVIC L. Les concepts en Sciences Infirmières. Lyon : Editions Mallet Conseil. 2<sup>e</sup> édition. 2012. 328 p.
- BARTOLI A, TROSA S. Les paradoxes du management par le sens. Rennes : Presses de l'EHESP. 2016. 167 p.

### Chapitre de livre

- FIAT, Éric. Le soignant et la mort. S'habituer à ce dont il n'y a nulle habitude. In : Schepens Florent. Les soignants et la mort. Toulouse : Erès. 2013. p. 181-195.
- GARDEN-BRECHE F, ROUILLIER J. « Petit mode d'emploi des urgences... » In : États d'urgences. 24 heures dans un service d'urgence. Paris : Éditions J'ai lu. Janvier 2003. p. 37-46.
- HESBEEN Walter. Cadre de santé de proximité. Un métier au cœur du soin. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson. 155 p.
- HIRSCH Emmanuel. Face à l'autre qui va mourir. In : Ameisen J-C, Hervieu-Léger D, Hirsch E. Qu'est-ce que mourir ? Paris : Editions Le Pommier. 2010. 191 p.
- KENTISH-BARNES N, VALY J. Les soignants et la mort en réanimation. In : Schepens Florent. Les soignants et la mort. Toulouse : Erès. 2013. p. 17-29.
- MASQUELET Alain-Charles. Médecine contemporaine et disposition du soin. In : Benaroyo L, Lefève C, Mino J-C et al. La philosophie du soin. Paris : Puf. p. 205-217.
- MINTZBERG Henry. Les rôles professionnels du cadre. In : Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre. Paris : Editions d'Organisation Groupe Eyrolles. Onzième tirage. 2016. 283 pages. p. 65-111.
- MINTZBERG Henry. La profession de manager. In : Le management. Voyage au centre des organisations. Paris : Editions d'Organisation Groupe Eyrolles. Sixième tirage. 2011. 703 p. p. 21-53.
- PLOTON, Louis. De la gériatrie à la psychogériatrie. In : La personne âgée, son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence. Lyon : Chronique sociale. 6<sup>e</sup> édition. Septembre 2003. p. 11-26.

### Congrès et formation

- AUFFRET K, LAFOSSE J. Formation IDE urgentiste de Lorraine. La fin de vie aux urgences. Session 2013.
- BOURELLE Jean-Michel Dossier pédagogique GRIEPS Formation Conseil Santé. Responsable pédagogique. Isolement et (ou) contention en psychiatrie : soigner et accompagner. 42 p. Formation dispensée du 10 au 12 avril 2017 au Centre Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie de l'Yonne.
- LELARGE S. Présentation au SU de l'équipe mobile interne de gériatrie. Le 25 juin 2015. Auxerre.
- MARIN, I. Le temps des patients, le temps des soignants. Paradoxe du temps limité et incertain. In : 19<sup>ème</sup> congrès de la SFAP. Morts, limites et sociétés. 13 au 15 juin 2013. Lille
- TEXIER, G. Difficultés des médecins généralistes vis-à-vis des prises en charge. In : 19<sup>ème</sup> congrès de la SFAP. Morts, limites et sociétés. 13 au 15 juin 2013. Lille.
- THIEL, M-J, La démarche palliative, paradigme pour la relation de soins. In : 19<sup>ème</sup> congrès de la SFAP. Morts, limites et sociétés. 13 au 15 juin 2013. Lille.

## Thèse

EVARD D. Thèse de doctorat : La mort aux urgences. Nancy : Université Henri Poincaré Nancy 1, 2003, 108 p.

## Articles

- ANESM. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Le questionnaire éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. [Consulté le 18 janvier 2017]. Disponible sur : [http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco\\_ethique\\_anesm.pdf](http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_ethique_anesm.pdf) . 92 p.
- DETCHESSAHAR Mathieu. Management et bien-être au travail. 1<sup>è</sup> partie. Laboratoire d'économie et de management. Octobre 2014. 6 p.
- DRAPERI Catherine. Accompagner les situations de vulnérabilité. Éthique & santé. 2016. Juin. Vol.13-N°2. p.57-59.
- ENNUYER, Bernard. « A quel âge est-on vieux ? La catégorisation des âges : ségrégation sociale et réification des individus », Gérontologie et société 2011/3 (vol. 34 / n° 138), p. 127 - 142.
- GAILLE, Marie. La mort, le patient et le chercheur. La vie des idées.fr, avril 2009, 10 p.
- GLEE C, Frederik MISPELBLUM BEYER F. Manager sans perdre son âme. Quand le « réel du travail » ouvre la voie à des pratiques quotidiennes, alternatives et humanistes. CAIRN.INFO. 2012/45. Vol. XVIII . p. 251-273.
- GRANGE C, REVUE E, HERON A. Accompagnement de la fin de vie aux urgences. Cairn. 2012, 2012/3, Vol. 27, p. 85-90.
- HIRSCH, Emmanuel. Prendre soin des malades en fin de vie. Une approche éthique de la fragilité. La vie des idées.fr, mai 2009, 12 p.
- LE BLANC Guillaume. La vie psychique de la maladie. Esprit. Janvier 2006. p.109-122
- MONNIER A, PENNEC S, « Le grand âge et le vécu de la mort. Une approche démographique », Gérontologie et société 2001/3 (n° 98), p.129-139.
- MOULIAS S, CUDENNEC T, Teillet L. Réflexion éthique dans le cadre de la prise en charge des patients âgés atteints de cancer. Cancer/Radiothérapie 13. Août 2009. Elsevier Masson. p. 632-633
- PELLUCHON, Corine. La vulnérabilité en fin de vie. Cairn, décembre 2012, 2012/4, n°111, p 27-46.
- PEOC'H Nadia, « Bienveillance et éthique du care... Similitudes et différences autour d'une recension des écrits scientifiques », Recherche en soins infirmiers 2011/2 (N° 105), p. 4-13.
- STANISLAS Jean-Luc. Risques Psycho-sociaux : le rôle du cadre. Objectif Soins & Management. 2012. Novembre. N°210. p. 20-29.
- VASSAL, Olivier. Crise du sens, défis du management. Cairn, octobre 2016, p. 67-73.
- WEINBERG, Achille. Pourquoi travaille-t-on ? Sciences Humaines. Novembre 2012. N°242. p. 32-39.
- WORMS, Frédéric. Les deux concepts du soin. Vie, médecine, relations morales. Esprit. Janvier 2006. p.141-156.

## Législation

- Circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique. [Consulté le 12 décembre 2016]. Disponible sur : <http://socialsante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>
- Circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences. [Consulté le 10 novembre 2016]. Disponible sur : [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir\\_15832.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_15832.pdf)

- Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers. [Consulté le 17 janvier 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/AFSH1617652D/jo/texte/fr>
- Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé. [Consulté le 3 février 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005619244>
- Diplôme de cadre de santé. Référentiel d'activités et de compétences. Document de travail. Décembre 2012. [Consulté le 10 février 2017]. Disponible sur : [file:///C:/Users/user/Desktop/Cadres\\_sante\\_Ref\\_activites\\_et\\_compences\\_apres\\_18\\_12\\_2012.pdf](file:///C:/Users/user/Desktop/Cadres_sante_Ref_activites_et_compences_apres_18_12_2012.pdf) 39 p.
- Loi du 9 juin 1999 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Site de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. [Consulté le 28 novembre 2016]. Disponible sur : <http://www.sfap.org/system/files/def-loi-1999.pdf>
- Loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. [Consulté le 12 décembre 2016]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031700731>

### Site internet

- Agisme. [Consulté le 2 février 2017]. Disponible sur : <http://ad-pa.blogspot.fr/>
- Classification CCMU. [Consulté le 22 décembre 2016]. Disponible sur : <https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2011/11/ccmu.pdf>
- Classification infirmière. [Consulté le 16 décembre 2016]. Disponible sur : [http://triage-urgence.com/downloads/Cimu\\_descrip\\_gen\\_tri.pdf](http://triage-urgence.com/downloads/Cimu_descrip_gen_tri.pdf)
- CNRTL Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. [Consulté le 17 janvier 2017]. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/dictionnaires/modernes/>
- Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des EHPAD. [Consulté le 6 janvier 2017]. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2049096/fr/comment-reduire-les-hospitalisations-non-programmees-des-residents-des-ehpad](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2049096/fr/comment-reduire-les-hospitalisations-non-programmees-des-residents-des-ehpad)
- Commission bioéthique de la fédération française du Droit Humain. Enjeux éthiques de la vulnérabilité liée au vieillissement. [Consulté le 3 mars 2017]. Disponible sur : <https://www.droithumain-france.org/wp-content/uploads/2016/01/enjeux-ethiques-vulnerabilit%C3%A9-li%C3%A9e-au-vieillessement-261215.pdf>
- Définition du service d'accueil des urgences. [Consulté le 16 décembre 2016]. Disponible sur : <http://www.sfm.u.org/fr/public/07>,
- Définition de la médecine d'urgence. [Consulté le 16 décembre 2016]. Disponible sur : [http://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/Referentiel\\_IDEU\\_VF2008-06-1.pdf](http://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/Referentiel_IDEU_VF2008-06-1.pdf)
- Définition de l'agonie. [Consulté le 18 janvier 2017]. Disponible sur : <http://www.sfap.org/rubrique/qrm-7-reponses-et-commentaires>
- Données de santé publique. [Consulté le 10 janvier 2017]. Disponible sur : <http://www.santepubliquefrance.fr/Sante-publique-France/Thematiques-de-travail/Populations/Le-programme-sante-des-personnes-agees>
- Echelle de tri canadienne. [Consulté le 16 décembre 2016]. Disponible sur : <https://www.amuq.qc.ca/assets/memoires-et-positions/eTG - L echelle canadienne de triage et de gravite.pdf>

- Etude de l'observatoire national de la fin de vie.  
[Consulté le 10 janvier 2017]. Disponible sur : [http://www.mobiquial.org/wordpress/wp-content/uploads/2013/09/4\\_pages\\_EHPAD.pdf](http://www.mobiquial.org/wordpress/wp-content/uploads/2013/09/4_pages_EHPAD.pdf)
- Etude nationale sur les structures d'urgences.  
[Consulté le 13 décembre 2016]. Disponible sur : [http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2013\\_dossier01.pdf](http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2013_dossier01.pdf)
- INSEE. [Consulté le 10 octobre 2016].  
Disponible sur : <http://www.insee.fr/fr/themes/comparateur.asp?codgeo=com-89024>.
- Journée mondiale Alzheimer 2016 : « Des vulnérabilités partagées ».  
[Consulté le 29 octobre 2016]. Disponible sur : <http://www.espace-ethique.org>
- Le portail national d'information pour l'autonomie des personnes âgées et l'accompagnement de leurs proches.  
[Consulté le 14 février 2017]. Disponible sur : <http://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/>
- Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence (Samu, Smur, Service des Urgences, UHCD).  
[Consulté le 16 décembre 2016]. Disponible sur : [http://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/publications/recommandations/-ressources-medicales-necessaires-au-bon-fonctionnement-d-une-structure-d-urgence/art\\_id/660](http://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/publications/recommandations/-ressources-medicales-necessaires-au-bon-fonctionnement-d-une-structure-d-urgence/art_id/660)
- L'éthique est une compétence professionnelle. Le journal du net.  
[Consulté le 14 décembre 2016]. Disponible sur : [http://www.journaldunet.com/management/0404/040432\\_ethique.shtml](http://www.journaldunet.com/management/0404/040432_ethique.shtml)
- L'hôpital.fr.  
[Consulté le 10 octobre 2016]. Disponible sur : <http://www.hopital.fr/Droits-demarches/Vos-demarches/Les-urgences/Ce-que-vous-devez-savoir-sur-les-services-d-urgence/L-attente-aux-urgences>
- Libération. 29/06/2014.  
[Consulté le 2 mars 2017]. Disponible sur : [http://www.liberation.fr/societe/2014/06/29/1-anorexie-finale-une-mort-en-douceur-pour-les-personnes-agees\\_1053370](http://www.liberation.fr/societe/2014/06/29/1-anorexie-finale-une-mort-en-douceur-pour-les-personnes-agees_1053370)
- Nombre de personnes âgées.  
[Consulté le 10 janvier 2017]. Disponible sur : <http://www.ined.fr/fr/ressources-methodes/dossiers-thematiques/sante-veillissement/>
- Nombre de personnes en 2060.  
[Consulté le 10 janvier 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281151>
- Triage aux urgences.  
[Consulté le 16 décembre 2016]. Disponible sur : [http://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/rfe\\_triage2013.pdf](http://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/rfe_triage2013.pdf)
  
- AIMON Dominique. Travail de représentation sur la base du cours de Jean Clenet. Novembre 1998. DEA en Sciences de l'éducation.  
[Consulté le 2 février 2017]. Disponible sur : <http://daimon.free.fr/mediatrices/representations.html>
- BLANCHARD François. Convention EHPAD et centre hospitalier.  
[Consulté le 15 mars 2017]. Disponible sur : [http://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/francois\\_blanchard\\_convention\\_de\\_cooperation\\_mardi\\_07\\_octobre\\_2014.pdf](http://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/francois_blanchard_convention_de_cooperation_mardi_07_octobre_2014.pdf)
- DELASSUS Éric. L'éthique du care : Vulnérabilité, autonomie et justice. 2012.hal-00701247v1.  
[Consulté le 10 février 2017]. Disponible sur : [https://hal.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/701247/filename/ethique\\_du\\_care.pdf](https://hal.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/701247/filename/ethique_du_care.pdf) 15 p.
- LEFRANC C, DULIOUST S. Formation et responsabilité de l'infirmier en médecine d'urgence. [Consulté le 18 février 2017]. Disponible sur : [http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/responsabilite\\_infirmiere.pdf](http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/responsabilite_infirmiere.pdf)
- SANTIN Aline. Mourir aux urgences, dans l'urgence. Publié le : 03 Février 2015. [Consulté le 2 décembre 2016]. Disponible sur : <http://www.espace-ethique.org/ressources/article/mourir-aux-urgences-dans-l%E2%80%99urgence>

- Hospimedia. Article sur la fin de vie.  
[Consulté le 15 décembre 2016]. Disponible sur :  
<http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20161213-societe-un-guide-sur-la-fin-de-vie>
- Hospimedia. Coordination et anticipation facilitent la prise en charge des soins palliatifs à domicile.  
[Consulté le 23 mars 2017]. Disponible sur : <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170317-gestion-des-risques-coordination-et-anticipation-facilitent-la>
- Hospimedia. Le nombre de passages aux urgences des personnes âgées pourrait croître de 42% d'ici 2030.  
[Consulté le 29 mars 2017]. Disponible sur : [http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170328-offre-de-soins-le-nombre-de-passages-aux?utm\\_campaign=EDITION\\_QUOTIDIENNE&utm\\_medium=Email&utm\\_source=ExactTarget#top](http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170328-offre-de-soins-le-nombre-de-passages-aux?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget#top)

## Rapport

- AQUINO Jean-Pierre. Comité avancée en âge prévention et qualité de vie. Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société. Février 2013. 132 p.  
[Consulté le .8 février 2017]. Disponible sur :  
[file:///C:/Users/user/AppData/Local/Temp/Temp1\\_adaptation\\_de\\_la\\_societe\\_au\\_vieillissement.zip/Rapport\\_Aquino.pdf](file:///C:/Users/user/AppData/Local/Temp/Temp1_adaptation_de_la_societe_au_vieillissement.zip/Rapport_Aquino.pdf)
- BROUSSY Luc. L'adaptation de la société au vieillissement de sa population. France : année zéro ! Janvier 2013. 202 p.  
[Consulté le .8 février 2017]. Disponible sur :  
[file:///C:/Users/user/AppData/Local/Temp/Temp1\\_adaptation\\_de\\_la\\_societe\\_au\\_vieillissement.zip/Rapport\\_Broussy.pdf](file:///C:/Users/user/AppData/Local/Temp/Temp1_adaptation_de_la_societe_au_vieillissement.zip/Rapport_Broussy.pdf)
- LALANDE F, VEBER O. La mort à l'Hôpital. Tome I. Inspection générale des affaires sociales. Novembre 2009. 106 p
- PINVILLE Martine. Révéler le défi politique de l'avancée en âge. Perspectives internationales. 2013. 81 p.  
[Consulté le .8 février 2017]. Disponible sur :  
[file:///C:/Users/user/AppData/Local/Temp/Temp1\\_adaptation\\_de\\_la\\_societe\\_au\\_vieillissement.zip/Rapport\\_Pinville.pdf](file:///C:/Users/user/AppData/Local/Temp/Temp1_adaptation_de_la_societe_au_vieillissement.zip/Rapport_Pinville.pdf)
- SICARD, D. Commission de réflexion sur la fin de vie en France. Penser solidairement la fin de vie. 18 décembre 2012. 97 p.
- SINGLY Chantal (de). Ministère de la santé et des sports. Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers. 11/09/2009. 124 p.
- Démarche palliative : intervenir tôt pour une meilleure qualité de vie à l'hôpital et à domicile.  
[Consulté le 3 mars 2017]. Disponible sur : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2747360/fr/demarche-palliative-intervenir-tot-pour-une-meilleure-qualite-de-vie-a-l-hopital-et-a-domicile?cid=fc\\_1249760](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2747360/fr/demarche-palliative-intervenir-tot-pour-une-meilleure-qualite-de-vie-a-l-hopital-et-a-domicile?cid=fc_1249760)
- Les établissements de santé. Edition 2016. Panorama de la DRESS.  
[Consulté le 13 décembre 2016]. Disponible sur : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pano-etab-sante-2016.pdf>
- Ethique et Urgences. Réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence, 2003.  
[Consulté le 10 décembre 2016]. Disponible sur :  
[http://www.sfm.u.org/upload/consensus/rbpc\\_ethique.pdf](http://www.sfm.u.org/upload/consensus/rbpc_ethique.pdf)
- Note de cadrage HAS mai 2013. Parcours de soins d'une personne ayant une maladie chronique en phase palliative.  
[Consulté le 10 octobre 2016]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/note\\_de\\_cadrage\\_soins\\_palliatifs\\_web.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-09/note_de_cadrage_soins_palliatifs_web.pdf)

- Observatoire national de la fin de vie. Vivre la fin de sa vie chez soi. Mars 2013. 143 pages. [Consulté le .2 février 2017]. Disponible sur : [http://www.spfv.fr/sites/default/files/file/PDFONFVrapport\\_2012.pdf](http://www.spfv.fr/sites/default/files/file/PDFONFVrapport_2012.pdf)
- Observatoire national de la fin de vie. Fin de vie des personnes âgées. Sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France. Rapport 2013. 163 p [Consulté le .2 février 2017]. Disponible sur : <http://www.spfv.fr/sites/default/files/file/PDFRAPPORTONFV2013.pdf>
- Plan national pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie. [Consulté le 4 novembre 2016]. Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215\\_-\\_plabe56.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf)
- Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie. Septembre 2015. [Consulté le 14 février 2017]. Disponible sur : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_national\\_daction\\_de\\_prevention\\_de\\_la\\_perte\\_dautonomie.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_daction_de_prevention_de_la_perte_dautonomie.pdf)
- SFMU. Conférence de consensus sur la prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Strasbourg. 5 décembre 2003. [Consulté le 10 octobre 2016]. Disponible sur : <file:///C:/Users/user/Desktop/PA%20DE%20PLUS%20DE%2075%20ANS.pdf>

## Cours

- Cours théorique intitulé : « introduction générale aux questions morales en soins », dispensé par Roland-Ramzi GEADAH le 7/09/2016 dans le cadre de l'IFCS à l'ESM.
- Cours théorique intitulé : « conduite et innovation projet », dispensé par l'Université Paris-Est-Créteil Val de Marne. Samuel MEYRONEINC, le 22/03/2017 dans le cadre du master management et santé de l'UPEC.
- Cours théorique intitulé : « introduction à la santé publique », dispensé par Jacques RAIMONDEAU, le 27/09/2016 dans le cadre du master management et santé de l'Université Paris-Est-Créteil Val de Marne

## Vidéo

- Film « Médecin de campagne », comédie dramatique, réalisé par Thomas Lilti, produit par Emmanuel Barraux et Agnès Vallée, distribué par Le pacte, sorti le 23 mars 2016, avec François Cluzet et Marianne Denicourt. 102 minutes. Extrait de la minute 47 à la minute 49. Vu le 25 février 2017.
- Emission « Ennui, lassitude, comment (re)donner du sens à son travail. Podcast du 25/10/2013 avec Caroline Montaigne et Pierre-Éric Sutter. Consulté le 2/04/2017. Disponible sur : <http://www.aframe.fr/revue-de-presse/ennui-lassitude-comment-re-donner-du-sens-%C3%A0-son-travail>

## **TABLE DES ANNEXES**

**Annexe 1** : Echelles de tri et classification

**Annexe 2** : CCMU

**Annexe 3** : INSEE. Pyramide des âges

**Annexe 4** : Repères à l'usage des professionnels de santé. Mieux accompagner la fin de vie en France

**Annexe 5** : Entretien réalisés auprès des cadres de santé



## ANNEXE 1

L'échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence (ETG)<sup>213</sup> :

| Niveau de triage         | I        | II      | III     | IV      | V        |
|--------------------------|----------|---------|---------|---------|----------|
| Délai                    | Immédiat | 15 min. | 30 min. | 60 min. | 120 min. |
| Réponse fractile         | 98%      | 95%     | 90%     | 85%     | 80%      |
| Taux d'admission attendu | 70-90%   | 40-70%  | 20-40%  | 10-20%  | 0-10%    |

L'échelle du MTS (Manchester Triage Scale)<sup>214</sup> :

| Niveau MTS | Prise en charge | Délai recommandé |
|------------|-----------------|------------------|
| MTS 1      | Immédiate       | 0 minute         |
| MTS 2      | Très urgente    | 10 minutes       |
| MTS 3      | Urgente         | 60 minutes       |
| MTS 4      | Standard        | 120 minutes      |
| MTS 5      | Non urgente     | 240 minutes      |

La Classification Infirmière des Malades d'Urgence (CIMU)<sup>215</sup> :

| <b>CIMU</b><br><b>Description Générale des Tris en Fonction de l'Estimation</b> |   |                            |                                  |  |  |  |                        |
|---|---|----------------------------|----------------------------------|--|--|--|------------------------|
| Mise à jour avril 2011 – Pierre Taboulet  |   |                            |                                  |  |  |  |                        |
| Tri   | SITUATION   | RISQUE D'AGRAVATION        | PERTE DE CHANCE EN CAS D'ATTENTE | CONSOMMATION DES RESSOURCES HOSPITALIERES† | ACTIONS  | DELAIS D'INTERVENTION                  | INSTALLATION           |
| 1   | Détresse vitale majeure   | Dans les minutes           | +++                              | ≥ 5  | Support d'une ou des fonctions vitales                             | Infirmière < 1 min<br>Médecin < 1 min  | Déchoquage (SAUV‡)     |
| 2   | Atteinte patente d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité patente) | Dans les prochaines heures | ++                               | ≥ 5  | Traitement de la fonction vitale ou lésion traumatique             | Infirmière < 1 min<br>Médecin < 20 min | Déchoquage (SAUV‡)     |
| 3   | Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complexe (instabilité potentielle)  | Dans les 24 heures         | +                                | ≥ 3  | Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement | Médecin < 90 min                       | Box ou salle d'attente |
| 4   | Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable  | Non                        | 0                                | 1-2  | Acte diagnostique et/ou thérapeutique limitée                      | Médecin < 120 min                      | Box ou salle d'attente |
| 5   | Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente                                  | Non                        | 0                                | 0  | Pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique                        | Médecin < 240 min                      | Box ou salle d'attente |

NB : une étoile (\*) peut compléter un tri 4 ou 3 pour déclencher une INSTALLATION en box et DEBUTER UNE ACTION SPECIFIQUE nécessaire dans les 20 minutes maximum pour faire régresser un symptôme intense (action indépendante du pronostic)  
†RESSOURCES HOSPITALIERES : prélèvement sanguin, perfusion, injection, ECG, oxygène, aerosols, suture, radiographie, avis spécialiste...  
‡SAUV : Salle d'accueil des urgences vitales

<sup>213</sup> [https://www.amuq.qc.ca/assets/memoires-et-positions/eTG\\_-\\_L\\_échelle\\_canadienne\\_de\\_triage\\_et\\_de\\_gravite.pdf](https://www.amuq.qc.ca/assets/memoires-et-positions/eTG_-_L_échelle_canadienne_de_triage_et_de_gravite.pdf)

<sup>214</sup> [http://www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/rfe\\_triage2013.pdf](http://www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/rfe_triage2013.pdf)

<sup>215</sup> [http://triage-urgence.com/downloads/Cimu\\_descrip\\_gen\\_tri.pdf](http://triage-urgence.com/downloads/Cimu_descrip_gen_tri.pdf)

## ANNEXE 2

### Classification Clinique des Malades aux Urgences<sup>216</sup> :

**CCMU P :** Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

**CCMU 1 :** Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

**CCMU 2 :** Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

**CCMU 3 :** Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

**CCMU 4 :** Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

**CCMU 5 :** Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

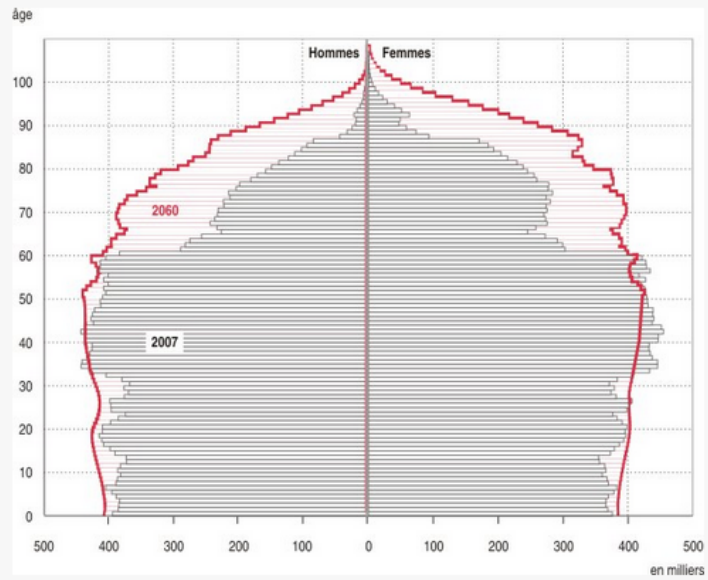
**CCMU D :** Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

---

<sup>216</sup> <https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2011/11/ccmu.pdf>

### ANNEXE 3

Graphique 1 – Pyramide des âges en 2007 et 2060



Champ : France métropolitaine.

Sources : Insee, estimations de population pour 2007 et projection de population 2007-2060 pour 2060.

Repères à l'usage  
des professionnels de santé

Lol  
Fin de Vie  
du 2 février  
2016

# Mieux accompagner **la fin de vie** en France



La fin de vie  
**Parlons-en avant**

## La fin de vie : vous êtes les mieux placés pour en parler

La loi du 2 février 2016 modifie les dispositions relatives à la fin de vie : des droits renforcés et des droits nouveaux pour les personnes malades et les personnes en fin de vie. Chacun peut exprimer ses volontés sur la fin de vie, qu'il soit en bonne santé ou malade. Parlons-en avant : vous êtes les mieux placés pour aborder la fin de vie avec les patients.

### La loi du 2 février 2016

#### AMÉLIORER

l'accès et l'utilisation des directives anticipées

#### MIEUX RÉPONDRE

à la demande d'une fin de vie digne, accompagnée et apaisée, par une meilleure prise en charge de la souffrance

#### INSTAURER

un droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès, à la demande du patient, dans des conditions et selon une procédure strictes

#### CONFORTER

la volonté du patient dans le « processus décisionnel »

#### CLARIFIER

le refus de l'obstination déraisonnable



### INCITER À DÉSIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

La discussion autour des directives anticipées est également l'occasion de parler de la personne de confiance. Toute personne a le droit de se faire accompagner par une personne de confiance : parent, proche ou médecin traitant. Cette personne doit être désignée formellement par écrit. Si le patient le souhaite, sa personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions. Elle est consultée lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté ou de recevoir les informations nécessaires. Dans le processus de décision, elle constitue un relais précieux entre patients (majeurs) et soignants, en particulier en fin de vie. En l'absence de directives anticipées, son témoignage prévaut alors sur tout autre (famille ou proche).

 [Fiche Personne de confiance](#)

### ACCOMPAGNER ET SOULAGER

En tant que professionnel de santé, vous devez en toute circonstance prendre en compte, évaluer, traiter la souffrance et mettre en œuvre tous les moyens à votre disposition pour que le patient puisse avoir une fin de vie digne, accompagnée et apaisée du mieux possible de toute souffrance, jusqu'à son décès. Vous pouvez aussi vous faire aider par une équipe experte en soins palliatifs (équipes mobiles soins palliatifs, plateformes territoriales d'appui, etc.).

### PARLER DES DIRECTIVES ANTICIPÉES

En tant que professionnel de santé, vous êtes le mieux placé pour informer les patients, les encourager et les aider à rédiger leurs directives anticipées.

Les directives anticipées sont des instructions écrites données à l'avance par une personne majeure et consciente, pour le cas où elle serait un jour dans l'incapacité d'exprimer sa volonté, suite à un accident ou une maladie. Un modèle (non obligatoire) a été élaboré pour en faciliter la rédaction et permettre un dialogue autour des souhaits et volontés de la personne.

Lorsqu'elles existent, les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale ou d'inadéquation manifeste à la situation médicale. Elles sont révisables et révocables à tout moment par le patient. S'il souhaite passer outre les directives anticipées, le médecin doit engager une procédure collégiale et expliciter dans le dossier du patient ses raisons pour ne pas les avoir respectées. Les directives anticipées peuvent être conservées dans le dossier médical, le dossier hospitalier ou le dossier médical partagé. Vous devez encourager le patient à les conserver dans un lieu accessible ou à mentionner la personne à qui il les a confiées.

 [Fiche Directives anticipées](#)



## NE PAS S'OBSTINER


Les professionnels de santé ont pour devoir de ne jamais faire preuve d'une obstination déraisonnable. Vous pouvez envisager d'interrompre des traitements qui sont inutiles, disproportionnés ou n'ayant pour seul effet que le maintien artificiel de la vie. Si l'état du patient le permet, vous devez alors en discuter et prendre la décision avec lui. Si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, une procédure collégiale s'impose avant d'interrompre les traitements et vous devez rechercher s'il a précédemment exprimé sa volonté sur ce point.

 Fiche **Obstination déraisonnable**



### QU'EST-CE QUE LA PROCÉDURE COLLÉGIALE ?

Il y a plusieurs situations, où le médecin a le devoir de recourir à une procédure collégiale. La procédure collégiale consiste à recueillir, avant de prendre une décision médicale importante, l'avis motivé d'au moins un autre médecin appelé à titre de consultant, ainsi que de l'équipe de soins en charge du patient. Ayant respecté la procédure collégiale, c'est au médecin du patient qu'il appartient de prendre les décisions médicales.

 Fiche **Procédure collégiale**

### COMMENT CONNAÎTRE LA VOLONTÉ DU PATIENT HORS D'ÉTAT DE S'EXPRIMER ?

Lorsque le patient est hors d'état d'exprimer ses volontés, vous devez rechercher les éventuelles directives anticipées rédigées auparavant. En leur absence, vous devez recueillir le témoignage de la personne de confiance, ou à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches.

## METTRE EN ŒUVRE LA SÉDATION PROFONDE ET CONTINUE JUSQU'AU DÉCÈS

Le médecin doit tout mettre en œuvre pour soulager la souffrance du patient. En fin de vie, il peut recourir à une sédation profonde et continue jusqu'au décès, associée à une analgésie qui permet de plonger le patient dans un état d'inconscience, tout en traitant sa souffrance. Cette sédation profonde ne peut être mise en œuvre qu'à l'issue d'une procédure collégiale.

La loi du 2 février 2016 permet désormais à un patient en fin de vie, en cas de souffrance réfractaire, de revendiquer la mise en œuvre de cette sédation spécifique dans certaines conditions vérifiées dans le cadre d'une procédure collégiale. Elle peut être mise en œuvre quel que soit le lieu de prise en charge. Le médecin peut y recourir de lui-même lorsque le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté et qu'il a été décidé l'arrêt des traitements dans les conditions et au titre de l'obstination déraisonnable.

 Fiche **Sédation**

## Parlons-en avant Mettre en place les conditions du dialogue



### FAVORISER LA PAROLE

Le dialogue avec le patient doit se dérouler dans des conditions adéquates, pour lui permettre de réfléchir à ses convictions personnelles, à ses besoins et à ses souhaits, de manière neutre et dépassionnée. Vous pouvez l'aider à verbaliser ses craintes, ses angoisses ou ses espoirs. Afin de répondre aux appréhensions et de respecter les approches et les croyances de chacun face à la fin de vie, il est primordial

d'organiser le dialogue, d'identifier et de nommer les dispositions mises en place et de laisser à chacun le temps de la réflexion, de la compréhension et de l'assimilation et appropriation de ces dispositifs. Aborder la question de l'accompagnement digne et apaisé vers la fin de vie avec le patient, et éventuellement avec sa personne de confiance et avec son entourage, implique écoute et empathie.



### INFORMER LES PATIENTS

Vous avez un rôle essentiel pour informer les patients sur leurs droits, avant même qu'ils soient confrontés à la maladie ou aux suites d'un accident.

Chaque patient a droit à une information claire, loyale et objective sur son état de santé, ainsi que sur les suites envisageables.



### ACCOMPAGNER L'ENTOURAGE DES PERSONNES EN FIN DE VIE

Les décisions prises en fin de vie, comme l'arrêt des traitements ou la mise en œuvre d'une sédation profonde, nécessitent un accompagnement de l'entourage. Vous pourrez être amenés à aider le patient à expliquer à ses proches les démarches

engagées. Si le patient est hors d'état de s'exprimer, vous devez informer ses proches des décisions prises et des motifs qui les ont guidés. Ils doivent pouvoir accompagner le patient jusque dans ses derniers moments s'il le souhaite.



## DES FORMATIONS DÉDIÉES

Des formations à l'accompagnement de la fin de vie existent. Elles s'adressent à tous les professionnels de santé (médecins, psychologues, infirmiers, ...)

ainsi qu'aux bénévoles, quel que soit le cadre dans lequel ils exercent : établissement de santé, structure médico-sociale, domicile...

Pour en savoir plus : [www.social-sante.gouv.fr/findevie](http://www.social-sante.gouv.fr/findevie)



## DES ÉQUIPES RESSOURCES

Les professionnels des soins palliatifs et les bénévoles qui travaillent dans des unités de soins palliatifs,

des équipes mobiles ou des réseaux peuvent vous aider à accompagner et prendre en charge les patients.

Pour en savoir plus : [www.sfap.org/annuaire](http://www.sfap.org/annuaire)



## DES OUTILS POUR EN PARLER

Le Ministère des Affaires sociales et de la Santé propose sur son site Internet un dossier thématique complet.

Pour en savoir plus :  
[www.social-sante.gouv.fr/findevie](http://www.social-sante.gouv.fr/findevie)

Le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (CNSPFV) met à votre disposition des Informations sur son site Internet ainsi qu'une plateforme d'écoute, accessible par téléphone.

Pour en savoir plus :  
[www.soins-palliatif.org](http://www.soins-palliatif.org)  
0 811 020 300

La Haute Autorité de Santé (HAS) propose deux documents pour faciliter la rédaction des directives anticipées : l'un destiné aux professionnels de santé et du secteur médico-social ; l'autre destiné au

grand public « Pourquoi et comment rédiger mes directives anticipées ? ».

Pour en savoir plus :  
[www.has-sante.fr/directives-anticipees](http://www.has-sante.fr/directives-anticipees)

L'Ordre des médecins propose sur son site Internet des rapports et informations utiles aux médecins et notamment les règles déontologiques applicables aux décisions prises en fin de vie. Il met en ligne son code de déontologie médicale commenté pour éclairer les professionnels sur chacune des dispositions applicables à ces situations. Enfin, l'Ordre des médecins peut être interrogé devant toute situation particulière.

Pour en savoir plus :  
[www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr)

## Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie

4 AXES  
PRIORITAIRES

### INFORMER

le patient, et lui permettre d'être au centre des décisions qui le concernent.

### FORMER

les professionnels, soutenir la recherche et diffuser les connaissances sur les soins palliatifs.

### DÉVELOPPER

les prises en charge en proximité : favoriser les soins palliatifs à domicile y compris pour les résidents en établissements sociaux et médico-sociaux.

### GARANTIR

l'accès aux soins palliatifs pour tous par la réduction des inégalités dans ce domaine.

Pour en savoir plus : [www.social-sante.gouv.fr/findevie](http://www.social-sante.gouv.fr/findevie)





## ANNEXE 4

### GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL CADRE C1

| ENTRETIEN                    |            |
|------------------------------|------------|
| Durée                        | 30 minutes |
| Rappel anonymat              | Fait       |
| Accord pour l'enregistrement | Oui        |

| PRESENTATION DU CADRE DE SANTE  |   |
|---|---|
| Depuis combien de temps exercez-vous ?  | 5 ans                                   |
| Et aux urgences ?   | 1 an                                    |
| Est -ce que c'est un choix ?  | Oui                                     |
| Quel est votre cœur de métier ?   | IDE                                     |
| Etes-vous le seul cadre de santé du service ?<br>Si non, pouvez-vous me présenter rapidement vos collègues ?<br>Et votre organisation au sein de ce collectif ? | Oui                                     |
| Avez-vous une expérience ou une formation dans le domaine des soins d'urgences ?<br>Laquelle ?  | Oui<br>IDE urgentiste                   |
| Avez-vous une expérience ou une formation dans le domaine gériatologique ?<br>Laquelle ?  | Oui<br>PAERPA                           |
| Avez-vous une expérience ou une formation dans le domaine des soins palliatifs ?<br>Laquelle ?  | Oui<br>CDS en SSR (qui dispose de LISP) |

| PRESENTATION DE LA STRUCTURE         |    |
|--------------------------------------|----|
| Nombre moyen de passages journaliers | 37 |
| Nombre de LISP sur la structure      | 3  |

| POUVEZ-VOUS M'INDIQUER CE QUI SE PASSE LORSQU'UN PATIENT AGE EN FIN DE VIE EST ADMIS ?        |   |
|---|---|
| <b>Quand un sujet âgé arrive au SU</b>  |   |
| Y-a-t 'il une organisation particulière, formalisée, des réflexes, une tradition de service ? | Non, il n'y a pas de prise en charge spécifique de la personne âgée aux urgences, on est sur un projet de filière gériatrique aux urgences et service de médecine gériatrique, ça va être toute une réflexion sur l'accueil aux urgences de la personne âgée et de la mise en attente, enfin, une mise en non-attente, mais pour l'instant, c'est un peu, je dirai, lié à l'activité et à l'expérience des agents. Donc pour l'instant, il n'y a rien d'écrit là-dessus ; on a commencé à réfléchir, mais pour l'instant ça reste à l'état de préprojet. Ce n'est pas encore formalisé, y'a un gros travail au niveau médical |
| Y-a-t 'il une procédure ?   |   |

| Dans l'établissement y-a t 'il une filière gériatrique ? |   |
|--|---|
| Comment les évènements se déroulent ?                    | Non, ça va venir (cf. réponse précédente) |

| Si le diagnostic de fin de vie est posé, quel est votre rôle ?   |  |
|--|--|
| <p>Trouver rapidement une place. Après, on a une structure lits portes.</p> <p>Trouver rapidement une place pour que ça se passe le mieux possible et pas dans un couloir.</p> <p>Je suis cadre des lits portes également, et ce sont les mêmes médecins, donc ça aide. On préfère que le patient soit installé dans un lit.</p> <p>Un vrai lit a été récupéré qui sert si vraiment on n'a pas d'autre solution.</p> <p>On arrive même à en récupérer d'autres s'il le faut parce que ça reste une problématique de place, où installer les gens. De toute façon, on fera tout pour qu'il aille dans un service, que ce soit pour lui ou pour sa famille. C'est sûr que si ça doit se passer pour que l'environnement familial soit le plus confortablement possible, la personne ne peut pas rester dans un couloir, dans un lieu de passage c'est pas admissible. Le lit est mis de côté pour les urgences, quand on a des gens en fragilité, et particulièrement pour les soins palliatifs, on les installe dans un lit de toute façon. Plutôt que sur un brancard, dur, pas large. Brancard fait pour la médecine d'urgence.</p> |  |

**Avez-vous un exemple emblématique d'un sujet âgé en fin de vie admis aux urgences ?**

**(Contrainte d'un patient qui arrive aux urgences et qui ne veut pas mourir là)**

**Vous par rapport à cette situation emblématique,**

**Quel est votre rôle (vis-à-vis du patient, de ses proches, des soignants) ?**

Oui, on a eu un cas emblématique, il y a très peu de temps. Elle est décédée aujourd'hui (ce qui correspond à J4), elle est entrée jeudi, elle a bénéficié pour le coup d'une volonté de la médecine gériatrique, c'est-à-dire, qu'il y a eu un appel à la médecine gériatrique, au médecin de la médecine gériatrique, qui sont venus voir ce patient, et qui ont accepté parce que les médecins n'en voulaient pas, qui ont accepté de le prendre en charge, la seule problématique qu'on a eu c'est qu'il y a aussi une méconnaissance médicale du poids qu'ont les soins palliatifs sur les personnels soignants. C'est une personne qui a fini en service de soins continus, parce qu'on a trouvé une place pour qu'elle soit surveillée et qu'elle puisse mourir avec des soins appropriés. En soins continus, mais je vous dirai quand même que c'était parce que le service de soins continus était calme, que ça a permis une prise en charge de la douleur. Il y a des volontés médicales de prise en charge des patients en fin de vie mais derrière il n'y a pas toujours une culture de l'antalgie avec tout ce qu'elle induit avec ce frein « de oui mais si je mets trop d'antalgiques » même si la personne en a besoin. Elle a été en soins continus parce qu'on avait une place mais elle ne dépendait pas des soins continus si vous voulez. Ça démontre quand même un manque d'organisation et de prise en charge des patients qui arrivent comme ça, et que malgré toute notre bonne volonté, on n'a pas la filière adaptée. Service qui était calme, avec des soignants disponibles, une chambre seule. Volonté d'accompagner cette personne du mieux possible tout en ayant quand même bougé cette personne. On aurait trouvé un service adapté d'emblée, ça aurait été le mieux pour cette personne. Qu'elle n'est pas été mise en médecine gériatrique puis redescendue en soins continus, parce qu'en plus quelque part ça dénote un problème d'organisation, un conflit médical, elle aurait pu aller dans un service de médecine plus adapté à cette patiente. Puis après les familles on leur annonce que c'est du soin palliatif mais qu'on les met en service de soins continus, quel message on fait passer aussi ? est-ce qu'on ne donne pas de faux espoirs ? vous voyez c'est un peu délicat, un service de soins continus c'est pas fait pour ça non plus. Ça reste délicat. Là c'est le médecin de médecine gériatrique qui n'a pas su évaluer la charge de travail qu'imposait cette patiente, plus que de volonté soignante. Elle n'aurait pas été accompagnée correctement cette dame

**Quelles difficultés (relationnelles, techniques, organisationnelles, professionnelles, personnelles, éthiques) pouvez-vous rencontrer ?**

Organisationnelle oui

Relationnelle médicale, je dirai difficulté culturelle médicale dans la culture du soin palliatif même si on a une équipe de soins palliatifs volante qui se déplace composée d'une infirmière, d'un cadre, d'une psychologue, qui accompagne les équipes, mais l'acceptation du patient entre l'arrivée aux urgences pour une fin de vie et l'acceptation dans un service, ça reste un problème d'acceptation de prendre ce type de patient dans son service, parce que je pense qu'il y a une incompréhension du monde médical, d'une partie du monde médical, car on ne va pas généraliser, de ce que ça induit les soins palliatifs. Après, il y a soins palliatifs et soins palliatifs, on est bien d'accord, on a des patients en soins palliatifs parce qu'ils sont de la cancéro mais qui ne vont pas mourir demain. Alors que moi, pour avoir vécu des situations en SSR, j'avais des gens en soins palliatifs qui sont rentrés chez eux, avec pompe à morphine, etc., que des antalgiques, et qui sont rentrés chez eux et qui sont revenus quand c'était du soin palliatif terminal. C'est vrai qu'après, il faudrait qu'on arrive à se projeter sur l'extérieur, sur la ville, et que ce soit des hospitalisations qui ne soient pas prévues mais presque. Il faudrait que quand les gens arrivent aux urgences, voilà on a contacté tel médecin, mon médecin de ville a contacté tel médecin de tel service, mon patient est attendu. Le parcours est provisoire sur les urgences, le patient est attendu. ça change complètement au niveau des urgences, les patients qui sont attendus, des patients qui ne le sont pas. Ça se voit tout de suite, sur la durée du temps de présence aux urgences c'est pas du tout la même qualité de prise en charge

**Existe-t-il une étude sur les délais d'attente ? Savez-vous que plus l'âge augmente, plus les délais d'attente augmentent ?**

On n'a pas fait d'étude encore parce que je n'ai pas de logiciel adapté, je viens d'arriver, enfin, ça ne fait pas si longtemps que ça que je suis là ; et vous verrez que les premiers mois sont toujours catastrophiques quand on arrive dans un service. Les six premiers mois on est pas dans les projets. Mais c'est clair que plus l'âge augmente, plus les délais d'attente augmentent. Alors, qu'ici notre population c'est la personne âgée, la population des urgences non, mais la population hospitalisée est la personne âgée. Ça n'a pas de sens car on connaît la personne âgée. La filière gériatrique trouvera toute sa place au sein des urgences, c'est un des projets de la GHT car on est en GHT depuis plus d'un an, et que notre hôpital soit sur le parcours gériatrique. Ça va se construire. C'est des patients qui posent interrogation, et ça induit des prises en charge qui ne sont pas de qualité, pas comme nous on le souhaiterait, pas comme l'équipe le souhaiterait et pas comme les familles le souhaiteraient. C'est important, c'est des patients et des familles.

**80 % des Français déclarent vouloir passer leurs derniers instants chez eux, entourés par leurs proches.****Qu'en pensez-vous ?**

Le problème, après si vous voulez c'est très facile, de dire ça, voilà, c'est très facile de dire je veux mourir à la maison. Les aidants familiaux, comme ils l'entendent c'est toujours très facile de le dire tant qu'on n'y est pas. C'est un peu plus lourd à prendre en charge. Est-ce que les structures d'accueil, à la maison, permettent ?

On peut pas mourir tout seul, déjà, en HAD, ce n'est pas possible, il faut venir à l'hôpital ou alors on ne dit rien, mais ça ne marche pas. Et puis jusqu'à quel point la famille est prête à accepter la charge de travail, la charge émotionnelle que cela induit de mourir à la maison, la dégradation du corps elle n'est pas due à l'hôpital elle est due à la maladie. Tous ces problèmes-là. Mais bon, je pense qu'il y a beaucoup de travail à faire, de coordination à faire entre la ville et l'hôpital pour que cela s'améliore

Je pense que le PAERPA aurait son sens là-dedans mais on reste encore dans une volonté médicale car quoiqu'on en pense c'est les médecins qui sont la clef de tout et ça induit un temps supérieur des prises en charge des médecins de ville qui quelque part au moins ici, non pas le temps. Voilà, et c'est des médecins qui se rendent encore à domicile. Voilà, il y a tout ça qui fait que nous il faut qu'on arrive à mettre en place une filière d'accueil gériatrique et de la fin de vie mais sans la ville ça va être compliqué. On peut créer la plus belle procédure du monde, si on a pas le lit en face, ça ne sert à rien

**Est-ce que des SP sont organisés dans votre service ?**

Oui, l'EMSP intervient (cf. réponse apportée dans l'item difficultés)

**Qu'est-ce que vous souhaiteriez mettre en place si cela n'est pas déjà fait ?**

La filière gériatrique, l'ouverture sur l'extérieur avec la coordination ville-hôpital

**Quels seraient les conseils que vous donneriez à une collègue cadre ?**

Trouver le lit

De toute façon, comme toutes les prises en charge, alors avec la différence du soin palliatif qui arrive aux urgences par rapport aux autres urgences c'est que finalement, c'est une venue qui était attendue, si vous voulez, de base quand on vient aux urgences c'est pas attendu. C'est le principe, la personne en soin palliatif qui arrive aux urgences, la famille attendait qu'elle arrive aux urgences, elle n'attendait pas, elle pensait que ça allait arriver, donc c'est pas si surprenant que ça. Ce n'est jamais le bon moment, ça voilà, mais c'est pas surprenant. Rester dans l'empathie avec la famille, car de toute façon il va y avoir de l'attente, ils vont certainement moins le comprendre encore, car en plus il y a une lassitude, une connaissance du diagnostic et du pronostic final de la venue, c'est très rare qu'il reparte, ça peut arriver mais c'est très rare. Je pense quand même, pour elle-même une formation, une connaissance de ce qu'est le soin palliatif c'est important, ne surtout pas oublier qu'il y a un réseau.

Le cadre ne doit pas savoir tout faire, mais doit savoir qui sait faire.

C'est surtout ça, un cadre doit savoir qui sait faire. Frapper aux bonnes portes, interpellier les bonnes personnes qui auront les réponses, mais savoir qui va pouvoir apporter la bonne réponse.

Après c'est toujours pareil, ça arrive le dimanche à 23h mais dans l'idéal c'est former les équipes, rappeler aux équipes que quand on n'est pas là, qu'il y a des gens qui savent faire, mieux faire que nous. Vers eux qu'il faut aller chercher l'information même ici vous avez la chance d'avoir une équipe de soins palliatifs dans la structure. Il faut qu'elle, elle intervienne auprès de la famille.

Après on est cadre, ce n'est pas parce qu'on est plus vraiment soignant qu'on doit rentrer dans la sympathie, surtout ne pas oublier empathie c'est pas sympathie, surtout dans ces situations-là. Et faire en sorte que les agents soient formés.

Et ne pas oublier qu'il y a un réseau cadre même si c'est assez hypothétique dans les grands CH ; Un réseau cadre c'est avoir de bonnes relations avec les collègues cadres des services, c'est important aussi, parce qu'on arrive avec eux à trouver des solutions. Voilà moi j'ai une problématique, est-ce que tu as une solution. Mon médecin s'est pris la tête avec ton médecin mais est-ce que tu ne pourrais pas quand même voir comment on pourrait arranger ça. Le réseau cadre c'est très très important pour dire les situations.

**Comment pouvez-vous décrire la réaction des soignants, y-a-t-il des réactions inappropriées, y-a-t-il un travail à faire pour aider l'équipe ?****Quelle est, pour vous, la plus grande difficulté que rencontre l'équipe soignante dans la prise en soins d'un patient en fin de vie ?**

Non, ça ne nous pose pas de réels soucis car ça reste des soignants et ils n'oublient pas. Ils sont confrontés à la mort régulièrement, en plus c'est les équipes de SMUR donc ils sont confrontés aux morts violentes, aux morts à domicile, ils sont confrontés à peu près à tout, quel que soit l'âge.

Non, le problème des urgences c'est la lassitude et la fatigue au fil des années. Ils arrivent, après je n'ai pas que des agents idéaux mais ils arrivent en grande partie, quand il faut, à prendre le temps parce que du moment

qu'on arrive à prendre le temps, quel que soit le soignant, du moment qu'il prend le temps, il se rappelle qu'il est soignant même quand il sait qu'il y en a partout, quand le médecin lui hurle dessus.

**Est-ce que vous pensez que pour les soignants, mourir aux urgences a du sens ?**

**Dans ce cas, comment le management peut-il être mobilisé afin de redonner du sens au travail ?**

Alors, voyez par exemple, ce n'est pas du soin palliatif mais c'est assez, on a un jeune de 30 ans qui est mort en SMUR, et la réaction des équipes c'était l'important c'est qu'on ait fait le maximum de choses. L'important c'est que la prise en charge était le mieux. Ils ne sont pas marqués par la mort. Moi, j'ai fait 12 ans d'urgences SMUR, j'ai vu mourir de 10 mois à 99 ans, en gros, donc j'ai une perception de la mort, voilà, on voit beaucoup de mort, et beaucoup de morts violentes et de tous âges surtout en SMUR, et ce qui nous importe nous c'est que on est nous en tant que soignant le mieux qu'on pouvait faire. C'est exactement une démarche éthique. S'il faut travailler au corps le médecin pendant une demi-heure parce qu'on veut des antalgiques, on veut de la morphine, on le fera parce que c'est notre boulot de faire du mieux possible pour que le patient meurt le mieux possible. Et toute l'équipe est dans ce sens-là, et faire le maximum. Et après si la personne doit mourir, elle mourra. On n'est pas là pour les sauver, enfin on n'est pas là pour sauver tout le monde. C'est dans ce sens-là que je veux que mon équipe aille et c'est dans ce sens-là que mon équipe va.

**D'une manière générale, êtes-vous satisfait des soins qui sont apportés aux patients en fin de vie ?**

Oui

**Avez-vous des éléments à rajouter, des questions que vous auriez aimé que je vous pose, des compléments d'information ?**

Juste une chose, administrativement, on ne peut pas mourir aux urgences. Physiquement on peut mourir aux urgences, comme on ne peut pas mourir dans un bloc opératoire, c'est un plateau technique, on ne peut mourir que dans un service d'hospitalisation. Voilà juste comme ça parce que quand vous me dites mourir aux urgences j'y ai pensé tout de suite. Il y a des gens qui meurent aux urgences mais on les met aux lits portes. On va valoriser le séjour en hospitalisation alors qu'ils sont morts sur un brancard. Car il ne faut pas oublier que le cadre a aussi un problème financier derrière, à gérer.

## GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL CADRE C2

| <b>ENTRETIEN</b>             |            |
|------------------------------|------------|
| Durée                        | 35 minutes |
| Rappel anonymat              | Fait       |
| Accord pour l'enregistrement | Oui        |

| <b>PRESENTATION DU CADRE DE SANTE</b>  | <b>Faisant fonction</b> |
|--|-------------------------|
| Depuis combien de temps exercez-vous ?   | <b>1 an et demi</b>     |
| Et aux urgences ?  | <b>1 an et demi</b>     |
| Est -ce que c'est un choix ?   | <b>Oui</b>              |
| Quel est votre cœur de métier ?  | <b>IDE</b>              |
| Etes-vous le seul cadre de santé du service ?  | <b>Oui</b>              |
| Si non, pouvez-vous me présenter rapidement vos collègues ?<br>Et votre organisation au sein de ce collectif ? |                         |
| Avez-vous une expérience ou une formation dans le domaine des soins d'urgences ? Laquelle ?                    | <b>Oui</b>              |
| Avez-vous une expérience ou une formation dans le domaine gériatrique ? Laquelle ?                             | <b>Non</b>              |
| Avez-vous une expérience ou une formation dans le domaine des soins palliatifs ? Laquelle ?                    | <b>Oui</b>              |

| <b>PRESENTATION DE LA STRUCTURE</b>  |    |
|--------------------------------------|----|
| Nombre moyen de passages journaliers | 65 |
| Nombre de LISP sur la structure      | X  |

### **POUVEZ-VOUS M'INDIQUER CE QUI SE PASSE LORSQU'UN PATIENT AGE EN FIN DE VIE EST ADMIS ?**

| <b>Quand un sujet âgé arrive au SU</b>  |  |
|---|--|
| Y-a-t 'il une organisation particulière, formalisée, des réflexes, une tradition de service ? | Si un patient âgé en fin de vie si déjà il vient aux urgences c'est peut-être qu'on estime qu'il y a des soins qui vont être mis en place pas des soins de réanimation mais des soins actifs mais dans tous les cas on va essayer de rechercher les directives anticipées qui ne sont malheureusement pas souvent faites et puis autrement un avis de la famille pour savoir s'il faut justement faire des soins de réanimation ou pas.<br>C'est une organisation de service.<br>Il n'y a pas de procédure, de protocole établi. |
| Y-a-t 'il une procédure ?   |  |

| <b>Dans l'établissement y-a t 'il une filière gériatrique ?</b> |   |
|---|---|
| Comment les événements se déroulent ?                           | Oui, on a une équipe mobile de gériatrie qui se déplace dans les différents sites, sur l'hôpital, dans les services de médecine, dans les maisons de retraite, et éventuellement à l'extérieur de l'hôpital, dans d'autres EHPAD. Ils viennent aux urgences à notre demande sans problème.<br>Après tous les jours on a quelqu'un, un médecin, une infirmière, une assistante sociale, une psychologue. |

| <b>Si le diagnostic de fin de vie est posé, quel est votre rôle ?</b>   |  |
|---|--|
| <p>Déjà c'est essayer, moi personnellement de voir si la famille est prévenue. Faciliter après la venue des familles, c'est vrai qu'après ce n'est pas évident quand c'est un patient qui est en secteur porte (= circuit long), si on peut l'installer en UHCD, c'est nettement plus confortable pour les équipes et pour les familles, et puis autrement après ça dépend ce qu'on peut appeler fin de vie avec une fin de vie très très proche dans ce cas-là on va garder le patient aux urgences en UHCD dans un lit, si c'est un arrêt thérapeutique.</p> <p>Les patients qui arrivent en fin de vie, souvent, c'est rare que les médecins traitants adressent pour une fin de vie, voilà, ils les adressent pour une dégradation de l'état général et en fait ils ont, on va dire qu'ils ont une décompensation cardio-respiratoire très avancée et qu'ils sont au-delà de toutes ressources thérapeutiques donc c'est le médecin urgentiste qui va les considérer en palliatif, avec accord de la famille, donc là nous on essaie au mieux de les installer en UHCD dans un lit.</p> |  |

**Avez-vous un exemple emblématique d'un sujet âgé en fin de vie admis aux urgences ?**

**(Contrainte d'un patient qui arrive aux urgences et qui ne veut pas mourir là)**

**Vous par rapport à cette situation emblématique,**

**Quel est votre rôle (vis-à-vis du patient, de ses proches, des soignants) ?**

Eh bien, il n'y a pas très très longtemps et ça a marqué l'équipe, il y a environ trois mois, un patient adressé d'une maison de retraite de l'hôpital, adressé par le médecin de la maison de retraite pour hyperthermie à la base. Et quand la patiente est arrivée elle était vraiment comateuse, presque 41° de température, et puis vraiment un état très très précaire, multiples pathologies, de gros antécédents, une dame très âgée et vraiment voilà une activité énorme dans le service, étiquetée directement fin de vie, on a branché un pousse-seringue d'hypnovel et de morphine et par contre elle est restée qu'aux urgences, elle est décédée dans une salle de soins sur un brancard, parce que l'UHCD était débordante, on avait plus de places. C'est une dame ça nous a beaucoup marqué, on a fait des fiches de signalement pour cette prise en charge là parce que c'est quelque chose qui aurait pu être pris en charge dans son EHPAD, c'était en journée en plus, donc il y a le personnel et c'est pas du tout sa place de venir aux urgences. Décéder sur un brancard, c'est ce qu'on redoute, dans une salle de soins, il y avait beaucoup de monde dans les couloirs, c'est quand même délicat après pour que la patiente soit transportée. On ne l'a vraiment pas fait dans de bonnes conditions et du coup c'est quelque chose qui aurait vraiment pu être fait, géré sur place. Dans tous les cas, cette dame elle avait un grand âge, il est clair qu'il y avait une décision que s'il y avait une aggravation de son état, il n'y aurait pas de réanimation. Mais c'est vrai que du coup cet accompagnement aurait pu être fait dans son EHPAD et par forcément aux urgences. Ce n'est pas le rôle du service des urgences. La nuit, ça peut s'entendre car il n'y a pas de personnel soignant dans les EHPAD mais là c'était en journée, y'avait médecin, infirmier, ça aurait pu être fait. La nuit j'aurai pas eu le même discours. La nuit on l'aurait fait chez nous. Moi je comprends les équipes, les aides-soignants dans les EHPAD transfèrent aux urgences c'est tout à fait «entendable». Mais là en journée, en plus, y'avait médecin et personnel paramédical, on comprend moins facilement. C'était une décompensation respiratoire, pendant la période hivernale des gripes, une dame de plus de 95 ans, grabataire, une famille au clair que si elle se dégradait il n'y avait pas forcément de réanimation. Cette patiente-là, quand le médecin nous l'a adressé on a vu le courrier, on s'est dit pourquoi elle est là ? et on a vu le dossier

**Quelles difficultés (relationnelles, techniques, organisationnelles, professionnelles, personnelles, éthiques) pouvez-vous rencontrer ?**

Organisationnelle : devoir installer une personne sur un brancard parce qu'on manque de lit. On va faire une prise en charge qui ne sera pas de bonne qualité, faire une fin de vie sur un brancard c'est pas du tout admissible. Autrement, un des gros facteurs qui nous pose problème c'est la surcharge de travail, donc par exemple, cette prise en charge d'il y a trois mois, c'est compliqué parce qu'on avait beaucoup de monde, car si on veut faire une prise en charge palliative de qualité, il faut prendre le temps avec le patient, la famille. C'est mon boulot, parce que moi je pouvais vraiment «me permettre de prendre plus de temps avec la famille mais le personnel soignant était vraiment occupé avec d'autres patients. L'activité était débordante, dans une salle il y avait des brancards dans les couloirs dès le matin. Pendant l'épidémie de grippe.

Difficultés d'ordre technique : non par rapport aux médicaments que le médecin avait prescrit car on a l'habitude, l'habitude des posologies, l'habitude de les passer. Par contre, tout le personnel n'a pas eu de formation sur la prise en charge palliative, et pourtant moi je sais que c'est une formation que je peux demander mais c'est une formation en interne, très peu d'agents par an, on a difficilement accès à cette formation-là, c'est quelque chose que l'on fait assez régulièrement, les agents sont bien demandeurs,

Après, ils n'expriment pas forcément de difficulté à prendre en charge ces patients-là, ils en font malheureusement régulièrement que ce soit aux urgences ou en pré-hospitalier, c'est qu'est difficile pour eux c'est la surcharge de travail, d'une prise en charge palliative dans les couloirs ou dans une salle de soins. Ce n'est pas un manque de volonté, c'est les conditions.

Pour les compétences, on a beaucoup de jeunes diplômées (moins de deux-trois ans d'expérience), pour eux je sens que c'est un peu plus difficile, ils sont moins à l'aise.

**Existe-t-il une étude sur les délais d'attente ? Savez-vous que plus l'âge augmente, plus les délais d'attente augmentent ?**

Je ne peux pas forcément vous dire, on n'a pas d'étude. On n'a pas, nous, un logiciel métier aux urgences donc on ne peut pas faire remonter ces statistiques-là, par contre, je sais, je ne peux pas vous donner de moyenne, on n'est pas forcément très très haut, mais après j'ai pas cette notion-là de plus les gens sont âgés, plus l'attente est longue. Après, une personne âgée qui vient pour un problème aigu, je pense qu'elle sera prise aussi rapidement qu'un jeune. On n'est pas sur une urgence vitale, en tous cas nous c'est pas notre ressenti. Ce n'est jamais arrivé, qu'on ait un médecin qui nous adresse un patient pour prise en charge palliative, mais pour dégradation, altération de l'état général, bien sûr dessous ça va être caché, avec des antécédents de prise en charge palliative. C'est rare que le motif d'admission soit soins palliatifs surtout aux urgences. Bien sûr dès qu'on va regarder le dossier, c'est vrai qu'un médecin qui adresse pour altération de l'état général c'est pas une urgence vitale.

**80 % des Français déclarent vouloir passer leurs derniers instants chez eux, entourés par leurs proches. Qu'en pensez-vous ?**

Après, oui, je comprends ces chiffres, après entre les gens qui souhaitent finir leur fin de vie chez eux et la réalité. Il faut qu'ils soient accompagnés, par exemple, c'est sûr que la personne qui s'éteint tranquillement, paisiblement, ça va « bien se passer » mais quelqu'un qui va souffrir, qui va être encombré, il a besoin d'une aide médicale ou paramédicale ne serait-ce que pour faire des soins comme des aspirations, soulager la douleur, et ça ça peut être difficile une fois au domicile. Alors nous on développe l'hospitalisation à domicile et c'est vrai qu'ils font des prises en charge pas forcément dites palliatives mais ça leur permet une prise en charge à domicile, ça éviterait de venir aux urgences. On travaille avec l'HAD ça nous ai déjà arrivé de les solliciter pour un patient qui vient pour dégradation de l'état général sur du palliatif qu'on puisse le faire retourner chez lui avec l'HAD. C'est un patient qui va en UHCD, on a le temps comme ça de reprendre le dossier à froid. On ne peut pas faire directement un patient qui arrive à 13 h, à 15 h mettre en route l'HAD, non. Ça peut s'organiser sur 24 à 48 h

**Est-ce que des SP sont organisés dans votre service ?**

EMSP qui se déplace

**Qu'est-ce que vous souhaiteriez mettre en place si cela n'est pas déjà fait ?**

Formation pour les professionnels, elles sont faites par l'EMSP, mais elles sont déjà bien occupées, donc dégager du temps en plus. On aimerait bien un peu plus d'agents formés tous les ans. Ça va arriver en tous cas.

**Quels seraient les conseils que vous donneriez à une collègue cadre ?**

La prise en charge de la famille, c'est aussi important que le patient. Le patient c'est sûr qu'on va le prendre en charge. Après si c'est vraiment une personne âgée en fin de vie, ça peut se dégrader très rapidement, presque devenir inconscient rapidement, et du coup, faire un gros travail au niveau de la famille, et ça c'est plus mon boulot de cadre que celui du personnel soignant qui va s'occuper du patient. Du côté des soignants, je sais qu'ils vont gérer. Pour eux c'est plus difficile de s'occuper de la famille que du patient, ça c'est plus mon rôle. C'est des choses qu'il faut pas qu'on oublie.

**Comment pouvez-vous décrire la réaction des soignants, y-a-t-il des réactions inappropriées, y-a-t-il un travail à faire pour aider l'équipe ?**

**Quelle est, pour vous, la plus grande difficulté que rencontre l'équipe soignante dans la prise en soins d'un patient en fin de vie ?**

Ça dépend de l'âge des patients. Là, on est sur la personne âgée donc, non, c'est vrai, que malheureusement, on en fait régulièrement, de temps en temps, donc ce n'est pas pareil que c'est la personne jeune. Ce n'est pas forcément quelque chose de très difficile à supporter sauf si c'est quelqu'un qu'ils peuvent connaître ou un proche de collègue. Mais sinon, ce n'est pas quelque chose qui va leur poser souci. Sauf quand ce n'est pas dans de bonnes conditions, là ça va être problématique au niveau prise en charge palliative. En UHCD ils peuvent rester deux-trois jours avant de s'éteindre et ça se passe relativement bien et après on a un remerciement de la famille, là c'est vraiment quelque chose qui nous dit qu'on a fait du bon boulot.

**Est-ce que vous pensez que pour les soignants, mourir aux urgences a du sens ?**

**Dans ce cas, comment le management peut-il être mobilisé afin de redonner du sens au travail ?**

Le problème c'est que normalement ça n'a pas de sens parce qu'on est un service qui est censé s'occuper de patients, de pathologies mais le problème c'est qu'il n'y a pas de place ailleurs, y'a pas de solutions parce que les médecins traitants sont moins disponibles, dans les ehpad, y'a pas d'équipe médicale ou paramédicale la nuit. Donc du coup, forcément le dernier recours c'est les urgences, maintenant, ça nous choque plus que ce soit fait aux urgences.

Je me rappelle de cet exemple là (cf. : situation emblématique), après on s'est tous posés autour de la table pour discuter, de savoir ce qui s'est passé, on a fait un débriefing, voilà comment les choses se sont passées lors de la prise en charge, et après le but du jeu c'est pas forcément d'incriminer telle ou telle personne, par exemple le médecin qui l'a adressé, c'est pas le but du jeu, pour comprendre à pourquoi on en est amené à une prise en charge là aux urgences et après qu'est-ce qu'on peut mettre en place pour améliorer. Ce qui est difficile, pour l'exemple qui est arrivé il y a trois mois, on n'a pas de solutions, voilà, nous on n'a aucun problème pour accueillir tous les patients, seul truc quand on n'a pas de salles, qu'on n'a pas de brancards, pas de lits. C'est une reprise à distance des éléments. J'essaie de faire pas forcément tout de suite à chaud. Le problème c'est que quand c'est trop loin on oublie des éléments. C'est une équipe qui travaille en 12 h, l'équipe tourne, ils ne sont pas là trop souvent, donc voilà faut le faire, moi j'essaie maximum 24 à 48 h après



que les gens se souviennent bien de ce qui s'est passé. On sent qu'avec des solutions comme ça ça fait du bien à l'équipe.

**D'une manière générale, êtes-vous satisfait des soins qui sont apportés aux patients en fin de vie ?**

Sur le soin en lui-même oui, mais pas sur les conditions de prise en charge. Les soins techniques ou relationnels sur le patient, je pense, j'estime que le travail est bien fait, plutôt bien fait. Après c'est dans les conditions vraiment de travail quand on branche un pousse-seringue dans un couloir ou dans une salle de soins c'est pas du tout l'endroit approprié, et là par contre, forcément, on est pas du tout content du travail qui est fait. Je n'ai pas d'autres solutions.

**Avez-vous des éléments à rajouter, des questions que vous auriez aimé que je vous pose, des compléments d'information ?**

Travaille beaucoup avec l'équipe mobile douleur et soins palliatifs, et parfois ce sont eux qui vont trouver un lit, pas forcément sur le site de l'hôpital mais des fois dans des hôpitaux périphériques, en médecine. On peut être amené des fois à transférer, ça n'arrive pas souvent mais ça peut arriver. Et, ils s'occupent de faire le lien avec l'équipe soignante ou éventuellement l'HAD. Ils sont disponibles pour le service, ils sont disponibles tous les jours, je ne peux pas vous dire le week-end mais quasiment, on sait qu'on peut les joindre, que ce soit l'infirmière ou le médecin, le médecin c'est un ancien médecin urgentiste, donc il a une bonne connaissance de ce qui se passe aux urgences. Il pourrait guider un confrère sur une prescription et une des infirmières, et une des infirmières des soins palliatifs a un DU douleur. On travaille en confiance.

## GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL CADRE C3

| <b>ENTRETIEN</b>             |            |
|------------------------------|------------|
| Durée                        | 30 minutes |
| Rappel anonymat              | Fait       |
| Accord pour l'enregistrement | Oui        |

| <b>PRESENTATION DU CADRE DE SANTE</b>  |  |
|--|--|
| Depuis combien de temps exercez-vous ?   | Depuis 2004 en tant que faisant fonction<br>Depuis 2008 en tant que cadre de santé                                   |
| Et aux urgences ?  | Depuis 3 ans et demi   |
| Est-ce que c'est un choix ?  | Oui  |
| Quel est votre cœur de métier ?  | IDE  |
| Etes-vous le seul cadre de santé du service ?  | Non  |
| Si non, pouvez-vous me présenter rapidement vos collègues ?<br>Et votre organisation au sein de ce collectif ? | Deux autres collègues, partage des secteurs (Urgences, UHCD, SMUR), répartition des professionnels de santé/planning |
| Avez-vous une expérience ou une formation dans le domaine des soins d'urgences ? Laquelle ?                    | AFGSU  |
| Avez-vous une expérience ou une formation dans le domaine gériatologique ? Laquelle ?                          | Non  |
| Avez-vous une expérience ou une formation dans le domaine des soins palliatifs ? Laquelle ?                    | Non  |

| <b>PRESENTATION DE LA STRUCTURE</b>  |     |
|--------------------------------------|-----|
| Nombre moyen de passages journaliers | 155 |
| Nombre de LISP sur la structure      | 14  |

| <b>POUVEZ-VOUS M'INDIQUER CE QUI SE PASSE LORSQU'UN PATIENT AGE EN FIN DE VIE EST ADMIS ?</b> |  |
|---|--|
| <b>Quand un sujet âgé arrive au SU</b>  |  |
| Y-a-t'il une organisation particulière, formalisée, des réflexes, une tradition de service ?  | Non, il n'y a pas de procédure, lorsqu'un patient âgé est admis en fin de vie aux urgences, on va rechercher une chambre d'hospitalisation pour ne pas qu'il décède au sein des urgences. On va prendre un lit en UHCD ou chercher un lit sur la structure. On a réorganisé le service et on a une salle des familles au sein du service et une salle mortuaire. |
| Y-a-t'il une procédure ?  |  |

| <b>Dans l'établissement y-a-t'il une filière gériatrique ?</b> |   |
|--|---|
| Comment les évènements se déroulent ?                          | Non, il n'y a pas une filière mais on travaille avec la médecine gériatrique et avec les cadres des SSR en lien direct, sans passer par la plateforme de demande (Trajectoire). |

| <b>Si le diagnostic de fin de vie est posé, quel est votre rôle ?</b>  |  |
|--|--|
| En tant que cadre de santé. Je ne suis pas forcément appelée. Je suis appelée quand il y a une difficulté, qu'une famille est demandeuse, qu'il y a besoin de présence, de donner des explications par rapport au dépôt mortuaire, quand c'est un décès qui n'est pas attendu, ça peut être très douloureux pour la famille. |  |

| <b>Avez-vous un exemple emblématique d'un sujet âgé en fin de vie admis aux urgences ? (Contrainte d'un patient qui arrive aux urgences et qui ne veut pas mourir là)<br/>Vous par rapport à cette situation emblématique,<br/>Quel est votre rôle (vis-à-vis du patient, de ses proches, des soignants) ?</b>  |  |
|---|--|
| Je ne comprends pas le fait d'amener des patients qui sont en fin de vie sur les urgences alors qu'ils sont en structure ou même un patient qui est au domicile pour qui il y a des directives anticipées, l'amener aux urgences pour dire qu'il meure aux urgences ça me pose question. Pour moi, après ça n'engage que moi, je pense que le patient serait tout aussi bien dans sa structure ou à son domicile avec ses proches autour pour un accompagnement lors de cette phase de décès. En fait c'est ça qui me questionne, c'est régulier, alors je me dis pourquoi les transférer sur les urgences, pourquoi, est-ce que c'est pour se dédouaner, se dire qu'il n'est pas |  |

décédé dans notre structure. Je ne sais pas, j'ai aucune réponse face à ça et je me pose régulièrement la question parce que je trouve ça dommage en termes d'accompagnement du patient. Nous, il y a des fois, où il arrive en IOA, on le pousse en box parce que c'est imminent, voire presque déjà fait. Et voilà quoi, on se dit, on l'a mis dans une ambulance, on a déployé tout un système de prise en charge autour de ce patient alors qu'on l'aurait laissé tranquille dans sa maison de retraite ça ce serait fait de la même façon mais beaucoup plus sereinement et beaucoup plus calmement, et vis-à-vis de la famille je trouve que c'est, oui, on a tenté de l'emmener aux urgences, mais pourquoi, pourquoi on l'emmène aux urgences ? Qu'est-ce qu'on attend du service, pourquoi on fait subir un transport.

**Quelles difficultés (relationnelles, techniques, organisationnelles, professionnelles, personnelles, éthiques) pouvez-vous rencontrer ?**

D'ordre organisationnel lorsque le patient arrive aux urgences, lorsqu'il se présente à l'accueil et qu'il est déjà bien engagé sur le processus de décès, oui, e, fait, là pour le coup il faut le pousser en box direct et puis essayer de lui trouver un lit d'hospitalisation, rapide, donc si on a un lit à l'UHCD, on se dépêche de l'installer dans un lit à l'UHCD pour que les choses se fassent le plus dignement possible.

D'ordre relationnel avec la famille, après, non, ça ne va pas être des difficultés, ça va être une prise en charge de la famille, que la famille, des fois, les patients sont transférés sur les urgences et quand on dit urgences, on a pour, dans la tête comme quoi on va apporter une solution, on va sauver des gens, et voilà, et quand les gens arrivent chez nous et sont dans un processus de décès, c'est compliqué, vous voyez ce que je veux dire. Ils vont quand même essayer de faire quelque chose. Les urgences ça a cette vocation d'agir, quoi, d'agir, d'apporter des soins, même quand c'est peine perdue, on va essayer quand même. Après, je me pose la question quand les gens ont des directives anticipées. C'est dur.

**Existe-t-il une étude sur les délais d'attente ? Savez-vous que plus l'âge augmente, plus les délais d'attente augmentent ?**

Oui, alors on a des stats par rapport aux délais d'attente, en fait, on travaille là-dessus, justement c'est pour ça qu'on s'est réorganisé, on a divisé nos urgences en deux circuits : un circuit court, un circuit long. Donc, circuit court, qui est la prise en charge de tout ce qui est psychiatrie, gynéco, pédiatrie et petite traumatologie, retour « qui relève de la médecine générale, de la bobologie ». Puis, le circuit long, c'est essentiellement des patients qui nécessitent des examens complémentaires et une prise en charge douleur ou autre.

**80 % des Français déclarent vouloir passer leurs derniers instants chez eux, entourés par leurs proches. Qu'en pensez-vous ?**

Ce n'est pas le cas, je suis d'accord avec vous, et en fait, c'est ce que je ne comprends pas. En fait, je ne comprends pas, alors, des fois j'essaie de comprendre pourquoi les gens viennent aux urgences, et c'est ce que je vous ai dit, la plupart du temps, je pense qu'ils viennent parce qu'ils ont toujours cette lueur d'espoir mais, en fait, je pense, que le français ne veut pas se résigner par rapport à la mort et au décès et je pense que la représentation du décès qui est dans nos, comment, dans nos représentations du décès qui fait peur, qui n'est pas assimilé comme tel, voilà, et quel que soit l'âge. Donc, voilà, je pense qu'il y a tout ça qui rentre en jeu. Après, je vous dis, revenir sur les urgences, il y a toujours cette lueur d'espoir. Après en tant que famille c'est toujours très difficile de se résigner à la perte d'un proche, même si on sait que la personne ne souffrira plus, ou ne sera plus dépendante où voilà quoi, la perte d'un proche est toujours difficile. Et ce processus de résignation par rapport à la perte est quand même relativement difficile à vivre. Je pense, que nous en tant que cadre, c'est un rôle d'accompagnement des familles sur ces situations-là.

**Est-ce que des SP sont organisés dans votre service ?**

On peut avoir des transferts directement en soins palliatifs. On a une équipe mobile de soins palliatifs qui se déplacent, qui peuvent se déplacer au sein même des urgences pour avis, voire pour décider de l'hospitalisation sur leurs lits. Voilà, ils font partie du processus d'hospitalisation. Ce n'est pas un schéma à part. Ça fait partie de l'équipe pluridisciplinaire.

**Qu'est-ce que vous souhaiteriez mettre en place si cela n'est pas déjà fait ?**

Euh, ce que j'aimerais bien mettre en place. Alors, ce qu'on a en place. La fin de vie surtout. Parce qu'on a mis en place, là actuellement, l'accompagnement, des personnes âgées au niveau des urgences. On a une association, c'est des bénévoles, tous les après-midis, et on a des personnes qui viennent en salle d'attente et qui justement sont là pour discuter avec nos personnes âgées qui sont en salle d'attente ou qui, comment, ou pour discuter avec les familles pour assurer une présence car on s'est rendu compte que nos personnes âgées quand elles étaient en salle d'attente, et qu'elles étaient parachutées au niveau de nos urgences, quand elles sortent d'une structure ou de leur domicile, elles sont complètement désorientées et désemparées dans nos salles d'attente et ça peut leur paraître très long, ils s'agitent, ils peuvent être complètement perturbés. On a cette présence d'une personne de l'association, donc y'a une convention avec l'hôpital. Elles interviennent tous les jours. Et

on avait également un agent de convivialité. En fait c'est quelqu'un qui est en reclassement professionnel, c'est quelqu'un qui ne peut plus travailler sur son poste d'origine et qui est là pour assurer une présence en salle d'attente et renseigner les familles et qui calmait plus ou moins. Ça calme l'agressivité en salle d'attente. Mais par rapport à l'accompagnement de la personne en fin de vie, en fait, ce que j'aimerais bien c'est que, c'est qu'ils n'arrivent pas, voilà. En fait, moi, ce que j'aimerais bien c'est que les patients qui sont en structure, décèdent dignement dans leur structure et qu'ils ne viennent pas sur les urgences mais ça je ne peux pas intervenir là-dessus. J'ai aucun moyen. Voilà, après on essaie de mettre tout en place pour que ça se passe relativement bien et que chacun y trouve son compte, y compris les professionnels car c'est hyper frustrant d'accompagner quelqu'un qui est déjà en train de mourir. Donc, voilà, accompagner quelqu'un sur un décès ou une famille alors qu'on ne le connaît pas, c'est déstabilisant. Là, on n'a pas le temps de la relation de confiance, pour le coup.

**Quels seraient les conseils que vous donneriez à une collègue cadre ?**

Après c'est du cas par cas, y'a pas une famille qui se ressemble, chacun a son histoire de vie, et il faut faire avec. Il faut. Chacun arrive avec son histoire et il faut s'adapter en fonction de celle-ci et puis prendre en charge la famille, prendre en charge le patient, il n'y a aucune situation qui se ressemble. Moi, les seuls choses que je pourrais dire, c'est ne pas se précipiter, prendre le temps d'écouter les gens, prendre le temps d'être avec la famille, organiser tout avec les professionnels pour que le patient meurt dignement dans un lit, voilà, c'est toute cette démarche d'accompagnement et le faire dans la précipitation, soit, mais avec respect, à la fois des proches et du patient. Ce n'est pas un paquet « cadeau », un paquet qu'on va transporter d'un endroit à un autre, c'est une personne avec une histoire, une vie, voilà, avec des antécédents, avec toute une histoire. Et je pense que tout le monde a le droit d'avoir un minimum de respect dans ses derniers instants.

**Comment pouvez-vous décrire la réaction des soignants, y-a-t-il des réactions inappropriées, y-a-t-il un travail à faire pour aider l'équipe ?**

**Quelle est, pour vous, la plus grande difficulté que rencontre l'équipe soignante dans la prise en soins d'un patient en fin de vie ?**

Non, après je ne les trouve pas en difficulté. Quand ils sont en difficulté ils m'appellent. Ils arrivent très bien à gérer les situations, et s'ils sont en difficulté, s'ils commencent à déceler une problématique pour lesquels ça va les mettre en porte-à-faux ou ils ne se sentent pas en capacité, car on peut à un moment ne pas se sentir en capacité de gérer un décès. Ils nous appellent, et pour le coup on répond présent.

**Est-ce que vous pensez que pour les soignants, mourir aux urgences a du sens ?**

**Dans ce cas, comment le management peut-il être mobilisé afin de redonner du sens au travail ?**

Non, ça n'a pas de sens. Bah, ça n'a pas de sens. Venir mourir aux urgences, je pense que ça n'a pas sens. La plupart du temps, vous savez, l'infirmière d'orientation elle est complètement désarmée quand l'ambulancier lui dit : « bah, écoutes, le monsieur il est pas bien, il est en fin de vie mais on l'amène. » Elle va pousser le patient en box direct, car pour le coup c'est ça, et elle va dire à ses collègues : « je suis désolée, mais là pour le coup, il est pas bien, ça ne saurait tarder. »

On essaie de faire des temps, tous les matins, on passe sur les différents secteurs, et j'essaie de leur demander, s'il y a des problématiques, s'ils ont rencontré des problématiques la veille et s'ils souhaitent en parler. Euh, sur ce type de situation, ils lâchent. Ils lâchent complètement, ils donnent leur ressenti. En fait, c'est la présence de l'équipe, la reformulation, du débriefing.

**D'une manière générale, êtes-vous satisfait des soins qui sont apportés aux patients en fin de vie ?**

Oui, sur la manière dont les soins sont faits parce qu'ils sont bien faits, c'est juste que j'aimerais que ces patients ne soient pas transportés dans ces conditions.

**Avez-vous des éléments à rajouter, des questions que vous auriez aimé que je vous pose, des compléments d'information ?**

J'ai complètement revu ma façon de manager et d'aborder la situation depuis que je suis aux urgences. Parce que, y'a pas un jour qui se ressemble, il faut quand même être disponible pour les agents car ils sont confrontés à des situations, même nous on a des situations qui sont éprouvantes, qui peuvent être traumatisantes, et il faut impérativement à nos professionnels qu'on est là et qu'on fait partie de l'équipe de façon intégrée, dans son intégralité, et soutenir dans des épreuves difficiles. Ce que j'ai pu mettre en place sur des situations critiques, alors je n'en ai jamais eu sur des décès, au niveau de passage qui arrivent en situation de décès imminent, c'est des retours d'expérience. Les agents, alors, tous personnels confondus, infirmiers, médecins, cadres, sur des situations qui nous ont posé soucis ou sur lequel on se dit qu'il y a quelque chose qui a manqué où il y a eu des loupés, plusieurs loupés, voilà, on fait des retours d'expérience, c'est très bénéfique pour les professionnels parce qu'ils arrivent à s'exprimer et on arrive à trouver des solutions, pour que justement, ça ne se reproduise plus.

## GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL CADRE C4

| ENTRETIEN                    |            |
|------------------------------|------------|
| Durée                        | 25 minutes |
| Rappel anonymat              | Fait       |
| Accord pour l'enregistrement | Oui        |

| PRESENTATION DU CADRE DE SANTE  |   |
|---|---|
| Depuis combien de temps exercez-vous ?  | Depuis 6 ans  |
| Et aux urgences ?   | Depuis 6 ans  |
| Est-ce que c'est un choix ?   | Non, on me l'a proposé, j'ai relevé le défi   |
| Quel est votre cœur de métier ?   | IDE   |
| Etes-vous le seul cadre de santé du service ?<br><br>Si non, pouvez-vous me présenter rapidement vos collègues ?<br>Et votre organisation au sein de ce collectif ? | Non depuis 2014, j'ai une collègue<br>On a une plage horaire de 8h30 à 20h donc toutes les semaines on tourne, une qui commence à 8h30 et une qui commence à 11h pour couvrir la journée et ensuite c'est l'équipe de nuit qui relève |
| Avez-vous une expérience ou une formation dans le domaine des soins d'urgences ? Laquelle ?   | Oui, j'ai toujours travaillé dans le domaine de la réanimation  |
| Avez-vous une expérience ou une formation dans le domaine gériatologique ? Laquelle ?   | Non   |
| Avez-vous une expérience ou une formation dans le domaine des soins palliatifs ? Laquelle ?   | Non   |

| PRESENTATION DE LA STRUCTURE         |           |
|--------------------------------------|-----------|
| Nombre moyen de passages journaliers | 110 à 120 |
| Nombre de LISP sur la structure      | X         |

| POUVEZ-VOUS M'INDIQUER CE QUI SE PASSE LORSQU'UN PATIENT AGE EN FIN DE VIE EST ADMIS ?       |  |
|--|--|
| <b>Quand un sujet âgé arrive au SU</b>   |  |
| Y-a-t'il une organisation particulière, formalisée, des réflexes, une tradition de service ? | Tout dépend, en fait, dans quel état il arrive. S'il est identifié en soins palliatifs, s'il est mourant, on voit quand il arrive, on nous a prévenu qu'il n'est pas bien, on fait attention de le mettre dans un box vide, tranquille, ou dans un lit pour améliorer son confort, qu'il soit confortable. |
| Y-a-t'il une procédure ?   | Pour le sujet âgé proprement dit, il n'y a pas de procédure particulière   |

| Dans l'établissement y-a-t'il une filière gériatrique ? |  |
|---|--|
| Comment les évènements se déroulent ?                   | Oui, une équipe de gériatrie qui passe régulièrement aux urgences, tous les jours, au service portes, qui passe tous les jours identifier les personnes âgées pour voir s'il faut les hospitaliser et si on peut les mettre en gériatrie. Ils passent au déchoc mais ils voient aussi ce qu'il y a comme entrées. Ils sont assez disponibles, ils passent. C'est formalisé comme ça, ils passent tous les jours. |

| Si le diagnostic de fin de vie est posé, quel est votre rôle ?  |  |
|---|--|
| Moi, ce que j'essaie de faire, si je suis dans le service, si je suis là à ce moment-là, le sujet âgé qui n'est pas confortable sur son brancard, même l'équipe, là-dessus, elle est assez bienveillante elle le met sur un lit, sur un matelas etc. ou le plus rapidement possible c'est de lui trouver un lit sur les étages. Après c'est au coup par coup j'ai envie de dire. On s'adapte. |  |

| Avez-vous un exemple emblématique d'un sujet âgé en fin de vie admis aux urgences ?<br>(Contrainte d'un patient qui arrive aux urgences et qui ne veut pas mourir là)<br>Vous par rapport à cette situation emblématique,<br>Quel est votre rôle (vis-à-vis du patient, de ses proches, des soignants) ? |  |
|--|--|
| Pas forcément un exemple, mais bon, celui qui arrive qui est moitié mourant, on le met tout de suite à part, tout de suite à part, pour des soins de confort. On essaie de soulager la douleur s'il a mal, de veiller sur lui. On essaie   |  |

de repérer s'il y a des mesures qu'il a voulu prendre ou s'il a de la famille, d'où il vient aussi, pourquoi il a été envoyé aux urgences ? Des fois les maisons de retraite elles envoient aussi, on ne sait pas pourquoi. Mon rôle c'est de veiller à ce que le patient soit bien installé, qu'il n'ait pas mal, qu'il ne soit pas installé au milieu des brancards. Les soignants sont déjà sensibilisés à ça, ils le font naturellement.

**Quelles difficultés (relationnelles, techniques, organisationnelles, professionnelles, personnelles, éthiques) pouvez-vous rencontrer ?**

Les principales difficultés, on peut dire, c'est des fois au niveau médical, quand il est en fin de vie de l'aider pour pas qu'il est mal, l'aider à ne pas souffrir. Mais, il n'y a pas de difficultés à proprement dit. Je trouve que les gens sont de plus en plus sensibilisés à la fin de vie, aux soins palliatifs. Ce n'est pas encore trop trop difficile.

**Existe-t-il une étude sur les délais d'attente ? Savez-vous que plus l'âge augmente, plus les délais d'attente augmentent ?**

Bah, c'est lié à l'âge peut-être mais peut-être que c'est lié aussi à la pathologie. Il vient parce qu'il est âgé, qu'il n'a plus de structure, que l'hébergement ne veut plus de lui. Le sujet âgé aux urgences, il vient souvent parce qu'il a un peu de fièvre, une bronchite, où que la maison de retraite l'envoie. J'ai envie de dire, il ne vient pas parce pour une urgence vitale. Bien sûr que le pronostic vital va être engagé en venant aux urgences car il va attendre. Mais au départ, il ne vient pas parce qu'il a un truc grave qui va nécessiter d'être vu rapidement. Si c'est une urgence vitale, il sera pris tout de suite. C'est vrai que si on voit qu'il fait un arrêt cardiaque quand on l'accueille, bien sûr qu'il sera pris tout de suite. Malheureusement, quand c'est d'ordre social c'est pas urgent, malheureusement. Y'en a régulièrement des enquêtes sur les délais d'attente.

**80 % des Français déclarent vouloir passer leurs derniers instants chez eux, entourés par leurs proches. Qu'en pensez-vous ?**

C'est ce qu'ils disent, c'est ce qu'ils disent. Maintenant, quand ils ne sont pas bien ils viennent aux urgences ou alors ils envoient leur parent âgé aux urgences. Y'en a qui les emmène aux urgences parce qu'ils ne veulent pas qu'ils meurent chez eux. Y'a tous les profils. Bien sûr qu'on préfère mourir dans son lit, mais si on est dans son lit et qu'on souffre, bah on va aux urgences.

**Est-ce que des SP sont organisés dans votre service ?**

Oui, y'a une équipe, on peut les appeler, je le fais, ils sont réactifs, ils viennent, ça fonctionne bien

**Qu'est-ce que vous souhaiteriez mettre en place si cela n'est pas déjà fait ?**

Moi, je préférerais qu'ils aillent directement dans un secteur de fin de vie, une admission directe en soins palliatifs. Mais je sais bien que ce n'est pas possible. Enfin, ce n'est pas possible, disons que c'est pas fait car dès qu'ils sont libres les lits de soins palliatifs ils sont pris par d'autres gens. Ou alors qu'il y ait des lits en gériatrie disponibles pour, quand ils arrivent aux urgences. Des lits de réservés.

**Quels seraient les conseils que vous donneriez à une collègue cadre ?**

Les conseils se serait de s'occuper de la personne âgée, quelle qu'elle soit, qui arrive aux urgences. Sur un brancard, elle peut se dégrader. C'est sûr. Ils peuvent même mourir aux urgences parce qu'ils attendent trop longtemps. C'est ça surtout.

**Comment pouvez-vous décrire la réaction des soignants, y-a-t-il des réactions inappropriées, y-a-t-il un travail à faire pour aider l'équipe ?**

**Quelle est, pour vous, la plus grande difficulté que rencontre l'équipe soignante dans la prise en soins d'un patient en fin de vie ?**

Ils sont sensibilisés. Non, ça ne leur pose pas de soucis. Ou alors des réactions d'énervement parce qu'on ne s'occupe pas assez rapidement d'eux. C'est ça surtout.

**Est-ce que vous pensez que pour les soignants, mourir aux urgences a du sens ?**

**Dans ce cas, comment le management peut-il être mobilisé afin de redonner du sens au travail ?**

Ah non, ça n'a aucun sens de mourir aux urgences. Bien sûr, on ne devrait pas mourir aux urgences malheureusement on y meurt. On peut y mourir en tous cas. Alors là, c'est tout le problème des urgences. Qu'il y ait une filière, à la limite, directe pour les personnes âgées ou alors sensibiliser les médecins à la personne âgée, bien qu'ils soient sensibilisés aussi. Il y a de plus en plus de personnes âgées. C'est vrai, ou alors qu'il y ait un secteur de réservé pour les personnes âgées, comme y'a des secteurs pédiatriques à la limite qu'il y ait un secteur de personnes âgées. Y'a bien un secteur pédiatrique, pourquoi pas personnes âgées ? Comment on fait, hé bien parce qu'il y a des moments où il y a une prise en

charge correcte, et si la personne doit mourir elle aura été bien prise en charge. Y'a des moments où tout va mal et on a envie de tout, voilà, tout laisser tomber. Et, y'a des moments où tout vraiment se passe bien, ouais, ouais, on est contents d'avoir fait ce travail-là.

**D'une manière générale, êtes-vous satisfait des soins qui sont apportés aux patients en fin de vie ?**

Dans l'ensemble oui car je trouve qu'on fait de mieux en mieux les choses pour les patients en fin de vie.

**Avez-vous des éléments à rajouter, des questions que vous auriez aimé que je vous pose, des compléments d'information ?**

C'est assez complet, c'est fidèle à la réalité. Il y a peut-être un truc à faire dans les maisons de retraite, les EHPAD et tout ça. Savoir pourquoi, les personnes âgées, mourantes viennent.



## GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL CADRE C5

| <b>ENTRETIEN</b>             |            |
|------------------------------|------------|
| Durée                        | 40 minutes |
| Rappel anonymat              | Fait       |
| Accord pour l'enregistrement | Oui        |

| <b>PRESENTATION DU CADRE DE SANTE</b>  |   |
|--|---|
| Depuis combien de temps exercez-vous ?   | <b>10 mois</b>  |
| Et aux urgences ?  | <b>10 mois</b>  |
| Est -ce que c'est un choix ?   | <b>Non</b>  |
| Quel est votre cœur de métier ?  | <b>IDE</b>  |
| Etes-vous le seul cadre de santé du service ?  | <b>Non</b>  |
| Si non, pouvez-vous me présenter rapidement vos collègues ?<br>Et votre organisation au sein de ce collectif ? | <b>Une sur le secteur adulte<br/>Une sur le secteur pédiatrique</b> |
| Avez-vous une expérience ou une formation dans le domaine des soins d'urgences ? Laquelle ?                    | <b>Non sauf AFGSU</b>   |
| Avez-vous une expérience ou une formation dans le domaine gérontologique ? Laquelle ?                          | <b>IDE 5 ans en SSIAD gériatrique</b>                               |
| Avez-vous une expérience ou une formation dans le domaine des soins palliatifs ? Laquelle ?                    | <b>Non</b>  |

| <b>PRESENTATION DE LA STRUCTURE</b>  |  |
|--------------------------------------|--|
| Nombre moyen de passages journaliers | 120                                      |
| Nombre de LISP sur la structure      | Dans certaines spécialités (moins de 10) |

| <b>POUVEZ-VOUS M'INDIQUER CE QUI SE PASSE LORSQU'UN PATIENT AGE EN FIN DE VIE EST ADMIS ?</b> |     |
|---|-----|
| <b>Quand un sujet âgé arrive au SU</b>  |     |
| Y-a-t 'il une organisation particulière, formalisée, des réflexes, une tradition de service ? | Non |
| Y-a-t 'il une procédure ?   |     |

| <b>Dans l'établissement y-a t 'il une filière gériatrique ?</b> |  |
|---|--|
| Comment les évènements se déroulent ?                           | Oui, il y a un médecin et une infirmière, présents aux staffs lors des transmissions médicales à la relève de la garde et puis, prennent en charge les patients fléchés gériatrique.<br>Ils font partie de l'UMG, ils viennent tous les matins. Ils viennent plus spécifiquement sur les lits portes et prennent en charge les patients qui sont étiquetés « portes », qui sont là depuis plus de 6 heures. Ils ne s'occupent pas du tout des patients en box. |

| <b>Si le diagnostic de fin de vie est posé, quel est votre rôle ?</b>  |
|--|
| <p>Pour l'instant, mon rôle c'est de soutenir l'équipe, de parler de la prise en charge avec eux, de voir comment faire au mieux, mon rôle s'arrête à peu près là. Mon rôle est aussi d'organiser des formations professionnelles et en général j'ai un binôme IDE/AS qui part chaque année, une formation soins palliatifs. C'est une formation longue durée, qui est faite chez nous, et qui dure une dizaine de jours. Je ne le pense pas de manière à former toute l'équipe mais pour les personnes qui sont déjà intéressées dans un premier temps. On a des gens pour qui les soins palliatifs c'est vraiment quelque chose de compliqué, qui ont besoin de cette formation et qui en ont envie, et il y a des gens qui sont très intéressés par les soins palliatifs et qui sont partie prenante. Moi, je réponds vraiment à la demande et j'invite les gens pour lesquels je vois qu'il y a un problème lors de l'évaluation. En fonction des besoins ressentis. Ce sera des personnes ressources.</p> |

|   |
|---|
| <p><b>Avez-vous un exemple emblématique d'un sujet âgé en fin de vie admis aux urgences ? (Contrainte d'un patient qui arrive aux urgences et qui ne veut pas mourir là)<br/>Vous par rapport à cette situation emblématique,</b></p> |
|---|

**Quel est votre rôle (vis-à-vis du patient, de ses proches, des soignants) ?**

Ce n'est pas anecdotique, ça nous arrive régulièrement. Maintenant on a des chambres seules. Avant, parce que moi je connaissais le service parce que j'étais dans un service d'aval, les urgences étaient connues et reconnues comme accueillant tout le monde mais faisant très très vite monter les patients en fin de vie dans les unités de soins pour qu'ils soient bien pris en charge, qu'ils ne soient pas au milieu d'un couloir. Maintenant que nous avons des chambres seules et plutôt agréables, on garde les patients chez nous. Les chambres seules c'est sur les lits porte. Je gère les deux : urgences adultes avec l'UHCD.

La situation emblématique c'est une personne âgée en fin de vie mais en fin de vie imminente. On essaie de faire au mieux pour la famille, pour le patient, mais aussi pour sa famille. Si on voit que c'est une fin de vie imminente, on installe au plus rapidement le patient dans une chambre pour que la famille puisse être avec lui et que ses dernières heures soit le plus confortables possible. On a dans notre secteur, une société, en prêt, un prestataire extérieur, qui nous loue des matelas anti-escarre pour qu'il soit le plus confortable possible.

Mon rôle c'est de pouvoir installer le patient et accueillir la famille.

**Quelles difficultés (relationnelles, techniques, organisationnelles, professionnelles, personnelles, éthiques) pouvez-vous rencontrer ?**

Les difficultés, vraiment dans un premier temps, le manque, il a vraiment un manque, je ne sais pas si c'est de connaissances. Je ne sais pas comment le verbaliser. Les équipes qui travaillent aux urgences ne sont pas du tout dans la dynamique d'une fin de vie. C'est des professionnels qui viennent travailler aux urgences car ils ont envie de voir plein de pathologies différentes, et sont pas du tout dans une dynamique de palliatif. Et donc pour eux c'est vraiment quelque chose d'assez difficile de devoir prendre quelqu'un en charge au niveau palliatif. Petit à petit, ça fait 4 ans que ce service a déménagé et que le service a des chambres seules, dans la douleur et de force, ils ont dû s'y faire et apprendre à composer avec. Ce n'est jamais un moment très agréable. C'est difficile dans l'accompagnement de l'équipe. On n'a pas beaucoup de soutien au niveau de l'hôpital et c'est parfois difficile. Après au niveau des patients, on n'a pas les effectifs palliatifs donc... on a pas forcément le temps qu'on voudrait leur accorder. Après au niveau logistique on n'a pas les locaux adaptés pour que la famille soit dans des locaux, c'est des locaux neufs, mais c'est pas des locaux faits pour ça, on n'a pas de salon de famille. Là c'est une petite chambre et une fois, qu'on a mis trois chaises et bien voilà c'est tout, ce n'est pas très confortable non plus. Et puis après au niveau matériel, on n'est pas hyper bien équipés non plus pour ce genre de prises en charge. Pour avoir juste un petit bâtonnet pour les soins de bouche c'est une galère, on n'a pas pour la prévention des escarres, on a une crème et puis c'est tout. Ça rajoute une difficulté de ne pas avoir le matériel. Ce n'est pas référencé sur l'hôpital. Peut-être que les services étiquetés avec des lits de palliatifs ont plus de chance que nous, avec une dotation. Ça ne répond pas à notre demande.

**Existe-t-il une étude sur les délais d'attente ? Savez-vous que plus l'âge augmente, plus les délais d'attente augmentent ?**

Ça ne me dit rien du tout

**80 % des Français déclarent vouloir passer leurs derniers instants chez eux, entourés par leurs proches. Qu'en pensez-vous ?**

Normal. J'en pense qu'il faudrait qu'on demande aux familles. C'est surtout ça qui serait intéressant parce que c'est sûr tout le monde veut mourir chez soi. Moi ce que je vois avec les familles c'est qu'elles ne sont pas prêtes à ça. Dans l'idéal, dans l'image ça fait bien, le papy, la mamie, dans son lit, chez lui, entouré de ses enfants sauf qu'il faut pouvoir le supporter et que très peu de personnes sont prêtes à ça. De revenir dans un appartement où quelqu'un est mort.

**Est-ce que des SP sont organisés dans votre service ?**

Non. Les équipes mobiles ne viennent pas aux urgences, ni aux lits portes. C'est un problème relationnel d'équipe médicale. Avant, dans le service de chirurgie, j'avais le même problème, le chef de service ne supportait pas que l'équipe de soins palliatifs intervienne.

**Qu'est-ce que vous souhaiteriez mettre en place si cela n'est pas déjà fait ?**

Pour les soins palliatifs aux urgences, ce que j'aimerais mettre en place, c'est une vraie procédure. A partir du moment où on reçoit un patient en soins palliatifs, de quel soin cette personne a besoin. C'est quelque chose que j'envisage mais pas tout de suite. Il y a très peu de personnes formées pour l'instant. Donc, créer une vraie procédure sur les soins spécifiques que nécessite une personne sur les soins palliatifs, les attentions spécifiques qu'on peut apporter à l'entourage et après sur des situations particulières. Je pense que ça vaut le coup, pour l'équipe, d'en parler, de s'exprimer à ce sujet parce que je pense que c'est une vraie souffrance pour eux. Donc après on en parle maintenant de façon informelle, autour d'un café. Je pense qu'on a quelque chose à faire. Ce n'est pas forcément un choix de vivre cette situation là en venant travailler aux urgences.

**Quels seraient les conseils que vous donneriez à une collègue cadre ?**

Etre proche de son équipe, être à l'écoute. Ça ça marche en général, et peut-être que l'équipe que j'encadre est peut-être différente des autres, je n'en sais rien, j'ai pas l'expérience dans d'autres services, peut-être que d'autres équipes sont plus enclins à travailler dans le soin palliatif, c'est ma solution, pour l'équipe de j'encadre moi. En tous cas moi ce n'est pas le cas. Et le conseil c'est vraiment de répondre à la demande de l'équipe. Après, je n'ai pas de conseils à donner à d'autres cadres. C'est vraiment d'écouter son équipe. Il suffit de répondre à ses attentes.

**Comment pouvez-vous décrire la réaction des soignants, y-a-t-il des réactions inappropriées, y-a-t-il un travail à faire pour aider l'équipe ?**

**Quelle est, pour vous, la plus grande difficulté que rencontre l'équipe soignante dans la prise en soins d'un patient en fin de vie ?**

De venir travailler dans un service d'urgence car ça ne correspond pas à des soins d'urgence en tant que tel. Et puis, la frustration du temps qu'on peut offrir à ces gens-là, ou plutôt qu'on ne peut pas leur offrir. Les soignants sont en colère sur la prise en charge, ils sont en colère sur la façon dont on a géré la situation parce que le patient est décédé, parce qu'on n'a pas pu lui accorder le temps qu'on voulait, et donc ils sont en colère contre les médecins d'avoir laissé le patient là. Voilà, ils sont en colère. Et, c'est la frustration de ne pas avoir pu mieux faire, parce qu'ils ne sont pas formés à ça.

**Est-ce que vous pensez que pour les soignants, mourir aux urgences a du sens ?**

**Dans ce cas, comment le management peut-il être mobilisé afin de redonner du sens au travail ?**

Non. De manière informelle avec le café. Avec des outils par le biais de formations.

C'est replacer les soignants face à leur rôle propre. C'est expliquer que, un soignant est là pour prendre en charge les patients, de plus, aux urgences tous les patients. Donc c'est vraiment un rappel du rôle propre de chacun et un accompagnement et médical et paramédical. C'est hyper important. Je pense. Quand je suis arrivée, il y avait des pratiques historiques, je vais être très dure, mais les fins de vie étaient montées dans les services, on ne mourait pas aux urgences. Et ça c'était assigné par les médecins aussi qui ne voulaient pas. On n'avait pas les locaux je suis d'accord mais quand même. On sauve des vies, on ne fait pas mourir des gens. Et ça, ça a été véhiculé par l'équipe médicale et l'équipe paramédicale a suivi exactement le même tempo. Moi, je travaille avec une équipe médicale qui n'a pas du tout cet état d'esprit. Oui, on peut mourir aux urgences, on n'a pas besoin d'aller dans un lit d'hospitalisation, si c'est pour y passer 4 heures. Autant être tranquille dans une chambre, apaisé avec sa famille, et ne pas parcourir tous les sous-sols de l'hôpital. Autant avoir les soins de confort qu'on veut, et ne pas être sur un brancard. Et, ça je trouve ça très bien. Après c'est un changement de mentalités, un changement de pratiques. Le changement c'est pas évident. La résistance au changement. Et, le rôle c'est d'accompagner l'équipe à réfléchir autrement dans leur implication auprès des patients.

**D'une manière générale, êtes-vous satisfait des soins qui sont apportés aux patients en fin de vie ?**

L'uhcd ce n'est pas très chaleureux.

Concrètement, je ne peux pas vous dire que je suis satisfaite. Non, je ne peux pas vous dire oui. On fait ce qu'on peut avec ce qu'on a. On fait au mieux. Mais je ne peux pas dire que je sois satisfaite ce serait mentir. Quand il y a une personne en fin de vie, n'importe où, il peut y avoir 5 ou 10 personnes dans la chambre, moi, ça ne me dérange pas, au contraire on a besoin d'être soudés. Chez nous, c'est très compliqué, on passe nous avec nos patients sur des brancards, au milieu de familles en pleurs. Pour le patient oui, mais pas pour la famille. La fin de vie c'est tout ça. Et une procédure n'y changera rien. Ce n'est pas le meilleur endroit pour mourir après je ne suis pas sûre qu'il y a un bon endroit pour mourir. Pour la famille c'est violent de mourir aux urgences. Même si c'est en UHCD, notre service, il est collé, donc pour la famille, je trouve ça très violent. Après c'est à nous de faire au mieux pour les accompagner. En général, on ne s'en sort plutôt pas mal, mais je suis pas satisfaite.

**Avez-vous des éléments à rajouter, des questions que vous auriez aimé que je vous pose, des compléments d'information ?**

Non

## GUIDE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL CADRE C6

| <b>ENTRETIEN</b>             |            |
|------------------------------|------------|
| Durée                        | 40 minutes |
| Rappel anonymat              | Fait       |
| Accord pour l'enregistrement | Oui        |

| <b>PRESENTATION DU CADRE DE SANTE</b>  |  |
|--|--|
| Depuis combien de temps exercez-vous ?   | 2009   |
| Et aux urgences ?  | 2009   |
| Est -ce que c'est un choix ?   | Oui  |
| Quel est votre cœur de métier ?  | IDE  |
| Etes-vous le seul cadre de santé du service ?  | Non  |
| Si non, pouvez-vous me présenter rapidement vos collègues ?<br>Et votre organisation au sein de ce collectif ? | 2 cadres de santé, sont polyvalentes mais spécificités de gestion des ressources humaines définies pour chacune) |
| Avez-vous une expérience ou une formation dans le domaine des soins d'urgences ? Laquelle ?                    | Pas d'expérience mais formatrice CESU  |
| Avez-vous une expérience ou une formation dans le domaine gériatrique ? Laquelle ?                             | Non  |
| Avez-vous une expérience ou une formation dans le domaine des soins palliatifs ? Laquelle ?                    | Formation accompagnement et soins palliatifs   |

| <b>PRESENTATION DE LA STRUCTURE</b>  |     |
|--------------------------------------|-----|
| Nombre moyen de passages journaliers | 130 |
| Nombre de LISP sur la structure      | 10  |

| <b>POUVEZ-VOUS M'INDIQUER CE QUI SE PASSE LORSQU'UN PATIENT AGE EN FIN DE VIE EST ADMIS ?</b> |  |
|---|--|
| <b>Quand un sujet âgé arrive au SU</b>  |  |
| Y-a-t-il une organisation particulière, formalisée, des réflexes, une tradition de service ?  | <p>On va être très clair, tout dépend du contexte. Nous avons fait un gros travail au sein du centre hospitalier et pas que des urgences, pour organiser une réflexion de niveau de soins. Donc nous avons utilisé l'échelle recommandée de niveau 1 à 4. 1 étant le niveau de soins le plus fort avec tous les gestes de réanimation, donc tous les soins les plus invasifs pouvant être faits. Au niveau 4 où on passe sur des soins palliatifs. Avec des procédures bien sûr, de prescriptions médicales, de collégialité, de rencontre des familles, et de recueil du consentement du patient, si c'est possible.</p> <p>Quand un niveau de soin est posé, ça nous oriente dans la prise en charge, vous imaginez bien.</p> <p>Quand les patients viennent d'un site extérieur en lien avec notre établissement, il y a de nouveau une réflexion entre le médecin urgentiste et le médecin qui suit ce patient pour réévaluer le niveau de soins qui avait été posé.</p> <p>Pour les patients qui ne sont pas de notre établissement, il y a systématiquement déjà un appel à l'équipe pour connaître si le DLU n'est pas suffisamment exhaustif (niveau d'autonomie), recueillir les souhaits du patient et d'un point de vue paramédical et médical. Voir le niveau de soins qu'on peut fixer en fonction de l'antériorité, de ce qui a pu être décidé. Une de nos difficultés réelles, c'est la transmission et la continuité de l'information entre les établissements et le SU. Les DLU sont très hétérogènes, et parfois les informations aigües, ce qui a amené le patient aux urgences est très difficilement trouvable. On peut avoir un nombre important d'informations, de transmissions de la vie quotidienne et pas du tout pertinentes sur la situation qui a motivé le recours aux urgences. La disparité des DLU... ils sont présents sur la totalité des admissions mais la pertinence est plus ou moins selon les logiciels. Et c'est comme ça que peut se mettre en place une procédure (décision de réanimation, de geste invasif ou de soins palliatifs). C'est une procédure qui date de plusieurs années.</p> |
| Y-a-t-il une procédure ?  |  |

**Dans l'établissement y-a t 'il une filière gériatrique ?**

Comment les évènements se déroulent ?

Oui, une unité de court séjour gériatrique et une équipe mobile de gériatrie. L'UMG ne se déplace pas aux urgences mais sur les lits d'UHCD.

**Si le diagnostic de fin de vie est posé, quel est votre rôle ?**

Vous sous-entendez que la fin de vie est un diagnostic. Je ne sais pas si la fin de vie est un diagnostic, en tout cas pas à mon sens. Je pense que le diagnostic ça va être la décompensation aiguë d'un patient souvent âgé et poly pathologique ; le diagnostic c'est qu'est-ce qui amène un patient âgé, fragile, peut-être poly pathologique ou pas à décompenser, et quels soins on peut lui proposer pour être le plus respectueux possible de ses souhaits et trouver le bon positionnement du curseur entre l'acharnement thérapeutique et la fin de vie. L'équipe nous sollicite nous les cadres, notamment pour la coordination avec les partenaires extérieurs, équipe mobile ou unité de soins palliatifs, pour limiter le temps de passage au maximum, pour accueillir la famille, créer un lieu de rencontre équipe/médecin/famille et organiser au mieux la suite de la prise en charge.

**Avez-vous un exemple emblématique d'un sujet âgé en fin de vie admis aux urgences ?**

**(Contrainte d'un patient qui arrive aux urgences et qui ne veut pas mourir là)**

**Vous par rapport à cette situation emblématique,**

**Quel est votre rôle (vis-à-vis du patient, de ses proches, des soignants) ?**

Un exemple non, mais des situations récurrentes de transport en ambulance de patients dans des situations précaires et instables. C'est très fréquent. Ils sont transportés dans le cadre d'une décompensation somatique qui met en jeu leur pronostic vital, ça peut être une insuffisance respiratoire, une pneumopathie, une insuffisance rénale et en dehors de toute cause traumatologique bien sûr.

**Quelles difficultés (relationnelles, techniques, organisationnelles, professionnelles, personnelles, éthiques) pouvez-vous rencontrer ?**

Trouver un lit d'hospitalisation, ou organiser un retour de façon coordonnée. Il faut réfléchir à des situations différentes ; il faut prendre en compte le jour de présence des cadres, la relation de cadre à cadre peut permettre de recenser l'environnement... mais quand il est 3 heures du matin, et qu'il n'y a ni cadre ni IDE sur le lieu de vie, le recueil d'information est plus difficile. Il faut en tenir compte. Il y a des choses qu'on peut mettre en place en journée ou en semaine. Forcément, de cela va en découler des prises en charge différentes ; j'entends une hospitalisation plutôt qu'un retour sur le lieu de vie, pas de recours à l'EMSP, la nuit, le dimanche.

**Existe-t-il une étude sur les délais d'attente ? Savez-vous que plus l'âge augmente, plus les délais d'attente augmentent ?**

Vous avez déjà travaillé dans un service d'urgences. D'accord...

Mais, il faut réfléchir, car selon moi, c'est quelles sont les causes. Déjà, tous les patients qui viennent aux urgences se sentent dans la légitimité d'avoir recours à un SU. Notre rôle à nous c'est de trier avec nos connaissances et grâce au poste stratégique que nous avons l'IOA trier les degrés d'urgence ; on n'est pas dans l'urgence vitale ou ressentie, pas du tout. Tous le patient qui viennent ici en ressentent le besoin.

Qu'est ce qui amène un patient âgé aujourd'hui aux urgences ? c'est poly factoriel. Qu'elle est l'accessibilité d'un SU au plateau technique, très dépendant d'un établissement à l'autre, au laboratoire, aux lits d'aval, et bien chez nous un patient âgé, c'est le temps de passage qui est priorisé. En attendant une montée dans les services c'est savoir, les mettre dans un lit, même au milieu des urgences, c'est s'équiper avec des fauteuils, très confortables, électriques, qui permettent de changer les points d'appui en appuyant sur la télécommande, c'est organiser des filières de partenariats en travaillant sur l'aval sur les sorties le matin et c'est aussi pouvoir faire tourner ses lits d'UHCD et maintenir une DMS à 1. Encore heureux que ça ébranle nos valeurs de soignant de rester sur des brancards. A partir de 6 heures aux urgences, on augmente la morbi-mortalité d'un patient âgé aux urgences. C'est de notre responsabilité de faire sortir les patients d'UHCD le matin. Nous on est à maximum 1 jour. Plus on fluidifie nos parcours, plu le temps de passage se réduit pour nos patients et moins on augmente la morbi-mortalité.

**80 % des Français déclarent vouloir passer leurs derniers instants chez eux, entourés par leurs proches. Qu'en pensez-vous ?**

Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise, bien sûr, mais la réalité c'est que les patients ils meurent où ? A L'hôpital. C'est comme ça. Et le domicile, sur la toute fin, ça peut faire peur. Et dans les établissements, vous n'êtes pas sans savoir, qu'y'a pas d'infirmière. Est-ce que c'est une histoire de responsabilité, de manque de formation, d'anticipation. Mais ça c'est un autre dossier. Moi, j'ai déjà été surprise, de voir, que quand on ouvre les portes de l'ambulance parfois c'est leur dernier souffle, et c'est triste, très triste, dans un service où on ne connaît personne.

**Est-ce que des SP sont organisés dans votre service ?**

Déjà abordé

**Qu'est-ce que vous souhaiteriez mettre en place si cela n'est pas déjà fait ?**

Je n'ai pas de baguette magique, mais je me dois d'être force de proposition. Des objectifs inatteignables c'est contre-productif de s'en fixer. Que les équipes qui connaissent les patients, que le projet de vie soit écrit et transmis serait un bel objectif.

**Quels seraient les conseils que vous donneriez à une collègue cadre ?**

Aucun.

**Comment pouvez-vous décrire la réaction des soignants, y-a-t-il des réactions inappropriées, y-a-t-il un travail à faire pour aider l'équipe ?**

**Quelle est, pour vous, la plus grande difficulté que rencontre l'équipe soignante dans la prise en soins d'un patient en fin de vie ?**

J'ai de la chance, j'ai une équipe stable, depuis de nombreuses années, peu de nouveaux arrivants, donc ils ont pu acquérir de solides expériences. On est toujours ébranlés. Les équipes sont formées, sur l'accompagnement aux soins palliatifs. Et la possibilité d'un entretien de debriefing quand c'est trop compliqué. Une bonne cohésion d'équipe permet de passer les moments difficiles.

**Est-ce que vous pensez que pour les soignants, mourir aux urgences a du sens ?**

**Dans ce cas, comment le management peut-il être mobilisé afin de redonner du sens au travail ?**

La réponse n'est jamais linéaire. Je pense qu'un cadre aujourd'hui doit rechercher de manière pluri factorielle les causes. Jamais, jamais c'est un lien de cause à effet unique. C'est toujours plurifactoriel. Ça passe par beaucoup d'échanges, en équipe pluri professionnelle, et j'insiste. Et c'est l'addiction de tous ces points de vue et ses connaissances qui permet de retrouver les causes. Pas un management pyramidal, avoir un vrai management empathique, bienveillant et participatif : laisser les équipes être force de proposition, c'est ça la force d'un cadre. Le cadre c'est le « jardinier des ressources humaines » savoir identifier les expertises, les spécificités pour pouvoir les mêler les additionner ça donne une force exponentielle. C'est dans le leadership. Et là vous arriver à faire briller vos équipes, pas vous. C'est un environnement complexe où on est le garant du sens donné aux équipes, nous les cadres, on doit être le traducteur, le communicant, en tous cas celui qui donne du sens, même les contraintes, le pourquoi du comment. Mais il faut donner du sens pour que ce soit accepté

Bien sûr qu'on est en colère. Qu'est-ce qu'on peut faire la prochaine fois pour que ça se passe mieux ? qu'est ce qui nous a amené à être en échec. J'entends que vous n'êtes pas satisfait, qu'est-ce qu'on fait pour s'améliorer ?

Moi, j'utilise beaucoup les crex, les analyses professionnelles. Moi, je suis formée à la simulation en santé, donc j'utilise beaucoup cet outil, l'analyse parcours du patient, être informé de toutes les fiches d'évènements indésirables. On travaille beaucoup en groupe de travail, et les propositions elles viennent de l'équipe, pas que de la cadre.

**D'une manière générale, êtes-vous satisfait des soins qui sont apportés aux patients en fin de vie ?**

Oui, d'autant plus que la mise en place du niveau de soins, nous a permis de beaucoup progresser.

**Avez-vous des éléments à rajouter, des questions que vous auriez aimé que je vous pose, des compléments d'information ?**

Non

# Diplôme de Cadre de Santé

## DCS@16-17

### Mémoire

#### La fin de vie de la personne âgée aux urgences Un enjeu managérial pour le cadre de santé

Géraldine CHIROL

#### **MOTS CLÉS**

Patient âgé, fin de vie, service d'urgence, cadre de santé, sens, collectif cadre

#### **KEY WORDS**

Elderly patient, end-of-life, emergency department, nurse managers, meaning, collective approach

### RÉSUMÉ

La campagne nationale d'information sur la fin de vie à destination des professionnels de santé et du grand public signale une volonté de communiquer sur nos droits. Les services d'urgences reflètent le temps de l'immédiateté des soins techniques. Le temps du soin palliatif et de la fin de vie accorde une temporalité différente. La fin de vie aux urgences d'un patient âgé est un sujet d'actualité. Mon questionnement managérial repose sur la nécessité de redonner du sens à des équipes hospitalières d'un service d'urgences qui œuvrent au sauvetage de la vie et qui sont confrontées ici à un accompagnement singulier. Je me suis entretenue avec des cadres de santé de services d'urgences afin d'étayer mes recherches et comprendre le rôle de leur management. Ils m'ont livré la situation de leurs services respectifs. J'ai pu connaître la perception en lien avec l'accueil d'un sujet âgé en fin de vie, le sens qui est donné et la nature de leurs difficultés. J'ai pu mesurer l'écart entre ce que j'avais pu identifier comme problématique et comme solution éventuelle avec les stratégies mises en œuvre. Ainsi, les cadres de santé identifient la nécessité d'agir, de devoir s'adapter à la situation démographique tout en accompagnant les équipes et en garantissant la qualité et la sécurité des soins. Manager par le sens est une des possibilités. Je crois qu'il n'existe pas une mais des solutions et que promouvoir le collectif cadre est un levier non négligeable.

### ABSTRACT

The nationwide information campaign about end-of-life for healthcare professionals and to the public shows a willingness to communicate about our rights. Emergency services reflect the importance of immediacy of technical care. The time of palliative care and of the end-of-life corresponds to a different time frame. The emergency treatment of an end-of-life elderly patient is a hot topic. My managerial questioning is based on the need to restore meaning to hospital teams in emergency departments who work to save lives and who are confronted with a unique support situation. I have spoken to the nurse managers of emergency departments in order to support my research and understand the role of their management. They informed me of the situations in their respective departments. I was able to understand their perception in relation to the reception of end-of-life elderly subjects, the meaning used with regard to the nature of their difficulties. I was able to see the gap between what I have identified as problematic with possible solutions alongside implementation strategies. So, the nurse managers identify the need for action, the need to adapt to the demographic situation as well accompanying the teams while safeguarding the quality and the safety of care. Giving meaning as a management tool is one of the possibilities. I do not think it is the only solution but one of many and that to promote the nurse manager's collective approach as an important lever.