

Mise au point

Fin de vie aux urgences

Death of terminally ill patients in the emergency department

B. Tardy *, A. Viallon

Service d'urgences et de réanimation, hôpital de Bellevue, boulevard Pasteur, CHRU de Saint-Étienne, 42055 Saint-Étienne cedex 02, France

Résumé

En France, l'admission aux urgences de patients en fin de vie n'est pas rare et représente 4 à 8 % des décès survenant à l'hôpital. Dans la majorité des cas, ces patients sont adressés de leur domicile aux urgences par leur propre médecin traitant et décèdent aux urgences au cours des premières 24 heures. À l'admission aux urgences, plus d'un tiers de ces patients en fin de vie subissent des traitements intensifs inappropriés. Bien évidemment, ces conditions de mort aux urgences sont inacceptables pour les patients et leurs familles. Personnels infirmiers et médecins urgentistes se sentent isolés et dépourvus face à la prise en charge de ces patients en fin de vie. Cette situation traduit une faillite à tous les niveaux du système de prise en charge de patient en évolution terminale d'une pathologie chronique évolutive. Il existe à l'évidence un déficit d'information des patients et/ou de leur famille sur le stade évolutif de leur maladie et un déficit de prise en charge coordonnée entre les médecins traitants et les médecins spécialistes en charge du patient. L'enseignement et la formation à la faculté et à l'hôpital de tous les médecins concernant les fins de vie et les soins palliatifs sont pour le moins insuffisants. Une réforme de la prise en charge de ces patients est en cours qui, nous l'espérons contribuera à ce que la mort aux urgences de ces patients en fin de vie devienne exceptionnelle.

© 2005 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

In France, admission to emergency department (ED) of terminally ill patients is not uncommon and concerned 4 to 8% of deaths observed in hospital. In majority of cases, terminally ill patients are sent from home to emergency department by their family doctors. Death of these patients occurs also in ED for the majority following the first 24 hours after admission. Excessive intensive therapies are practiced in more than one third of them before their death. For patient himself and his family, these conditions of death are not acceptable. Feelings of isolation and unprepared by end of life care are frequently reported by emergency doctors and nurses. Numerous failures of terminally ill patients care system explained that the deaths of these patients occur in ED. Patients and their family failed to be informed about the inexorable fatal evolution of their disease. Continuity care programs including family doctors are insufficiently developed for the patients with an advanced or terminal phase of a life threatening disease. University education and hospital training formation fail to prepare medical doctors to the end of life of patients. A national palliative care program is currently developed and we hope that it will contribute to the death of a terminally ill patient in ED becoming an unusual case.

© 2005 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Service des urgences ; Fin de vie ; Mort ; Soins palliatifs ; Limitations des soins

Keywords: Emergency department; Death; Terminally ill; End of life care; Palliative care; Withholding treatment

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : bernardtardy@yahoo.fr (B. Tardy).

1. Introduction

« Accueillir sans sélection, 24 heures/24, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitales » est la mission légalement définie des services d'urgences. Environ 2 à 3 % des patients admis aux urgences présentent des pathologies aiguës mettant en jeu leur pronostic vital et/ou nécessitant des actes de réanimation. Il n'est pas surprenant qu'un certain nombre de ces patients décèdent aux urgences notamment lors d'échec thérapeutique et/ou d'évolution rapidement fatale d'une affection aiguë.

Depuis une dizaine d'années, il est apparu qu'un certain nombre de patients en fin de vie étaient également admis et décédaient dans les services d'urgences français [1,2]. Ces patients présentent une pathologie chronique évolutive au pronostic à court terme défavorable en terme d'espérance de vie ou d'aggravation de la dépendance [3]. Ils sont adressés aux urgences dans la majorité des cas soit pour une aggravation aiguë témoignant de l'évolution terminale de leur maladie soit une affection aiguë intercurrente. Proposer à de tels patients, une fin de vie aux urgences, pourrait apparaître inimaginable, mais au regard du nombre de communications faites au congrès de la Société francophone de médecine d'urgence (SFMU) et de la Société de réanimation de langue française (SRLF) l'admission de patients en fin de vie aux urgences semble bel et bien devenue aujourd'hui une réalité.

Pour autant, quelle est la fréquence de cette situation ? D'où proviennent ces patients en fin de vie ? Qui les adresse aux urgences et pourquoi ? Dans quel délai ces patients décèdent-ils aux urgences ? Quels types de soins sont prodigués à ces patients ? Que pensent les malades, les familles, le personnel médical et paramédical de ces admissions ? Autant de questions auxquelles nous allons tenter d'apporter des éléments de

réponse mais qui d'emblée montrent clairement la complexité de la question des patients en fin de vie aux urgences.

2. Fréquence des patients en fin de vie aux urgences

Le nombre de patients en fin de vie adressés aux urgences ne peut être estimé à l'heure actuelle que par l'estimation du taux de décès aux urgences de ces patients. En effet, c'est surtout l'incidence des décès survenus aux urgences lors d'hospitalisation dans un contexte de fin de vie qui a été étudiée en France. Il est évident qu'un certain nombre de ces patients sont dirigés avant leur décès vers d'autres unités d'hospitalisation. Seule une étude mentionne que 50 % des patients en fin de vie admis aux urgences sont hospitalisés dans une unité de courte durée (UHCD) [1], la destination des autres 50 % n'étant pas précisée. À l'opposé des études nord-américaines, la fréquence des décès toute cause d'admission confondue dans les services d'urgences français est peu rapportée dans la littérature. Tout récemment d'ailleurs, au 26^e congrès de la SRLF en 2003, la survenue d'un décès aux urgences était rapportée comme fréquente dans une communication et comme rare dans la communication suivante [4,5]. Les données disponibles [1,2,6,7] semblent rapporter une fréquence de décès voisine de 0,2 % par rapport au nombre d'admissions (Tableau 1). Compte tenu du nombre considérable de consultations aux urgences (13,4 millions de passages sur 616 sites d'urgences en 2001), cette donnée est peu informative en elle-même. Aucune donnée n'est actuellement disponible pour estimer cette fréquence par rapport à la gravité initiale des patients admis aux urgences. Cependant, rapportée au nombre de patients hospitalisés via les urgences [2,8] ou rapportée au nombre de décès hospitaliers pendant la même période considérée [1,2,9], l'incidence des décès aux urgences augmente singulièrement, de l'ordre respectivement de 0,4 à 0,6 % et de 4 à 8 % (Tableau 1). Parmi ces décès survenant aux urgences, la part des patients considérés en fin de vie, semble, quant à elle, assez démesurée allant

Tableau 1
Fréquence des décès dans les services d'urgence en France

Auteurs (référence)	Ville (type d'établissement)	Période analysée	Total des décès à l'hôpital	nb de décès aux urgences/nb de décès hospitalier (%)	nb de décès/nb de patients admis au SAU (%)	nb de décès/nb de patients admis au SAU et hospitalisés	nb de décès « fin de vie »/nb de décès au SAU
Cheneau [9]	Creteil (CHU)	1990	1280	242/1280 ^a (18,9 %)			78/242 (35,5 %)
Dequin [7]	Tours (CHU)	1996			46/12800 (0,36 %)		10/46 (22 %)
Roupie [1]	Multicentrique ^b (19 CHU, deux CHR, 30 CHG)	un mois en 1997	3145	248/3145 (7,8 %)	248/120399 (0,2 %)		43/248 (17 %)
Tardy [2]	St Etienne (CHU)	1997–1999	4063	159/4063 (4 %)	159/106554 (0,1 %)	159/39015 (0,4 %)	56/159 (35,2 %)
Rothman [6]	Metz (CHR)	1998–2000			228/112552 (0,2 %)		59/227 (26 %)
Kummerlen [5]	Strasbourg (CHU)	2000–2001				73/13010 (0,6 %)	

Nb : nombre ; SAU : service d'accueil des urgences, CHU : centre hospitalo-universitaire ; CHR : centre hospitalier régional.

^a Ce taux comprend les décès enregistrés y compris dans une unité de médecine générale rattachée directement au service d'accueil des urgences et de l'unité d'hospitalisation de courte durée.

^b Parmi les 54 centres ayant participé à cette étude, sept étaient situés en Belgique.

du quart au tiers des décès enregistrés (Tableau 1). Ces taux, stables depuis 15 ans, témoignent de la réalité des admissions de patients en fin de vie aux urgences.

3. D'où proviennent les patients admis en fin de vie aux urgences

La provenance des patients en fin de vie adressés aux urgences est également très peu rapportée [2,10]. Il semble que, dans près de la majorité des cas, ces patients viennent de leur domicile (Tableau 2). Aucune étude ne permet cependant de connaître le pourcentage de ces patients bénéficiant d'une structure de type hospitalisation à domicile. Les maisons de retraite médicalisées ou non représentent un quart environ des lieux de provenance et de façon tout à fait surprenante et cohérente entre les deux études [2,10], un quart également des patients en fin de vie sont adressés par des services hospitaliers appartenant ou non au même centre hospitalier que le service d'urgences.

4. Qui adresse les patients en fin de vie aux urgences ?

Là encore, les quelques études réalisées [2,4,10,11] montrent toutes que la majorité des patients en fin de vie sont adressés aux urgences par leur propre médecin traitant, les autres patients étant adressés à parts égales par le Samu ou des médecins libéraux non habituellement en charge du patient (Tableau 2). Ces résultats mériteraient d'être pondérés selon les circonstances d'admission. Le Samu et les médecins libéraux de garde sont sollicités vraisemblablement le plus souvent durant les horaires de nuit, les week-end et les jours fériés. Cependant, ces résultats montrent à l'évidence un dysfonctionnement du système d'autant plus que respectivement 40 et 60 % des patients en fin de vie avaient déjà été hospitalisés la semaine ou le mois précédant l'admission aux urgences [7]. Dans près de 80 % des appels au Samu concernant des patients identifiés comme relevant de soins palliatifs, une équipe mobile d'urgence est envoyée. La moitié de ces patients sont secondairement rapatriés à l'hôpital dont huit fois sur dix aux urgences [12,13]. Enfin, bien que la famille (ou les proches) soit à l'ori-

gine des demandes d'intervention médicale sur place, aucune étude ne permet de connaître la part de ces familles dans la décision d'admission aux urgences.

5. Quels sont les motifs d'admission des patients en fin de vie aux urgences ?

Dans l'immense majorité, les patients en fin de vie adressés aux urgences présentent soit une néoplasie évolutive en échec thérapeutique, soit un état grabataire secondaire à diverses pathologies neurologiques (accident vasculaire cérébral, démence...) ou cardiopulmonaires [1,2,8,11]. L'apparition d'une « détresse » respiratoire ou de trouble de conscience semble être les motifs d'admission les plus fréquents aux urgences [1,2,5,13]. Bien que souvent conscientes de l'évolution fatale, les familles souhaitent dans près de 40 % des cas une hospitalisation malgré l'intervention à domicile d'une équipe mobile d'urgence [12]. Cependant, les motifs réels de ces transferts aux urgences ne sont pas connus et nous ne disposons d'aucune donnée sur certains aspects comme l'épuisement des familles, l'espoir d'une amélioration temporaire, la peur d'une mort survenant à domicile que ce soit par la famille ou par le médecin traitant...

6. Dans quel délai les patients en fin de vie décèdent-ils aux urgences ?

Dans la moitié des cas environ, le décès semble survenir très tôt, au cours des 3–4 premières heures après l'admission et est principalement observé dans l'unité d'accueil des urgences [2, 5]. Les autres décès surviennent au cours des 24–48 heures après l'admission et sont principalement observés dans l'UHCD [1,14].

7. Quels types de soins sont prodigués aux urgences aux patients en fin de vie ?

Dans la plupart des études décrivant le type de soins administrés [2,5,8], des thérapeutiques intensives de type administration d'amines vasopressives, transfusions, massage cardiaque ou intubation sont effectuées aux urgences chez un tiers au moins des patients admis pour fin de vie. Tous les acteurs de l'urgence soulignent que le contexte de l'urgence, la méconnaissance des antécédents médicaux, de l'évolutivité de la pathologie sous-jacente, de l'autonomie du patient sont les facteurs principaux de la mise en route de ces thérapeutiques inadaptées. Cela est parfaitement étayé par les données d'une étude récente montrant que, chez 80 % des patients présentant un cancer évolutif et admis aux urgences, l'urgentiste ne disposait pas d'informations pertinentes sur la réalité de la situation clinique [15]. D'autres facteurs tels que l'anxiété de la perte du patient, la peur de ne rien faire, l'âge du patient, le manque d'expérience et l'isolement du médecin urgentiste, la pression des familles sont vraisemblablement des facteurs importants dans la prise de ces décisions mais n'ont jamais été évalués dans ce contexte. A contrario le grand âge et l'état

Tableau 2
Modalité d'admission aux urgences des patients en fin de vie

Nb de patients en fin de vie	Tardy et al. [2] n = 56 (%)	Kummerlen et al. [5] n = 73 (%)	Guinoiseau [10] n = 168 (%)	Rougerie et al. [11] n = 47 (%)
Provenance				
Domicile	48	85	57	
Maison de retraite	20		27	
Hôpital	32		15	
Adressé par				
Md traitant	70	53	44	45
Samu	9	22	40	19
Md de garde	19	16		32
Famille			8	2

Nb : nombre ; Samu : service d'aide médicale d'urgence ; Md : médecin.

neurologique basal des patients semblent être des éléments déterminants pour une décision quasi immédiate de limitation des soins avec mise en route d'emblée de soins palliatifs [2,16]. Pour autant, les soins palliatifs se résument dans la plupart des cas à l'administration de morphine.

8. Que pensent les patients, les familles des admissions aux urgences ?

L'état de lucidité des patients en fin de vie ne permet pas dans l'immense majorité des cas de connaître leur opinion sur ces admissions aux urgences mais, en revanche, leur opinion en amont de cette situation semble n'avoir jamais été étudiée en France. Le ressenti des familles de patients en fin de vie lors d'une admission aux urgences et après le décès aux urgences n'a été également que très peu étudié. Dans une étude, sur sept décès, il apparaîtrait que les familles aient un sentiment de culpabilité par rapport à l'admission aux urgences et pour n'avoir pas respecté la volonté du défunt [17].

9. Que pensent les médecins qui adressent des patients en fin de vie aux urgences ?

Aucune enquête d'importance n'a été entreprise dans le but de connaître ce qui a conduit réellement des médecins libéraux à adresser leur patient en fin de vie aux urgences. Dans une étude, les lettres d'admission ne faisaient état d'une demande de prise en charge de la fin de vie que dans 12 % des cas, demande faite pour moitié par un médecin de garde non habituellement en charge du patient considéré [2]. En ce qui concerne les patients pris en charge par le Samu, une enquête d'opinion par questionnaire a montré que plus de 80 % des médecins urgentistes considèrent que la présence d'une équipe Smur au chevet d'un patient en fin de vie est acceptable par défaut en raison d'une carence d'accompagnement et que 85 % désiraient maintenir le patient à domicile et l'accompagner en administrant antalgiques ou sédatifs [12,13]. Toutefois, plus d'un tiers des médecins urgentistes proposeraient le patient en réanimation faute d'alternatif car pour certains d'entre eux une fin de vie ne peut parfois n'être gérée qu'en service de réanimation. En pratique, lors des interventions des Smur et lorsqu'il est décidé de transporter à l'hôpital le patient, la destination (8 % en réanimation ; 17 % dans l'hôpital de suivi, 37 % aux urgences) est considérée par le médecin urgentiste du Smur comme satisfaisante dans près de 70 % des cas [12].

10. Que pense le personnel des urgences qui accueille des patients en fin de vie ?

À notre connaissance, quatre enquêtes par questionnaires auprès des personnels médical et paramédical ont été réalisées [8,18–20]. Le manque de disponibilité lié à la charge de travail, l'isolement avec surtout un défaut de dialogue entre membres du personnel mais aussi avec les familles, l'absence d'interlocuteurs externes au service de type équipe mobile de soins palliatifs, les difficultés personnelles d'annonce du décès à la fa-

mille, sont constamment cités aussi bien par les infirmières que par les médecins. La plupart émet le désir d'une formation aux soins palliatifs mais aussi sur la législation en cours.

11. Discussion

Le premier commentaire que nous apportent ces données, est que la mort aux urgences de patients en fin de vie est bel et bien une réalité que nul ne peut contester. Ce phénomène n'est pas particulier à une région mais généralisée à toute la France ce qui implique qu'il s'agit clairement d'une faillite de notre système de prise en charge de ces patients. Le deuxième point est que, même si ce phénomène est connu des urgentistes (et, nous l'espérons, en passe de l'être par les autres spécialistes), nous manquons de données fiables et publiées pour optimiser l'analyse de la situation et par là même, faire des propositions. Cet aspect est fondamental, car c'est par ces mêmes connaissances que les réanimateurs ont clairement fait évoluer la loi, notamment sur l'obstination déraisonnable.

À l'évidence, l'identification et la prise en charge des patients en fin de vie doivent être optimisées en amont des services d'urgences, à l'hôpital et au sein même des services d'urgences.

11.1. En amont des services d'urgences

Comme le stipule, l'article 35 du code de déontologie (article R.4127-35 du code de la santé publique) les médecins doivent au patient une information claire, loyale, et appropriée de son état. En cas de pronostic fatal, la famille et les proches doivent être tenus au courant. Dans la pratique quotidienne, les services d'urgence sont en permanence confrontés à l'absence d'informations fiables concernant leurs patients [3]. Cela est particulièrement vrai pour les patients atteints de pathologies graves neurologiques ou cancéreuses. Ce défaut d'information est en outre accentué par la poursuite de traitement invasif tel que les chimiothérapies jusque dans des délais très proches d'une évolution fatale prévisible [21]. Dans ces conditions, quel peut être le discernement des urgentistes ? N'est ce pas une des raisons majeures des gestes et des traitements agressifs couramment pratiqués aux urgences alors même que l'issue fatale était programmée ? Ces absences d'information des patients et de leur proche, ne constituent-elles pas des atteintes majeures à la dignité des mourants (Conseil de l'Europe. Recommandations 1418, 25 juin 1999) ?

Il est également fondamental d'impliquer mieux les médecins libéraux. Une enquête récente montre que faute de formation et de moyens adaptés, nombre de médecins libéraux sont mal à l'aise dans la prise en charge des patients en fin de vie [22]. Cela explique vraisemblablement les 50 % de patients en fin de vie admis aux urgences adressés par leur propre médecin traitant. Il est pourtant bien établi que le taux d'admission aux urgences des patients en fin de vie est significativement diminué lorsque le médecin traitant est impliqué dans un programme de continuité des soins [23]. Pour pallier ce manque de formation des médecins, des modules d'éthique médicale et

de déontologie ont été introduits au cours du 1^{er} cycle d'études médicales ainsi qu'un module « soins palliatifs–douleur–accompagnement » désormais obligatoire dans le 2^e cycle d'études médicales. Pour autant, l'accompagnement des mourants ne « s'apprend » pas sur le papier et il convient de redonner toute sa place aux stages hospitaliers y compris dans les services où la mort est le quotidien.

Comme le rapporte Marie de Hennezel [24], il est également indispensable de développer une activité de soins palliatifs au sein du système d'hospitalisation à domicile, pour favoriser la fin de vie à domicile. Les Samu peuvent être également impliqués dans cette démarche. Dans le cadre d'un protocole de recherche mené à Nice sous la direction du Dr Jean François Ciais, une équipe d'urgence en soins palliatifs à domicile a été mise en place courant 2002. Sept jours sur sept et 24 heures/24, une équipe, composée d'un infirmier et d'un bénévole, selon des critères prédéterminés et sur demande du médecin du Smur, est mobilisable pour prodiguer les soins nécessaires aux patients en fin de vie et rester auprès de lui et de sa famille pour les assister. Après six mois de fonctionnement, outre une satisfaction évidente des familles, ce système a permis une réduction de 48 à 12 % d'hospitalisation aux urgences.

11.2. À l'hôpital

L'hôpital ne doit pas bien sûr se soustraire à la prise en charge de ces patients mais doit l'organiser afin que l'accueil de patients en fin de vie aux urgences devienne une situation exceptionnelle. En réponse à la loi garantissant aux malades le droit d'accès aux soins palliatifs (Loi n° 99-477 du 9 juin 1999), il est actuellement également proposé la création dans certaines unités de court séjour, de soins de suite et de réadaptation, des lits identifiés soins palliatifs [25]. Ces lits peuvent être créés à la demande de chaque service concerné et imposent un certain nombre de conditions dont la formation d'un référent en soins palliatifs et la mise en place d'une formation interne au service.

Plusieurs équipes hospitalières d'urgences ont, bien avant cette circulaire, créé au sein de leur UHCD une activité de soins palliatifs [26,27]. Ces lits, s'ils étaient reconnus comme lits de soins palliatifs, permettraient une reconnaissance réelle de cette activité dans les services d'urgences. La création de ces lits permettra vraisemblablement d'améliorer l'admission des patients en fin de vie. Cependant, il est fort à craindre que les lits créés ne couvrent pas les besoins. De plus, la notion de soins palliatifs en UHCD devrait rester exceptionnelle et temporaire. Il faut noter que la mission de ces lits identifiés est de répondre y compris à des demandes de prise en charge extérieures au service et/ou à l'établissement. Compte tenu qu'un tiers des patients admis aux urgences pour fin de vie proviennent déjà des unités médicales hospitalières, le risque, que les UHCD soient encore plus sollicités, est réel. Ce risque est d'ailleurs accru par le fait que les circulaires actuelles n'imposent pas aux services concernés par des pathologies lourdes l'identification de tels lits. Au CHU de Grenoble par exemple, seuls 27 % des unités ayant en charge des patients en phase

avancée ou terminale d'une maladie grave auraient fait une demande de lits de soins palliatifs [28]. Enfin, il convient de rappeler que la mission des services d'urgences n'est pas de répondre aux missions spécifiques des autres services et n'ont pas à assumer la continuité des soins des services ou l'accueil des patients avec une hospitalisation programmée dans l'établissement de santé (circulaire DHOS/01 n° 2003–195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences).

11.3. Au sein même des services d'urgences

Alors même que les admissions des patients en fin de vie existent aux urgences depuis plusieurs années, leur prise en charge reste hétérogène et parfois discordante. Certes les médecins urgentistes à l'opposé des réanimateurs par exemple disposent d'un temps très limité pour une décision lourde de conséquence. Certes, l'urgentiste à l'opposé d'autres spécialistes agit le plus souvent seul au milieu d'un flux continu de malades aux besoins extrêmement variés. Mais ne contribuons-nous pas également à cette fameuse rupture de la « chaîne éthique » [3]. La formation au sein des capacités médicales d'urgence (CMU) excelle dans l'enseignement d'une urgence du « faire », où gestes techniques et maniement de thérapeutiques invasives apparaissent comme les fleurons de notre exercice. Quelle est la place réelle des notions comme les arrêts thérapeutiques, les limitations de soins, l'obstination déraisonnable, dans l'enseignement des CMU ? Le fait qu'un certain nombre d'urgentistes des Smur pense qu'une fin de vie ne peut se « gérer » qu'en réanimation, n'est t'il pas la traduction d'une formation insuffisante ? Dans le même ordre d'idée, l'importance d'une décision collégiale a maintes et maintes fois été soulignée dans les études sur les arrêts et limitations de soins en réanimation. Cette pratique semble être pour le moins embryonnaire dans les services d'urgences, comme d'ailleurs la notification de la prise de décision sur le dossier médical [8,29]. Enfin, les modalités de prise en charge des patients en fin de vie aux urgences se résument dans la plupart des cas à l'administration de morphine montrant par-là même une grande ignorance des soins palliatifs. Sous l'égide de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), des recommandations simples de prise en charge (accessibles sur le site Internet de l'Anaes) ont été proposées en 2002 afin de réaliser un authentique accompagnement des mourants et de leurs proches. Pour la première fois, également, dans le domaine de l'urgence hospitalière et préhospitalière, un groupe de réflexion composé de médecins, d'infirmiers, de cadres de services d'urgence, mandaté par la Société francophone de médecine d'urgence, a émis un certain nombre de recommandations sur l'éthique en médecine d'urgence [3]. Ces recommandations publiées en 2003 mériteraient d'être connues de chaque médecin urgentiste pour au moins harmoniser un tant soit peu nos pratiques. Comme toutes recommandations, certains points peuvent être discutés mais seules la réalisation et la publication d'études aux urgences permettront d'adapter et de faire évoluer dans le temps ces recommandations.

12. Conclusion

L'admission aux urgences de patients en fin de vie est malheureusement une réalité constante depuis quelques années. De telles admissions devraient être exceptionnelles et temporaires. Des mesures comme les lits identifiés de soins palliatifs et le développement des soins palliatifs à domicile devraient permettre d'améliorer la situation. Cependant, il convient d'améliorer considérablement la formation de tous les médecins tant dans le domaine de la communication avec les malades et leur famille que dans la décision et la prise en charge des patients en échec thérapeutique.

Références

- [1] Roupie E. La mort aux urgences: enquête prospective préliminaire. In: Elsevier, editor. *Actualité en réanimation et urgences*. Paris: Elsevier; 1999. p. 281–9.
- [2] Tardy B, Venet C, Zeni F, Berthet O, Viallon A, Lemaire F, et al. Death of terminally ill patients on a stretcher in the emergency department: a French speciality? *Intensive Care Med* 2002;28:1625–8.
- [3] Haegy JM, Andronikof M, Thiel MJ, Simon J, Bichet-Beunaiche M, Bouvier AM, et al. Éthique et urgences. *JEUR* 2003;16:106–20.
- [4] Le Conte P, Longo C, Yatim D, Batard E, Vial I, Mathon V, et al. Décès dans un service d'urgences : analyse rétrospective sur trois mois. *Réanimation* 2002;11(suppl.3):SP293.
- [5] Kummerlen C, Bilbault P, Berna C, Martinet O, Hasselmann M. La mort dans un service d'urgences médicales : considérations éthiques. *Réanimation* 2002;11(suppl.3):SP294.
- [6] Rothman C, Evrard D. La mort aux urgences. *JEUR* 2005;18:3–9.
- [7] Dequin PF, Ferrandière M, Hazouard E, Lanotte R, Perrotin D. La mort au service d'accueil et d'urgences. *Reanim Urg* 1998;7:O105.
- [8] Kummerlen C, Sedghi N, Batt MO, Nagel S, Bilbault P, Heintzelmann C, et al. Les fins de vie dans un service des urgences : considérations éthiques après enquête auprès des soignants. *JEUR* 2004;1S40:O94.
- [9] Cheneau C, Roudot-Thoraval F, Amselem J, Lejonc JL. La mort en urgence : analyse des décès survenus dans les 48 heures suivant l'admission. *Reanim Urg* 1992;2bis:O22.
- [10] Guinoiseau-Lebouc F. Mourir aux urgences : la démarche palliative à l'unité d'hospitalisation de courte durée. Thèse de doctorat en médecine. Juin 2004. Université de Brest-Bretagne Occidentale.
- [11] Rougerie S, Ruterholtz T, Sedghi N, Heintzelmann C, Gayol S, Kummerlen C, et al. Description des patients admis pour soins palliatifs dans un service d'urgences. *JEUR* 2003;1S22:41.
- [12] Lantéri-Minet M, Bourgeois S, Lepresle E, Bergeron C, Jabre P, Finance JF, et al. Ressenti préhospitalier lors de la prise en charge de patients supposés relever de soins palliatifs : l'échec de la continuité de l'accompagnement à domicile contraint à des admissions inappropriées. *Réanimation* 2003;12:SP68.
- [13] Lantéri-Minet M, Bourgeois S, Lepresle E, Bergeron C, Finance JF, Fecci JL. Les patients supposés relever de soins palliatifs font-ils l'objet d'une abstention de soins en médecine préhospitalière ? *Réanimation* 2003;12:SP72.
- [14] Chabot L, Volland V, Mier L, Boyer JM. La mort attendue à court terme aux urgences. Quelle place pour l'UHCD ? *Reanim Urg* 1999;8:O90.
- [15] Sedghi N, Batt MO, Nagel S, Heintzelmann C, Gayol S, Kopferschmitt J. L'admission en urgence des cancéreux évolutifs : spécificités et interrogations. *JEUR* 2005;1S97:213.
- [16] Le Conte P, Struillou L, Yatim D, Bertho AM, Touzé MD, Garec F, et al. Critères de non prescription ou de limitation des thérapeutiques de réanimation dans un service d'urgence. *Reanim Urg* 1999;8:O78.
- [17] Rougerie S, Ruterholtz T, Sedghi N, Heintzelmann C, Gayol S, Kummerlen C, et al. Évaluation de la prise en charge aux urgences des patients en soins palliatifs terminaux : approche sociologique. *JEUR* 2003;1S22:42.
- [18] Brionne-Engel A, Pefferkom JL, Petonnet C, Saumonneau R, Rouffineau J. Accueil des urgences vitales et soins palliatifs dans un SAU. Approche de l'impact psychologique sur les soignants. *JEUR* 2003;1S148:142.
- [19] Yaux S, Armant A. La mort aux urgences : état des lieux, vécu et ressenti des soignants. *JEUR* 2003;1S156:370.
- [20] Breuil N, Billault C, Heuser S, Hager MO, Schmidt J. Regards d'urgentistes sur les soins palliatifs. *JEUR* 2004;1S40:O95.
- [21] Earle CC, Neville BA, Landrum MB, Ayanian JZ, Block SD. Trends in the aggressiveness of cancer care near the end of life. *J Clin Oncol* 2004;22:315–21.
- [22] Perreti-Watel P, Bendiane MK, Pegliaso H, Galinier A, Lapiana JM, Favre R, et al. Doctors'opinions on euthanasia, end of life care, and doctor-patient communication : telephone survey in France. *BMJ* 2003;327:595–6.
- [23] Burge F, Lawson B, Johnston G. Family physician continuity of care and emergency department use in end of life care. *Med Care* 2003;41:992–1001.
- [24] Marie de Hennezel. Mission « Fin de vie et accompagnement ». Rapport au du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Octobre 2003. accessible à partir de l'URL : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hennezel/sommaire.htm>.
- [25] Circulaire DHOS. n° 2002–1998 du 19 avril 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement circulaire DHOS relative à l'organisation des soins palliatifs. Accessible à partir de l'URL : <http://sidental.sante.free.fr/PDF/SP2002.PDF#search>.
- [26] Bougos C, Carulla S, Forcellino B, Grossi JF, Jacquet S, Martin M. Soins palliatifs en unité d'hospitalisation des urgences médicales : une réalité incontournable. *Reanim Urg* 1997;6:O72.
- [27] Garcia J, Dujarrier G, Casalino E, Sagot MF, Fichelle A. Prise en charge des fins de vie dans une unité d'hospitalisation de courte durée. *Reanim Urg* 1998;7:O137.
- [28] Villard ML, Carlin N, Laval G, Schaefer R. Patients hospitalisés en phase avancée ou terminale d'une maladie grave engageant le pronostic vital : enquête de prévalence un jour donné au centre hospitalier de Grenoble. *Presse Med* 2003;32:203–10.
- [29] Verspyck V, Costentin F, Vissart M, Kerleau JM, Moritz F. La prise en charge des décès aux urgences s'améliore t-elle ? *JEUR* 2005;1S97:213.