

**TRAVAIL DE FIN D'ETUDE**

**La prise en soins de la personne âgée en fin de vie aux urgences**



**DEBOVE David**

**Promotion 2010/2013**



**Institut Régional de Formation Sanitaire et Sociale**

## **SOMMAIRE**

<b>INTRODUCTION</b>	<b>P1</b>
<b>CONSTAT DE DEPART</b>	<b>P 2</b>
• Question de départ provisoire	
<b>RESULTAT DE LA PRE-ENQUETE</b>	
1.1 Choix de l’outil	P5
1.2 Choix de la population	P6
1.3 Objectif des entretiens infirmiers	P6
1.4 Grille d’entretiens auprès des infirmiers et aides soignants	P6
1.5 Condition de passation	P7
1.6 Analyse quantitative et qualitative des entretiens	P7
<b>PROBLEMATIQUE</b>	<b>P12</b>
• Question de départ et hypothèse	P13
<b>CADRE DE REFERENCE</b>	
<b>1<sup>ère</sup> partie : LA PERSONNE AGEE</b>	
1) Définition de la personne âgée	P13
2) La personne âgée dans la démographie française	P14
3) La vieillesse	P15
<b>2<sup>ème</sup> partie : LES URGENCES</b>	
1) Définition de l’urgence	P17
2) L’organisation des urgences	P18
3) Les urgences, la population accueillie	P20
4) La qualité des soins	P21
5) L’humanité	P24
<b>3<sup>ème</sup> partie : LES SOINS PALLIATIFS</b>	
1) La définition des soins palliatifs	P25
2) Les acteurs	P28
3) Les personnes bénéficiaires des soins palliatifs	P28
4) L’accompagnement de la fin de vie	P29
5) La mort, la dignité	P32
<b>RESULTAT DE L’ENQUETE</b>	
2.1 Choix de l’outil	P35
2.2 Choix de la population	P35
2.3 Objectif des entretiens infirmiers	P36
2.4 Grille d’entretiens auprès des infirmiers et aides soignants	P37
2.5 Condition de passation	P37
2.6 Analyse quantitative et qualitative des entretiens	P37
<b>CONCLUSION</b>	<b>P46</b>

## **INTRODUCTION :**

Etudiant en 3<sup>ème</sup> année en institut de soins infirmiers, je réalise aujourd'hui mon travail de fin d'études. J'ai dirigé ma réflexion vers un thème, pour lequel mon intérêt, mon questionnement grandissait. En effet, j'ai souhaité travailler sur la prise en soins de la personne âgée en fin de vie aux urgences.

En arrivant dans la formation, j'ai tout de suite été confronté à la fin de vie du patient, en particulier les personnes âgées. Je voulais apporter un accompagnement de qualité aux patients, à sa famille, cependant je me suis rendu compte que cela n'est pas si facile. En effet, dans la communication, savoir employer les bons mots, face à la mort. Comment agir dans certaines situations parfois complexes sur le plan social, environnemental, et familial ? Et bien d'autres questionnements face à la fin de vie de la personne âgée.

Comme, j'oriente mon projet professionnel vers un service d'urgences. Je me suis interrogé sur la difficulté de la prise en soins des personnes âgées en fin de vie dans ce service. Comment en tant que futur professionnel, je pourrais obtenir tous les outils pour apporter un accompagnement de qualité ?

Aujourd'hui, avec l'évolution de la réforme infirmière, nous travaillons et abordons le sujet délicat de la mort dans l'unité d'enseignement des soins palliatifs. Ce domaine de compétence nous permet de comprendre et d'admettre que lorsque la mort est imminente, notre rôle est alors de soulager la douleur, accompagner le patient et sa famille vers une fin de vie digne et sereine.

Pour compléter mes bases théoriques, j'ai effectué durant mes trois ans de formation un remplacement d'aide soignant d'un mois en unité de soins palliatifs. Je voulais comprendre, et travailler en collaboration avec l'équipe de soins palliatifs, pour avoir des acquis de terrain qui me permettent d'améliorer mon accompagnement et de compléter ma réflexion pour mon travail de fin d'études. J'ai également effectué mon stage pré-professionnel dans un service d'urgences, car je souhaitais avoir une certitude quand à mon projet professionnel. Je savais pertinemment, que je serai susceptible de rencontrer des situations se rapprochant de mon thème, et qui me permettraient d'étoffer ma réflexion quant à ma pratique de soins infirmier.

J'ai remarqué que la prise en soins de la personne âgée en fin de vie aux urgences, peut être difficile.

C'est pour cela que dans un premier temps, j'ai décidé d'illustrer mon travail par une situation vécue pendant ma formation.

Ensuite je présenterai ma pré-enquête avec mon questionnement de départ. J'annoncerai mon hypothèse de travail me permettant d'enquêter, et j'analyserai les informations recueillis afin d'apporter une réponse à mes interrogations.

Enfin je présenterai dans mon approche théorique, la personne âgée, les urgences, et les soins palliatifs. J'évoquerai les concepts et une théorie de soins qui serviront de ligne directrice tout au long de ce mémoire.

### **CONSTAT DE DEPART :**

Au cours de ma formation en institut de soins infirmiers, j'ai eu l'occasion de rencontrer de nombreuses situations qui m'ont interpellé. L'une d'entre elles soulève en moi un questionnement. Je présente donc ci après la situation vécue qui illustrera mon travail de recherche.

J'ai effectué pendant les périodes scolaires des remplacements en tant qu'aide-soignant, dans un centre hospitalier de la région. J'ai travaillé le 24 Décembre de nuit au service des urgences. A 23H00 est arrivé M. V âgé de 92 ans pour décompensation respiratoire, il souffre d'un cancer du poumon en phase terminale. M. V est veuf (il y a 10 ans), depuis il réside dans l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes qui se situe à côté de chez sa fille.

Ce soir là, l'infirmière de la maison de retraite, Mme I, entre dans la chambre de M. V. Elle le retrouve dyspnéique, cyanosé aux extrémités, avec une tension élevée et des troubles de la conscience. Face à la situation d'urgences, elle appelle le SAMU.

A son arrivée aux urgences M.V est vu en consultation. Le médecin annonce que M. V est en fin de vie et que l'acharnement thérapeutique n'est pas envisageable.

(Loi Léonetti du 20.04.2005). Il décide alors d'avertir la fille de M. V. A l'annonce de la situation, sa fille accompagne son père pour lui tenir la main dans ses derniers instants de vie. M. V est installé aux admissions, en attendant qu'un box fermé se libère afin qu'il soit installé à l'abri des regards. En effet, dans le service de nombreuses entrées ont eu lieu depuis le début de la nuit. Les vas et viens sont interminables. Le mouvement et le rythme des urgences ne permettent pas à M. V de terminer sa vie dans le calme. Sa fille et lui sont face à de multiples interactions, même si le rideau est tiré, il ne les masque que légèrement.

La situation m'interpelle et je me demande comment aider et apporter un soutien suffisant. J'ai compris que la prise en charge et l'accompagnement de la fin de vie de M. V au milieu des urgences sera difficile. Je me rends compte qu'il faut avoir une communication adaptée face à la personne mourante et sa famille. Il est indispensable d'apporter une intimité à M.V en l'installant dans une chambre à l'abri des regards. Face aux rythmes imposés par de nouvelles arrivées depuis le début de la nuit, je me demande également comment faire pour accompagner entièrement M.V et sa fille dans cette terrible épreuve de la vie. J'éprouve une grande tristesse à voir cette fille et son père se dire adieu au milieu de tous, en ce jour de fête où chacun se retrouve pour partager avec sa famille.

Face à cette situation, j'ai constaté également que les soignants du service des urgences, apportaient une attention particulière à M. V. Cependant de par sa charge de travail, une infirmière avec qui je travaillai me confie « Je n'ai pas le sentiment d'avoir répondu entièrement à l'accompagnement rapproché de la fin de vie de M.V ».

En les interrogeant sur la situation, j'ai compris, que c'était une situation pour eux trop fréquente. Il est vrai que les personnes ont comme premier souhait de mourir chez elle. Cependant, soit les familles ont accepté de prendre en charge la personne souffrante, et elles s'aperçoivent que la situation est au dessus de leur force. Elles se sentent démunies face à la mort. Face à des situations difficiles, elles préviennent les secours ou amènent la personne âgée en fin de vie aux urgences. Soit l'infirmière en maison de retraite, prévient rapidement les secours en cas de complications médicales.

En France, la population des plus de 60 ans est en constante augmentation. En effet, selon les prévisions de l'INSEE, elle devrait augmenter de 36% entre 2000 et 2030. La tranche des plus de 60 ans devrait connaître une **augmentation** durant cette période **de 7 millions de personnes**. Ce vieillissement certain est principalement du à l'avancée en âge des personnes du Baby-boom (1945-1965). (Annexe I)

Un rapport de L'INSERM<sup>1</sup>, montre lui que les personnes âgées meurent de moins en moins au domicile. En effet, 235 349 des plus de 60 ans sont décédés à l'hôpital ou en clinique contre 106 936 à domicile en 2005. Ce chiffre est en perpétuel augmentation et montre d'une manière significative, les évolutions de la société en ce qui concerne la fin de vie des personnes âgées.

En effet, Marie De HENNEZEL, communique son rapport au ministre de la santé, Monsieur Jean François Mattei en octobre 2003 (Annexe II). Dans lequel, les équipes soignantes témoignent du nombre croissant de personnes âgées qui arrivent aux urgences pour mourir. Elle en conclue que l'on meure de plus en plus aux urgences. Elle démontre également qu'il est primordial d'accompagner ces personnes en fin de vie dans ce service.

Le décès des personnes âgées dans les services d'urgences ne devrait être qu'une exception, mais il devient malheureusement de plus en plus fréquent. Cette situation soulève des questions éthiques, morales et législatives qui ne laissent pas indifférent.

De ce fait, après observation de la situation de M.V et après avoir développé mon questionnement. Toutes mes interrogations se résument en la question suivante : **Qu'est ce qui fait que la prise en charge palliative de la personne âgée soit plus difficile à individualiser, personnaliser aux urgences ?**

---

<sup>1</sup>La mort à l'hôpital, rapport de l'inspection général des affaires sociales établit par F. Lallande et O. Véber/2005

Pour répondre à ma question de départ provisoire, j'établis une pré-enquête (Annexe III) que j'effectue auprès d'un Centre Hospitalier de la région. Ce qui m'a permis de recueillir l'opinion des professionnels de santé des urgences sur mon questionnement. Je souhaite interroger 4 infirmiers, 4 aides soignants, dans le but d'obtenir la plus grande diversité des personnes interviewées. Pour ce faire, j'envisage de réaliser un entretien semi-directif. Je ne souhaite pas clore le discours de l'interviewé dans des questions fermées, je préfère lui laisser la possibilité de développer, et d'orienter ses propos. De plus, cela me permettra d'obtenir des informations diverses, variées, et d'approfondir mon analyse qui sera alors plus précise.

Pour commencer l'entretien, j'effectuerais un recueil d'information de base des personnes interrogées.

Je pense réaliser ces interviews sur une durée aléatoire, je laisserai libre court à la discussion. J'utiliserai toutes les informations qui me seront transmises afin d'élaborer mon travail de fin d'étude.

Afin d'effectuer une analyse précise et pouvoir revenir sur les entretiens, je réaliserai un enregistrement audio de ceux-ci. Les interviewés seront informés et j'en demanderai leurs accords. Je prendrai également en note leurs réponses. Je stipulerai que les entretiens sont anonymes.

## **RESULTAT DE LA PRE-ENQUETE**

### **1.1 Choix de l'outil :**

Afin de pouvoir répondre à ma question provisoire de recherche, j'ai choisi des entretiens semi-directifs. En effet, ils permettent de laisser s'exprimer librement la personne interrogée et de pouvoir connaître son ressenti sur le thème abordé. Plus précisément les difficultés face à la personnalisation de la prise en charge palliative des personnes âgées aux urgences.

## **1.2 Choix de la population**

Les entretiens sont menés dans un Centre Hospitalier de la région, dans le service des urgences. Ils sont réalisés auprès de quatre infirmiers diplômés d'état et de quatre aides soignants.

Ces entretiens me permettront de connaître les difficultés que rencontrent ces professionnels face à la prise en charge palliative des personnes âgées. J'aimerais savoir comment, ils vivent cela, et quels sont leurs réactions, leurs comportements, face à ce genre de situation. Je souhaiterais avoir une vision professionnelle sur mon questionnement. Le choix de l'échantillonnage permet d'avoir des visions, des éléments différents, du fait de personnes exerçant des métiers différents, bien qu'ils soient tout d'abord complémentaires.

## **1.3 Objectif des entretiens**

Dans un premier temps, j'ai pris connaissance des enquêtés (âge, ancienneté dans le service). En effet, l'expérience peut induire des résultats différents.

Dans un second temps, j'ai cherché à établir une présentation des personnes accueillies dans le service des urgences, en demandant quels étaient leurs caractéristiques. Tout cela dans le but de savoir si les personnes âgées représentaient une part importante de la population fréquentant le service.

Ensuite, J'ai demandé aux interviewés s'ils avaient des difficultés à prendre en soins les personnes âgées en fin de vie. J'ai voulu connaître quelles étaient leurs difficultés, et ce qu'ils mettaient en place pour les surmonter.

Pour finir, je me suis interrogé sur la vision qu'avaient les professionnels de l'accompagnement et leur façon de le penser. J'espère ainsi découvrir quelles sont les actions qui sont utilisées pour personnaliser la prise en charge et l'accompagnement de la fin de vie de la personne âgée. Je suis curieux de voir comment les personnes interrogées pensent leur accompagnement, et de leur sentiment de satisfaction face aux situations vécues.

## **1.4 Grille d'entretiens auprès des infirmiers et aides-soignants**

Annexe IV



### **1.5 Condition de passation**

Préalablement, j'ai écrit auprès de la direction des soins infirmiers du centre hospitalier concerné afin de leur faire connaître mes intentions d'enquête dans leur établissement. Après avoir relaté par courriers le contenu de mon travail de recherche, j'ai attendu l'autorisation. Quelques jours plus tard la cadre du service me contacte par téléphone, nous convenons d'un rendez-vous. Je réalise donc la première partie des entretiens après ce rendez vous, le 26.07.2012. L'affluence étant correcte ce jour là, quatre personnes répondent à mes questions, deux infirmières et deux aides soignantes. Je reprends régulièrement contact avec la cadre du service afin de connaître la charge de travail et savoir ainsi si l'enquête est réalisable. Je viens donc de nouveau le 02.08.2012, et j'interroge alors deux aides-soignants, un infirmier et une infirmière. Chaque interviewés étaient d'accord pour répondre aux questions

Chaque entretien s'est déroulé dans un bureau fermé situé au centre du service. Celui est conçu de façon à ce qu'on ne puisse pas être dérangé ni par un membre du personnel, ni par un téléphone.

Afin de mieux analyser les données recueillies lors de ces entretiens, j'ai décidé en supplément de la prise de note, d'enregistrer les interviews. Avant de démarrer chaque entretien, j'informai la personne de l'enregistrement et je lui demandai son consentement. Je signalai également que les discussions restaient anonymes.

### **1.6 Analyse quantitative et qualitative des entretiens**

Nous pourrons par le biais du tableau à double entrée (annexe IV), remarquer certaines similitudes et quelques divergences dans les propos des interviewés.

#### **Question 1 : Quel âge avez-vous ?**

La majorité de l'échantillonnage est représenté par la tranche d'âge des 25 - 35 ans. En effet, cela concerne quatre personnes interrogées. Il s'agit de trois infirmiers et d'une aide soignante.

Ensuite deux infirmiers et un aide soignant sont âgés de 35 à 45 ans.

Le dernier est aide soignant, il a entre 20 et 25 ans.

*Visiblement, les personnes que j'ai interrogées sont âgées de plus de 25 ans et ont toutes un vécu personnel et professionnel. De ce fait j'espère recueillir des propos, profonds, avec une vision propre qui s'est fondée avec leur expérience de vie.*

*En ce qui concerne, la personne âgée de 20 à 25 ans, il est intéressant d'observer ses propos et de les comparer avec ceux de ses collègues.*

**Question 2 : Depuis combien de temps travaillez-vous aux services des urgences ?**

Trois infirmières ont de 1 à 5 ans d'expérience et un infirmier travaille depuis plus de 10 ans aux urgences.

Deux aides soignants ont plus de 10 ans d'expérience. Une aide soignante a de 1 à 5 ans d'expérience et un aide soignant avec moins d'un an d'expérience.

*Les propos recueillis par les personnes ayant travaillé depuis plus de dix ans dans le service tendent à être riche, du fait de l'expérience acquise et vécue de ces professionnels.*

*Il est aussi intéressant, pour les personnes ayant une jeune expérience (1 à 5 ans) ou pour les nouveaux arrivés (moins d'un an) de relater leurs difficultés. En effet, des situations de fin de vie, ils en ont croisées, et il serait enrichissant de connaître leur ressenti.*

**Question 3 : Quelles sont selon vous les caractéristiques des personnes en fin de vie accueillies aux urgences ?**

L'ensemble des enquêtés sont d'accord pour dire qu'en grande majorité ce sont des personnes âgées avec des antécédents sérieux, qui décompensent par rapport à leurs problème de santé. Ils rencontrent également des personnes de tout âge, souffrant de pathologies graves tel que le cancer. Cependant, bien souvent ces patients sont pris en charge par une structure de soins palliatifs. Les personnes le plus souvent rencontrés sont donc âgées de 50 à 70 ans. Et on voit de plus en plus des personnes de plus de 70 ans venant finir leur vie dans notre service. L'unité de soins continus compte 6 lits, il arrive très souvent qu'ils soient occupés de moitié par des personnes âgées.

*Nous pouvons constater que les personnes en fin de vie accueillies aux urgences sont représentées par une population de tout âge, mais en grande majorité ce sont des personnes âgées. Ce sont des personnes qui viennent de leur domicile, ou de leur maison de retraite. Bien souvent, elles présentent des antécédents sérieux et elles décompensent de leur pathologie devenue grave. Il arrive que des personnes souffrant de cancer soient accueillies aux urgences. Cela est moins fréquent, du fait d'une prise en charge par l'unité de soins palliatifs.*

**Question 4 : Avez-vous des difficultés à prendre en soins les personnes âgées en fin de vie ? Oui, non, pourquoi ? Si oui, quelles sont ces difficultés ?**

La plupart des soignants interrogés n'éprouvent pas de difficulté à prendre en charge les personnes âgées en fin de vie. Cependant, une Infirmière explique que cela dépend du secteur. En zone boxée, c'est délicat car le service peut être surchargé de monde, ce qui complique l'accompagnement. Elle explique que lorsque le service est calme, il est possible d'être plus présent. Par contre quand la charge de travail devient importante, du fait des arrivées aux urgences, cela devient plus difficile. En effet, la prise en charge de la personne en fin de vie se retrouve compliquée par un manque de temps, de disponibilité. Elle explique également que l'accueil des familles n'est pas toujours évident lorsqu'il s'agit de grande famille.

La difficulté de prise en soins des personnes en fin de vie varie aussi selon la prise en charge à court ou long terme. Lorsque c'est à long terme, ils ont le temps d'installer le patient en unité de soins continus. La prise en charge y est alors plus aisée et plus personnalisable. Pour autant, il n'est pas évident d'établir des délais face à ces situations.

La charge de travail joue un rôle important, il faut savoir faire preuve de gestion et organiser autrement son travail, afin d'être plus disponible.

Une autre infirmière explique qu'il est difficile pour elle de gérer la famille. Elle dit avoir des difficultés à trouver les mots appropriés face aux patients et à sa famille. Elle évoque également qu'il est devenu compliqué de transférer un patient par manque de place.

Ils expliquent ne pas ressentir de difficultés par le fait de travailler en équipe, de pouvoir mettre ensemble tout en œuvre pour que le patient et sa famille soit installé rapidement en soins continus. Ils mettent tout en œuvre pour son confort. Un infirmier dit être plutôt à l'aise avec ce genre de situation. Il sait se protéger émotionnellement.

Pourtant il explique ensuite avoir quelques difficultés face aux familles dans certaines situations complexes. Un aide soignant explique qu'il accompagne les patients pour guérir mais aussi pour mourir et il se sait au clair avec ça. Pourtant certains évoquent la difficulté de certaines situations qui émeuvent et qui peuvent troubler leurs sentiments.

***L'équipe mobile apporte un soutien dans leur travail, elle passe chaque jour de la semaine et il est possible de la contacter le week-end.***

*Nous pouvons grâce à cette question dire que la plupart des soignants n'éprouvent pas de difficultés lors de la prise en charge de la fin de vie d'une*

personne âgée. Cependant lorsque l'on continue la conversion ils exposent tout de même certaines difficultés différentes (charge de travail, sentiments, gestion de la famille, environnement : secteur des boxes). Ils expliquent également se sentir rassurer de travailler en équipe et de tout mettre en œuvre pour faire face à ce type de prise en charge. **Le soutien de l'équipe mobile de soins palliatifs semble important.**

**Question 5 : Que signifie pour vous l'accompagnement de la fin de vie des personnes âgées ? Comment pensez-vous cet accompagnement aux urgences ?**

Les interviewés donnent une vision similaire de ce qu'est pour eux l'accompagnement. Ils le décrivent avec des mots différents mais avec des idées qui se rassemblent. L'accompagnement des personnes âgées, c'est apporter une présence, une écoute active, une disponibilité. C'est être avec la personne, mais aussi auprès de sa famille. C'est aussi continuer à apporter des soins de confort et de bien être, de mettre en place des thérapeutiques notamment pour le traitement de la douleur.

En ce qui concerne leur façon de penser leur accompagnement, ils effectuent tous des actions communes, et les personnalisent selon le patient et sa famille, mais aussi en fonction de leur personnalité et leur façon de faire. Ils accompagnent en réalisant les soins d'hygiène et de confort, en palliant à la douleur des patients quelle soit physique ou psychologique. Ils privilégient les entretiens avec l'équipe mobile des soins palliatifs, et l'infirmier spécialisé en psychologie/psychiatrie. Ils proposent un café, un lit accompagnant, un repas. Ils aménagent un environnement calme et confortable quand cela est possible. Il n'y a pas d'horaire de visite imposé, les familles peuvent venir quand elles le souhaitent.

Pour certains la famille fait partie intégrante de la prise en charge, il faut savoir gérer la famille dans ce genre de situation.

Parfois l'affluence des urgences ne permet pas une prise en charge personnalisée. La charge de travail est parfois trop lourde, et il se peut alors qu'il trouve leur accompagnement moins satisfaisant. Cela est rare mais cela arrive.

Certains soignants se sentent parfois exposés sentimentalement face à certaines situations. Même si chacun sait qu'il faut savoir poser des barrières pour se protéger, il reste difficile de masquer ses émotions. En effet, nous sommes avant tout humain. Nous avons chacun une histoire qui peut parfois affecter notre jugement et donc nos réactions.

Chaque soignant effectue son propre accompagnement, en y apportant une touche personnelle. Il apporte sa douceur, sa tendresse, adapte son ton, réalise

ses souhaits, apporte sa présence tout simplement. En respectant bien sûr la pudeur, l'intimité de la personne soignée.

*Nous pouvons ici voir que les soignants ont une vision similaire de l'accompagnement. Ils utilisent des façons différentes de le définir mais restent unanimes sur son sens général. En ce qui concerne leur façon de le penser, ils utilisent des méthodes similaires, mais selon leur personnalité et leur façon de faire ils se différencient par des attentions qui leur sont propres. Ils personnalisent chacun à leur façon leur accompagnement. Cependant lorsque la charge de travail est lourde, pour certains leur accompagnement personnalisé est alors parfois malheureusement pas à la hauteur de leur espérance.*

**Question 6 : Votre accompagnement est-il satisfaisant ? Oui, non, pourquoi ?**

6 soignants pensent que leur accompagnement est satisfaisant. 2 autres pensent que cela dépend des périodes. L'un pense que nous ne sommes pas maîtres des aléas du temps ou de certaines situations. L'autre pense qu'il y a des moments où on est plus enclin à faire ce genre de choses que d'autres.

Une infirmière explique qu'un soin technique prend peu de temps, mais l'accompagnement lui en demande beaucoup. Parfois elle a l'impression de négliger son accompagnement, pas volontairement mais par manque de temps.

Beaucoup d'entre eux disent ne pas avoir eu de retour négatif sur leur prise en charge de la fin de vie, et leur accompagnement.

Une infirmière évoque le fait qu'il faut faire attention aux mots et aux tournures de phrases que nous employons car dans ces moments là certains propos peuvent blesser le patient et sa famille. Elle explique s'en être aperçue lors d'une situation de vie personnelle, où elle accompagna l'un de ses proches dans ses derniers jours de vie aux soins palliatifs. Une des aides soignantes avait utilisé une phrase qui n'était en elle-même pas blessante, mais non adaptée à la situation, elle l'était. Ce qui avait touché profondément l'infirmière.

***Les équipes mobiles de soins palliatifs sont des personnes ressources, mais les services, selon un interviewé n'auraient pas toujours conscience de l'aide qu'elles nous apportent.***

*Dans l'ensemble, les soignants de ce service sont satisfaits de leur accompagnement. Seul deux d'entre eux disent que cela dépend des périodes, selon l'affluence dans le service, ou lorsque l'on est moins enclin émotionnellement face à ce genre de situation. Personne, dit avoir eu des retours négatifs sur leur prise en charge.*

Cette pré-enquête m'a permis de répondre à ma question de départ provisoire. En effet, je sais à présent que l'accompagnement personnalisé de la personne âgée aux urgences est réalisable. Cependant, il n'est pas toujours possible car certaines situations peuvent être difficiles. Il est vrai que lorsqu'un patient est installé en zone boxé et que l'on est dans l'impossibilité d'effectuer un transfert, sa prise en charge devient complexe de par l'affluence qui peut y avoir ce jour là. La charge de travail qui peut être lourde par moment diminue le temps disponible. Et l'on sait qu'il faut du temps pour accompagner. Même si parfois l'accompagnement se fait par de petites périodes, il est possible de le personnaliser. Chacun utilise des actions communes, cependant leur personnalité, leur façon d'être et leur façon de faire avec le patient et la famille permet d'individualiser leur accompagnement. La gestion de la famille est une source de difficultés dans la prise en charge. La communication, l'écoute active, l'information permet que la famille fasse partie intégrante de la prise en charge. La personnalisation de la prise en charge est parfois impossible mais cela reste très rare. Lorsqu'un patient arrive aux urgences, et qu'il s'agit d'une personne âgée en fin de vie, elle est rapidement installée dans l'unité de soins continus. Tout est mis en œuvre pour l'accompagner. L'équipe médicale se réunit et réadapte souvent les traitements. Il n'y a pas d'acharnement thérapeutique, seul les traitements antidouleurs et de confort sont maintenus.

Certains éléments viennent apporter une difficulté dans l'accompagnement de la fin de vie. Il s'agit de l'affluence quotidienne pouvant être variable, l'accueil des familles pouvant être compliqué, le transfert dans une unité de soins étant impossible par manque de places disponibles, et certaines situations pouvant troubler nos affects.

Cependant, les interviews ont permis de faire ressortir que ces difficultés pouvaient être discutées en collaboration avec l'équipe mobile de soins palliatifs. ***Il apparait que les équipes mobiles de soins palliatifs apporte un soutien dans la prise en charge et son individualisation.***

### **Problématique :**

Je sais dès maintenant avec l'avancement dans mes travaux de recherche, que la personnalisation de l'accompagnement palliatif de la personne âgée aux urgences est possible. Cette prise en charge personnalisée est réalisable grâce au travail de chaque professionnel de santé du service des urgences.

**Ils expliquent que l'équipe mobile des soins palliatifs y est pour beaucoup. Elle apporte un réel soutien, une aide précieuse. C'est avec eux que cela est possible.**

Je me demande alors, comment fait cette équipe mobile pour aider, accompagner, résoudre des questions difficiles relatives à la fin de vie du patient. Qu'est ce qui fait qu'ils arrivent de par leur passage à répondre aux attentes du patient, de sa famille, mais aussi du personnel des urgences. L'équipe mobile des soins palliatifs semble être indissociable, indispensable dans l'accompagnement et la prise en charge des personnes âgées en fin de vie aux urgences. Cependant, beaucoup de soignants n'ont pas conscience de son importance.

Après analyse et réflexion, j'ai trouvé des réponses à mes questionnements. Cependant, il me reste une interrogation, je me pose donc la question suivante :

**En quoi l'équipe mobile de soins palliatifs est une ressource indispensable pour l'équipe des urgences dans l'accompagnement de la fin de vie de la personne âgée ?**

**Hypothèse :** Je suppose que l'équipe mobile des soins palliatifs est une ressource indispensable dans la prise en charge palliative des personnes âgées aux urgences, afin d'apporter des soins de qualité.

- ***Variable dépendante :*** L'équipe mobile des soins palliatifs
- ***Variable indépendante :*** Le soutien et le travail en collaboration du personnel des urgences et de l'équipe mobile de soins palliatifs.

## **CADRE DE REFERENCE**

### **1<sup>ère</sup> partie : La personne âgée**

Dans un premier temps, je vais définir qui est la personne âgée et déterminer sa répartition dans la population Française. Ensuite, je vais développer le concept de vieillesse, qui me semble plus que nécessaire de conjuguer avec la personne âgée. Je pense qu'il est essentiel de savoir qui est la personne âgée ? Et quelle part représente t-elle dans notre société ?

#### **1) Définition de la personne âgée<sup>1</sup>**

Le vieillissement est un processus continu qui débute à la naissance, pour évoluer jusqu'à la vieillesse. La vieillesse connaît plusieurs définitions. Par exemple l'OMS retient l'âge de 65 ans. D'autres retiennent l'âge de la retraite, soit 55-60 ans.

<sup>1</sup> « Bakhoun. S, Le carnet de stage de l'infirmière volume 13, P1, Edition Vernazobres -grego »

La vieillesse est une notion subjective et variable à un individu à l'autre. Le vieillissement peut avoir de conséquences très différentes d'un individu à l'autre en fonction de son héritage génétique et de son histoire. L'amélioration de ses facteurs (hygiène, alimentation, progrès de la médecine, amélioration de l'habitat...) a énormément augmenté l'espérance de vie.

En 1990 elle était de 81 ans pour les femmes et de 72 ans pour les hommes. Elle est actuellement de 84.8 ans pour les femmes et 78.2 ans pour les hommes. Et elle continuera probablement à augmenter avec un gain de 3 mois chaque année.

L'espérance de vie est en perpétuelle augmentation, dans les pays industrialisés, comme la France. En effet, au regard de l'amélioration de la qualité de vie, et du progrès de la médecine, les personnes âgées vivent aujourd'hui plus longtemps qu'il y a 20 ans. Quelle incidence cela peut avoir sur la démographie de notre pays ?

## **2) La personne âgée dans la démographie Française<sup>2</sup>**

Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 17.1% de la population soit 11.21 millions de personnes en France. La population des plus de 60 ans est en constante augmentation. Elle devrait augmenter de 36% entre 2000 et 2030. La tranche des plus de 60 ans devrait connaître une augmentation durant cette période de 7 millions de personnes. Ce vieillissement certain est principalement dû à l'avancée dans l'âge des personnes du Baby-boom (1945-1965).

L'espérance de vie s'allonge au même rythme que lors des années précédentes, même le nombre de décès augmente du fait du vieillissement de la population.

**Lorsqu'une personne âgée est hospitalisée, elle possède des droits régis par la loi n°2002-303 du 04/03/2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.**

---

<sup>2</sup> « Enquête de l'INSEE sur la population en France en 2011 – Insee.fr »



**La charte de la personne âgée hospitalisée, révisé en 2007 par la fondation nationale de gérontologie permet d'apporter des protections, des droits aux patients (Annexe V).**

**3) Le concept de la vieillesse<sup>3</sup> est fondateur et représentatif de la personne âgée. En effet la vieillesse est un processus naturel, qui émane de notre évolution dans l'âge.**

La vieillesse est la dernière période de la vie normale, caractérisée par un ralentissement de ses fonctions, c'est le fait d'être vieux. C'est la diminution des forces physiques et le fléchissement des facultés mentales qui accompagnent habituellement cette période. C'est l'ensemble des personnes âgées.

Depuis les années 1970, un ensemble de facteurs ont changés les perspectives et les conditions de déroulement de la vieillesse. En effet, l'amélioration des conditions de vie, une médecine plus efficace, une plus grande aisance matérielle on permis l'accroissement de l'espérance de vie, à un état de santé, à un âge comparable, meilleur qu'autrefois, au recul de la mort aux âges extrêmes de la vie. De plus, le contexte social et culturel a évolué et cela représente des différences durant la vieillesse. De nouvelles méthodes d'éducation et de nouvelles relations au sein de la famille sont apparues. Intérêt donné à la personne et à son épanouissement sont plus présentes qu'autrefois. Aussi sont arrivées de nouveaux métiers et de nouvelles techniques. Il en résulte que ces bouleversements ont des conséquences pour nos contemporains âgés que pour la société dans son ensemble. La période de vie qui se présente devant eux aujourd'hui est bien plus longue qu'autrefois, elle se déroule dans un cadre social et culturel différents de celui qui leur été familié.

La société actuelle doit donner la plus grande place à nos contemporains âgés. Il lui faudra de revoir sa conception et sa représentation du grand âge, en quoi il consiste, et la place qui peut avoir dans le cycle de la vie. A une époque ou la

---

<sup>3</sup> « Dictionnaire Larousse » et « Préparer et vivre sa vieillesse – Faire face aux nouveaux défis de l'avancée en âge – Georges Arbuz – 2008 – P13 »

jeunesse prime, il faut prendre en compte la réalité que nos anciens nous rappellent et que nous avons tendance à oublier : notre finitude et notre destin face à la mort.

Il est difficile de déterminer un diagnostic de fin de vie auprès d'une personne âgée. Cela dépend de nombreux facteurs caractérisant son état de santé. Il est impossible de déterminer exactement une échéance concernant la fin de vie d'une personne. Cependant il est possible d'engager un diagnostic de fin de vie lorsque que la personne âgée est atteinte de pathologies graves et/ou incurable. Et lorsque toutes les mesures thérapeutiques engagées se sont avérées inefficace. Dans ce cas le patient bénéficiera de soins palliatifs.

## **2<sup>ème</sup> partie : LE SERVICE DES URGENCES**

Dans un second temps, je souhaite m'intéresser au service des urgences, je voudrai dans cette partie développer l'arrivée de la personne âgée dans ce service et expliciter son fonctionnement. Pour compléter ma recherche, j'ai décidé d'effectuer mon stage préprofessionnel dans le service des urgences dans un grand centre hospitalier de la région. J'espérai observer des situations en rapport avec ma recherche. Je voulais de par cette expérience être acteur de l'accompagnement, comprendre les difficultés, et voir le travail de l'équipe mobile de soins palliatifs. Cependant, le service des urgences où j'ai effectué mon stage transférer rapidement les personnes âgées en fin de vie dans l'unité de soins continus. Cette unité était situé 2<sup>ème</sup> étage, au dessus des urgences.

Ceci-dit, j'ai pu me rendre compte de l'affluence pouvant devenir très vite importante, et difficile à gérer. Dans ce cas, j'ai compris et vécu la charge de travail qui pouvait devenir conséquente, ce qui diminue notre disponibilité. Je me suis rendu compte qu'aux services des urgences, on gère l'urgence. Les patients nécessitant rapidement des soins sont nombreux.

J'ai également constaté que les personnes âgées étaient nombreuses à fréquenter régulièrement le service des urgences. Elles arrivent par leur propre moyen de leur domicile ou pour la plupart arrivent de leur institution.

Pendant mon stage, j'ai vu des situations de personnes âgées en fin de vie dans le service des urgences. Je me rappelle de cette dame de 86 ans qui était arrivée la

veille, installé dans un boxe, elle souffrait d'une hémorragie méningée. Le médecin gériatre du service face à la gravité de l'état de santé de la patiente décide de son transfert en unité de soins continus. Néanmoins, il n'y avait pas de place. Le pronostic vital de la patiente est engagé. La dame âgée est restée ce matin là en zone boxée, en attendant qu'une chambre se libère dans l'après-midi. Elle était accompagnée de sa petite fille.

Durant la matinée, je me suis rendu le plus disponible possible pour la patiente et sa famille. J'ai participé à la réalisation des soins de confort de la patiente avec l'aide soignant (toilette, effleurage, changement de position, soins de bouche). Je suis resté disponible et à l'écoute de la famille. Je prenais régulièrement les constantes de la patiente, en me rendant dans la chambre, j'étais touché par la situation. En effet, la petite fille au chevet de sa mamie, en pleurs racontait des souvenirs qu'elles avaient en commun. J'ai proposé un café à l'accompagnante, un repas, de l'eau, je suis resté à son écoute. J'ai pris soins de la dame âgée, j'ai réalisé les soins de confort tout en préservant la communication. J'ai utilisé le toucher en tenant la main de la patiente. J'ai accompagné dans le respect du patient et de sa famille. J'ai fait preuve d'humanité. Malgré la charge de travail qui était conséquente ce jour là, j'ai pu accompagner, cette dame et sa famille. Un geste, une attention, un mot, ça ne prend pas beaucoup de temps et cela apporte tellement. Je le pense vraiment et je sais que c'est quelque chose que je continuerai d'appliquer dans ma pratique professionnelle.

### **1).Définition de l'urgence<sup>4</sup>**

Caractère de ce qui est urgent, de ce qui ne souffre d'aucun retard.

Nécessité d'agir vite ex : *des mesures d'urgences.*

Situation pathologique dans laquelle un diagnostic est un traitement doit être réalisée très rapidement

---

<sup>4</sup> « Dictionnaire français, Le Larousse »

## **Circulaire n°95-22 du 06 mai 1995, relative à la charte des droits des patients hospitalisés.**

Instaure une charte rappelant que « les établissements de santé dispensent des soins préventifs, curatifs et palliatifs selon l'état du patient »

Après avoir défini l'urgence, il me paraît plus que judicieux de détailler son organisation.

### **2) Organisation des urgences<sup>5</sup>**

L'accueil et le traitement des urgences sont une fonction des centres hospitaliers publics et privés. Il concerne l'accueil des malades et des blessés se présentant spontanément ou amenés par des ambulances ou véhicule des sapeurs pompiers.

Le rôle des urgences est d'accueillir sans sélection, 24h/24h, 7j/7j, toute personne se présentant en situation d'urgence y comprise psychiatrique. C'est un lieu de soins pluridisciplinaires. Ses missions sont d'accueillir les patients et leur famille, d'orienter les patients, d'effectuer des soins (plateau technique) et des consultations.

Les usagers arrivent d'eux même, sont envoyés par le médecin, ou sont amenés par Ambulance, les pompiers, le SAMU. Les personnes âgées arrivent souvent dans ce contexte. Elles arrivent de leur domicile, ou bien de leur maison de retraite. En institution, le médecin généraliste responsable des résidents effectue ses consultations quotidiennes, il reste temporairement au sein de l'établissement. En cas d'avis médical, d'urgence médicale les résidents sont orientés vers le service des urgences. Selon un reportage<sup>6</sup>, en France, 300 000 personnes âgées

---

<sup>5</sup> « L'organisation des urgences, l'infirmier.com »

<sup>6</sup> En quête d'actualité : la face cachée des urgences : sommes-nous bien soignés ? diffusé sur Direct8 en novembre 2012.

arrivent dans un état de santé gravement altérée aux urgences. Elles viennent, en grande partie de leur maison de retraite.

Lorsqu'une personne âgée arrive aux urgences, elle est accueillie par l'IAO, infirmier d'accueil et d'orientation. Celui-ci prend connaissance de toutes les informations transmises par les services de secours. Il interroge le/la patient(e), effectue un recueil de données, prend les constantes, questionne sur les antécédents, les traitements en cours. Il demande si le/la patient(e) a des allergies connues. Il évalue selon toutes les informations en sa possession et son observation clinique, le critère de gravité. Ce système de triage régulier est un processus dynamique consistant à évaluer les besoins de santé et établir les niveaux de priorité selon des critères préétablis. Il détermine la réponse la plus appropriée dans des délais définis. Cela implique une réévaluation périodique systématique des patients en attente lorsque les délais sont expirés. L'objectif est d'analyser rapidement le motif de recours aux urgences, d'évaluer les besoins en soins et leur priorisation, d'optimiser les délais d'attente.

L'infirmier d'accueil établit un dossier d'entrée dans lequel il indique s'il en a connaissance qu'une prise en charge palliative pour le/la patient(e) est décidée. Il décide ensuite de l'orientation du patient qui sera dirigé vers la zone boxée. Il sera vu par le gériatre du service qui évaluera l'état de santé de la personne âgée. Dans le cas d'une fin de vie, il demande le transfert de la personne vers l'unité de soins continus. Une information concernant le patient est transmise à l'équipe mobile de soins palliatifs.

Ensuite, j'aimerais connaître la population accueillie au sein des urgences. En effet, je souhaiterais savoir si les personnes âgées représentent une part importante d'usager des services d'urgences.

### **3) Les urgences, la population accueillie<sup>7</sup>**

Les urgences accueillent des patients de tous âges. Si l'on s'intéresse au pourcentage de fréquentation des urgences selon la classe d'âge, ce sont les nourrissons de moins d'un an qui ont le taux de recours aux urgences le plus élevé (48 %, soit 1,7 fois plus que les enfants d'un à 5 ans).

**Au deuxième rang, viennent les personnes âgées de 80 ans et plus (40 %),** enfin les enfants d'un à 5 ans. À l'opposé, ce sont les personnes qui ont entre 51 et 70 ans qui ont le taux de recours le plus faible (12 %).

Les personnes âgées de plus de 70 ans sont plus souvent prises en charge par le secteur public : globalement, celui-ci accueille 90 % des patients des urgences avant 70 ans, mais 95 % de ceux qui ont plus de 70 ans.

L'âge des patients hospitalisés après leur prise en charge par l'équipe des urgences est en moyenne de 53 ans. La part des plus de 70 ans étant en particulier représentative (38%). Celle des personnes très âgées de 22%. En effet le taux d'hospitalisation augmente avec l'âge pour atteindre 49% des 71-80 ans.

Les personnes âgées en fin de vie arrivées aux urgences sont prises en charge par le médecin, l'infirmier et l'aide soignant. D'autres acteurs viennent compléter la prise en charge tel que l'équipe mobile de gériatrie et l'équipe mobile de soins palliatifs. L'infirmier est un acteur important dans la prise en soins, il effectue les liens et passe l'information à l'équipe pluridisciplinaire. Sa fonction est légiférée est donc *considérée comme exerçant la profession d'infirmier, toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application au rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement.*

*Code de la santé publique Art 4311-1 (modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009)*

---

<sup>7</sup> « Les usagers des urgences : 1<sup>er</sup> résultats d'enquête nationale. DRESS n°212 Janvier 2003. De Valérie CARRACCO et Dominique BAUBEAU ».

*L'infirmier peut exercer aux urgences par l'art 4311-2 du code de la santé publique 21 juillet 2009. Peuvent exercer la profession d'infirmier les personnes titulaires d'un diplôme.*

L'infirmier des urgences effectue des soins auprès des personnes âgées en fin de vie dans son service. Il s'assure de la prise en charge globale du patient, il prend en compte la situation médicale, sociale, et familiale du patient. Il participe à la résolution des soins d'hygiène et de confort. Il transmet ses observations cliniques, les informations au médecin. Il effectue les démarches concernant le transfert du patient et gère les familles. Il collabore avec le médecin référent et l'équipe mobile de soins palliatifs. Il se doit d'apporter une qualité dans ses soins. Cette démarche qualité est un processus mis en place dans la structure hospitalière afin d'optimiser la prise en soins.

#### **4) La qualité des soins.**

Il me semble alors judicieux de comprendre ce qu'est la qualité des soins.

La qualité des soins est décrite par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme la garantie que chaque « patient reçoive la combinaison d'actes diagnostiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût, pour un meilleur résultat au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction, au terme de procédures, de résultats, et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

Sans en porter nécessairement le nom, les démarches qualité existent de longue date dans les établissements de santé. De façon souvent empirique, les professionnels ont appris à améliorer les soins et régler les problèmes, en intégrant les innovations thérapeutiques et en améliorant l'organisation des soins. La plupart du temps, ils trouvent tout naturellement des solutions faciles à appliquer, sans recourir à des méthodes spécifiques.

Cependant, il s'avère que la résolution de certains problèmes, ponctuels ou récurrents, ou encore la réponse à certaines exigences de qualité ou de sécurité peut être difficile à obtenir, malgré la mobilisation de ressources importantes. Il

s'avère alors utile de recourir à des méthodes structurées. Compte tenu de leur diversité, il est difficile de les maîtriser de façon exhaustive et de réaliser le choix le plus approprié à chaque situation. La réussite des démarches qualité repose sur de nombreuses composantes qui doivent être prises en compte. Celles-ci ont trait à l'organisation, à la communication, à l'évaluation et à la maîtrise des méthodes et outils de la qualité.

Cette dernière constitue, de façon complémentaire, un élément clef pour obtenir des améliorations rapidement significatives grâce à une démarche cohérente et logique. Leur connaissance permet de faire un diagnostic qualité exact, de définir correctement les priorités, d'apporter des solutions adaptées après l'identification des causes des problèmes. Elle permet aussi d'éviter d'utiliser des méthodes trop complexes ou peu efficaces générant découragement et perte de temps. La sélection et l'analyse des méthodes et outils utilisés dans les secteurs de la santé, de l'industrie et des services ont été opérés en recueillant l'avis de responsables qualité reconnus pour leur expérience. La plupart des méthodes sont présentées avec un exemple apporté par un établissement de santé ou, à défaut, extrait de la littérature. Les méthodes les plus connues et les plus utilisées sont présentées en premier lieu telle que l'audit clinique qui reste la clé de voûte de l'appréciation de la qualité des soins.

La démarche qualité est supervisée par l'HAS (Haute autorité de santé) et l'ANESM (agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) inauguré le 21/04/2007.

La démarche de qualité est continue et la mise en place par le biais d'une convention tripartite entre l'ARS (agence régionale de santé), le conseil général et l'établissement hospitalier.

Mes lectures m'ont conduit vers des auteurs qui dans leurs ouvrages évoquent des situations de personnes âgées en fin de vie aux urgences. Ils y dénoncent, notamment des manquements à la qualité des soins.

Selon son rapport<sup>8</sup> Marie De HENNEZEL dit « *qu'on meurt de plus en plus aux urgences. Les équipes témoignent du nombre croissant de personnes âgées ou en phase terminale de maladies graves qui arrivent aux urgences pour mourir. Les soignants de ces services souffrent de ce qu'ils perçoivent comme une situation à la limite de l'humain. Ils parlent d'urgences de l'accompagnement. Trop de*

---

<sup>8</sup> Rapport remis en 2004 à Monsieur Jean-François Mattéi.



*personnes en fin de vie meurent aux urgences et dans les unités de soins continus dans des conditions insatisfaisantes».*

Elle renforce, ses dires en publiant deux ouvrages qui apportent des témoignages poignants. Notamment, le souci de l'autre : « *Deux pompiers arrivent, ils poussent un brancard sur lequel gît une veille dame à moitié nue, inconsciente. Elle vient d'une maison de retraite. Elle a 92 ans, pas de famille... Est-ce humain de venir mourir là, dans la cohue d'un service d'urgences ? Une infirmière pousse maintenant le brancard vers le box tranquille, un peu retiré du reste du service. Son cœur s'essouffle. Je sens qu'elle est en train de partir. Alors je lui parle, je l'appelle par son prénom, pour qu'au moins elle ne soit pas une mourante anonyme. Je lui tiens la main et je lui dis que je ne la connais pas mais que je suis là, une humaine parmi les humains, pour qu'elle ne soit pas seule.* » (Annexe VI) Et la mort intime : « *Dominique ne cesse de réclamer la mort. ... retraitée de l'éducation nationale... Voilà quelques jours qu'elle ne se lève plus et que les douleurs sont revenues... Dominique serre les poings et pousse un hurlement que l'on pourrait croire de douleur, mais qui n'est que l'expression d'une révolte qui sourd en elle et ne peut s'échapper qu'à travers une longue plainte douloureuse... Dans le silence qui suit, il n'y a plus ni plainte ni inconfort. Un petit sourire de jubilation sur le visage, Dominique s'est endormie* ».

Son ami Patrick PELLOUX, médecin urgentiste évoque dans ses chroniques<sup>9</sup> des situations vécues de rencontre avec des personnes âgées venant finir leur vie dans le service des urgences. « *Votre famille a disparu. Vous avez connu la Seconde Guerre mondiale, la déportation, la mort... Le tatouage sur votre avant bras valait tous les récits. Quels secrets aviez-vous gardés en vous pour conserver ce plaisir de vivre ? Je vous ai laissé sur un brancard, aux urgences d'un hôpital parisien. Vous avez remercié tout le monde avec votre large sourire qui faisait tomber votre dentier, mais votre élégance nous a empêchés de le voir. J'ai appris que, quelques minutes après vous étiez déjà loin...* ». « *Il était non pas une fois, mais plusieurs, des personnes âgées aux urgences. ... Mais si vous les regarder comme des personnes qui ont traversé toute une vie, vous verrez bien d'autres choses...Géraldine a vécu toute sa vie dans le faubourg Saint*

<sup>9</sup>Histoire d'urgences, tome 2, paru dans Charlie Hebdo P253, P301.

*Antoine....Elle a 88 ans....Au petit matin, elle est morte, sans bruit. Un peu comme si elle avait tout prévu. Le faubourg n'a pas bronché, même pas une minute de silence, le vent frais a continuer de souffler. » (Annexe VII)*

Ses témoignages, les situations vécues lors de ma formation me permettent de renforcer l'idée qu'il faut pour prendre en soin une personne âgée aux urgences développer l'humanité. En effet, il s'agit d'un concept fort qui me paraît essentiel face à cette situation. C'est un concept qui est à mes yeux un principe fondateur de nos valeurs soignantes.

### **5) L'humanité**<sup>10</sup>

**Le concept d'humanité** repose sur une définition de l'homme comme animal communiquant doté de capacités et vivant dans un milieu particulier, ce qui implique des besoins propres à l'espèce humaine. Ce concept a été popularisé et adapté aux soins des personnes âgées par **Yves Gineste et Rosette Marescotti**.

Qu'est ce qu'un homme ? La question reste sans réponse. En effet, la réponse n'est peut être que la question : l'homme est le seul animal à se demander ce qu'il est et qui il est. Une définition stricte du mot « homme », ne peut pas être donnée puisque l'une des caractéristiques fondamentales est que chaque homme est différent des autres, qu'il n'existe pas une seule mais de multiples manières d'être homme et de vivre son humanité.

L'homme est un être singulier et unique qui va utiliser à sa manière, pour construire son identité, ces qualités humaines (aimer, marcher, parler, réfléchir, faire des projets). La mise en humanité, lui assure une identité commune à tous les hommes, celle d'être humain. Ainsi qu'une identité commune à tous les hommes de sa société, celle de citoyen. Ces éléments étant le socle de sa liberté, il est reconnu égal à tous les autres hommes, il peut devenir différents des autres, dans la limite du respect de leur liberté. Cette identité singulière, ne peut pas être

---

<sup>10</sup> « Humanité – Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux – Yves GINESTE et Jérôme PELLISSIER - 2005. P16, P35,P215

définie puisqu'elle est propre à chacun d'entre nous construit entre sa personnalité et les attentes sociales.

Dans la philosophie de l'humanité qu'est ce qu'un soignant ? « Un soignant est un professionnel qui prend soin d'une personne (ou d'un groupe de personnes) ayant des préoccupations ou des problèmes de santé, pour l'aider à l'améliorer, à la maintenir, **ou pour accompagner cette personne jusqu'à la mort**. Un professionnel qui ne doit en aucun cas détruire la santé de cette personne ».

En tant que soignant, les valeurs et les principes qui constituent notre cœur de métier, auquel s'ajoute le concept d'humanité, sont le socle de nos actions soignantes.

### **3<sup>ème</sup> Partie : LES SOINS PALLIATIFS<sup>11</sup>**

Dans un dernier temps je m'intéresserai aux soins palliatifs. J'apporterai en premier lieu une définition, je déterminerai les acteurs, ainsi que les bénéficiaires des soins palliatifs. Tout cela afin de mieux les connaître. J'avancerai dans cette partie le concept de l'accompagnement qui est pour moi, révélateur. En effet, celui-ci permet d'énoncer les valeurs fondamentales dans la prise en soins de la fin de vie. J'illustrerai ces propos avec une théorie qui est pour moi, applicable face à des situations de fin de vie, mais également dans la réalisation de nos soins. Pour finir, je développerai le concept de mort qui représente la finalité de la vie et de la dignité.

#### **1. La définition**

**Les soins palliatifs sont « des soins actifs et continus pratiqués par une équipe multidisciplinaire, en collaboration avec des bénévoles**

---

<sup>11</sup> Nora BERRA secrétaire chargée des aînés, auprès du ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique. Les soins palliatifs – Juin 2010 et la Circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs

***d'accompagnement, 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. Ils ont pour but de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort ».***

Ces soins sont délivrés dans une approche globale de la personne atteinte de grave maladie, évolutive ou terminale. L'objectif étant de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes sources d'inconfort afin de préserver la qualité de vie du malade et de son entourage familial, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

***La circulaire du 26 août 1986, relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale (dite circulaire Laroque) permet d'apporter un cadre législatif à la pratique des palliatifs.***

*C'est une circulaire relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale.*

*Au moment où l'activité de l'hôpital est de plus en plus marquée par les développements de ses aspects techniques, un certain nombre de circulaires ont pour objet de rappeler son rôle d'accueil et de soin global à la personne (circulaire sur l'hospitalisation des personnes âgées).*

*La présente circulaire relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale s'intègre dans cet ensemble : les progrès de la médecine, le sens de la solidarité nationale doivent se rejoindre pour que l'épreuve inévitable de la mort soit adoucie pour le mourant et supportée par les soignants et les familles sans que cela n'entraîne de conséquences pathologiques.*

*Ce texte a donc pour objet de préciser ce que sont les soins d'accompagnement parfois appelés soins palliatifs et de présenter les modalités essentielles de leur organisation, compte tenu de la diversité des situations (maladie, vieillesse, accident ; à domicile ou en institution).*

Les soins palliatifs sont souvent synonymes de la fin de vie, mais ils ne concernent pas que les derniers jours de la vie. Le traitement de la douleur et le traitement des symptômes inconfortables (nausées, anxiété,...) sont également des composantes essentielles de la phase palliative. Ils peuvent aider la personne à mieux vivre sa maladie et anticiper les difficultés qui pourraient survenir.

J'ai eu l'occasion de découvrir l'unité de soins palliatifs en effectuant un remplacement d'aide-soignant pendant un mois durant les vacances scolaires. Il est vrai que j'ai travaillé dans une unité de soins palliatifs de la région. Je suis ressorti riche de cette expérience. J'ai énormément été impliqué dans la prise en charge de ses patients. Toute l'équipe soignante gravite autour du patient afin de l'accompagner au mieux dans la fin de sa vie. J'ai pu observer la prise en charge de chaque acteur de l'équipe. Cela m'a permis d'avoir une vision de ce qu'était les soins palliatifs. J'ai découvert une unité riche en relation humaine, où le respect de l'homme et de sa dignité, le soulagement de sa douleur physique et psychologique du patient, ainsi que celle de sa famille sont des fondements de la prise en soins.

***La loi n°2002-303 du 04 Mars 2002 - art L1110-5 du code de la santé publique.***

*« ...Rappelle que toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée ».*

Par ailleurs, la démarche des soins palliatifs vise à sauvegarder la dignité de la personne et à éviter les traitements ou examens médicaux déraisonnables. Le patient garde une place centrale dans les décisions qui le concernent, la famille et les proches sont également une réelle source d'accompagnement.

***La loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits du patient et de la fin de vie, dite loi LEONETTI vient éclaircir dans l'art 1 « Le refus d'obstination déraisonnable ».*** Cet article définit les procédures d'arrêt de traitement, et la reconnaissance des droits spécifiques des malades en fin de vie (refus du traitement, rôle de la personne de confiance, prise en compte des directives anticipées du malade).

## **2. Les acteurs**

Plusieurs acteurs sont concernés par la prise en charge du patient : médecins, infirmiers, aides soignants, bénévoles et entourage familial. L'ensemble des professionnels de santé doivent être en mesure de pratiquer les soins palliatifs, que ce soit à domicile, à l'hôpital ou en établissement d'hébergement médico-social. Dans des cas complexes, ils peuvent faire appel à des structures ou à des dispositifs spécialisés en soins palliatifs. Les situations de fin de vie nécessitent des modes d'accompagnement spécifiques. La formation et le soutien des soignants, des proches et des bénévoles font partie de cette démarche.

Les soins palliatifs sont pratiqués par :

- \_ ***Les unités de soins palliatifs (USP)*** : spécialisés en soins palliatifs à l'hôpital
- \_ ***Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) : équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmiers, psychologues) qui se déplacent au lit des malades et/ou auprès des soignants. Elles ont pour rôle le conseil et le soutien.***
- \_ ***Les lits identifiés en soins palliatifs (LISP)*** : installés dans des services hospitaliers, ils sont confrontés à des fins de vie fréquentes. Ce sont les mêmes soignants qui suivent le patient depuis sa maladie et mettent en place les soins palliatifs.
- \_ ***Les réseaux de soins palliatifs*** : favorisent le maintien à domicile.
- \_ ***Les services d'hospitalisation à domicile (HAD)*** : mis en œuvre sur prescription médicale lorsque la personne souhaite bénéficier de soins à son domicile.

## **3. Les personnes bénéficiaires des soins palliatifs**

***« Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement »***

Toute personne faisant face à une maladie grave ou potentiellement mortelle, qu'elle soit un nouveau né, un enfant ou un adulte, peut bénéficier de soins palliatifs et de la prise en charge adaptée : personnes souffrant d'un cancer, du

sida, d'une maladie dégénérative, des suites d'un accident vasculaire cérébral grave, de la maladie d'Alzheimer,...

Les soins palliatifs concernent également les patients hospitalisés dans les services de réanimation ou de soins intensifs lorsque l'objectif de soins n'est plus la guérison.

Enfin, **ils s'adressent aux personnes âgées dans des situations complexes, dépendantes ou fragiles** ou aux nouveau-nés avec malformations néonatales.

***La loi n° 99-447 du 09 Juin 1999 vise à garantir le droit et l'accès aux soins palliatifs***

*Art. L. 1er A. - Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. « Art. L. 1er B. - Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire 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. « Art. L. 1er C. - La personne malade peut s'opposer à toute investigation ou thérapeutique. »*

La prise en charge palliative consiste en l'accompagnement du patient, mais aussi de sa famille qui fait partie intégrante de la prise en charge. La prise en soins de la personne âgée en fin de vie fait apparaître deux concepts forts : **l'accompagnement et la mort.**

#### **4) L'accompagnement de la fin de vie<sup>12</sup>**

Dans le dictionnaire, dans la rubrique médecine l'accompagnement signifie « l'action d'accompagner un mourant ». Accompagner c'est être à côté de la personne, la soutenir.

---

<sup>12</sup> « Dictionnaire Larousse - SFAP.org

Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant, et la mort comme un processus naturel. Ceux qui dispensent des soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables (communément appelés acharnement thérapeutique). Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche, à ce que ces principes puissent être appliqués.

***La circulaire n°2002-98 du 19 Février 2002, permet d'éclairer l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement.***

*Elle s'articule autour de 3 axes :*

- *développer les soins palliatifs et l'accompagnement à domicile ;*
- *poursuivre le développement des soins palliatifs et de l'accompagnement dans les établissements de santé ;*
- *sensibiliser et informer l'ensemble du corps social.*

*Les soins palliatifs doivent progressivement s'intégrer dans la pratique de tous les soignants, à domicile comme en établissement de santé. En outre, la complémentarité des actions entre le domicile et l'hôpital constitue un enjeu fondamental pour assurer la continuité et la qualité de la prise en charge. La mise en œuvre de cette complémentarité repose sur la constitution de réseaux.*

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé<sup>13</sup> : Accompagner la personne en fin de vie c'est reconnaître et respecter ses droits, son histoire, sa situation sociale, sa culture, sa spiritualité, et ses attachements. L'accompagnement est un processus dynamique qui engage différents partenaires dans un projet cohérent au service de la personne, soucieux de son intimité et de ses valeurs propres. C'est une approche globale et pluridisciplinaire, l'accompagnement en institution ou au domicile relève

---

<sup>13</sup> Recommandation de l'HAS sur l'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches établie en 2004 avec la participation au comité d'organisation de Marie De HENNEZEL



d'initiatives et de procédures adaptées aux besoins et aux attentes de la personne soignée, ainsi que ses proches.

Le prendre soin nécessite compétence, attention, écoute, tact et discrétion afin de préserver le sens et la justesse des décisions adoptées dans la concertation. Le soutien et le renforcement de ces pratiques professionnelles nécessitent des moyens en termes de formations spécifiques et de dispositifs adaptés.

L'exigence d'un soin de qualité justifie des échanges aux seins des équipes mais aussi la faculté reconnue aux professionnels de santé d'expérimenter leurs positions personnelles. En effet, l'implication personnelle peut trouver ses limites. Il doit donc envisagé et rendu possible de relayer un soignant qui s'estime dans l'incapacité de se maintenir auprès d'une personne dans une relation d'accompagnement.

### **La théorie du « Caring » de Jean WATSON**

#### **(Annexe VIII)**

Cette théorie évoque des valeurs, dans lesquelles je me retrouve. En effet, en soins infirmiers, elle est l'art et la science humaine du caring, ancré dans un idéal moral altruiste : préserver l'humanité dans les soins de santé. Elle est de plus en corrélation avec la prise en soins des personnes âgées en fin de vie aux urgences.

*« Le grand âge, la dépendance, la souffrance globale et la fin de vie ne justifient en rien les dérives éthiques, mais réclament au contraire des compétences technique et humaine au service d'un véritable prendre soins<sup>14</sup> »*

C'est pour cela qu'il me semble essentiel de joindre à mon travail de recherche, la théorie du « Caring » de Jean WATSON. Elle est née en 1940, a été diplômé en soins infirmiers en 1961 et a publié en 1979 sa théorie du caring<sup>15</sup>.

Soigner « le cure » et prendre soin d'un patient « le care » représentent les deux dimensions indissociables de la pratique médicale.

---

<sup>14</sup> Institut des laboratoires UPSA. Ursa douleurs personnes âgées chap 9

<sup>15</sup> Recherche en soins infirmiers n°95 2008/12 pages 37-45. Base de données en santé publique.

Le Care est essentiellement basée sur des valeurs humanistes de respect, de collaboration et d'unicité plutôt que l'objectivation, le contrôle et la catégorisation de la personne soignée. L'intervention des professionnels, inspirée par l'approche de cette théorie, se fera dans le respect incontesté de la dignité humaine et de sa famille. Si nous considérons que le caring est au cœur des soins infirmiers et qu'il représente son essence, les infirmiers devront faire un effort conscient afin de préserver cette approche humaniste et relationnelle du soin dans leur pratique clinique. Pour Jean Watson le caring est un ensemble de facteurs (qu'elle nomme « facteurs caratifs » (annexe VIII) en opposition au terme « curatifs ») qui fondent une démarche soignante favorisant soit le développement ou le maintien de la santé, soit une mort paisible.

### **5.1) La mort<sup>16</sup>**

La mort est un concept inévitable face aux situations de personnes âgées en fin de vie. Il me paraissait indispensable de faire paraître quelques lignes sur ce concept.

La mort est la fin de la vie due à l'impossibilité organique de soutenir le processus homéostatique. Il s'agit du final de l'organisme vivant ayant été créé à partir de la naissance.

Le concept de mort, toutefois, a évolué au fil de l'histoire. Autrefois, on considérait que la mort, en tant qu'évènement, avait lieu à partir du moment où le cœur s'arrêtait de battre et que l'être vivant cessait de respirer. En raison des progrès de la science, la mort en est arrivée à un processus qui, à partir d'un moment donné, devient irréversible. À l'heure actuelle, si jamais une personne cesse de respirer par ses propres moyens, elle a la possibilité d'avoir accès à un respirateur artificiel et de mener une vie plus ou moins normale. Par ailleurs, il y a lieu de mentionner la mort cérébrale, qui est l'arrêt total et irréversible de l'activité du cerveau, c'est-à-dire, la personne est toujours vivante mais son cerveau ne travaille plus. Outre la biologie, il existe une conception sociale et religieuse par rapport à la mort selon laquelle elle serait la séparation du corps et de l'âme.

---

<sup>16</sup> [www.definition.fr](http://www.definition.fr)

Autrement dit, la mort correspond au final de la vie physique mais pas de l'existence. La croyance en la réincarnation est également assez commune.

Un squelette couvert d'une espèce de tunique avec une faucille symbolise la mort. La Parque (une déesse) connue sous le nom de Morta représente la mort. D'après la mythologie grecque et romaine, elle coupait le fil servant à mesurer la durée de la vie de chaque mortel. Enfin, la mort est la destruction ou le final de quelque chose.

Après avoir vu le concept de la mort, je souhaite m'intéresser à la dignité. En effet, lorsque la mort est proche, comment pouvons-nous dire que la personne âgée nous a quittés dans la dignité. Quel sens mettre derrière le mot dignité ?

## **5.2) La dignité**

Le principe de la dignité humaine, « *désigne sous ce nom le principe moral énonçant que la personne humaine ne doit jamais être traitée seulement comme un moyen, mais comme une fin en soi ; autrement dit que l'homme ne doit jamais être employé comme moyen sans tenir compte de ce qu'il est en même temps une fin en soi* ». Emmanuel KANT *La métaphyse des mœurs* paru en 1795.

Patrick VERSPIEREN<sup>17</sup> lui a distingué quatre sens principaux du mot dignité.

1. Un sens social : échelle des honneurs
2. Un sens moral : la dignité est alors synonyme de moralité, de valeur morale
3. Un état de la personne : est réputé digne celui ou celle qui correspond à l'image qu'on se fait dans la société de la personne humaine.
4. Un attribut essentiel : le terme « dignité » en est venu à désigner la grandeur, et donc le droit au respect, de tout homme et de toute femme, en raison de son « **humanité** », c'est-à-dire de son **humanité** si l'on désigne ainsi le fait d'être un

---

<sup>17</sup> [www.ethique.inserm.fr](http://www.ethique.inserm.fr) La dignité de la personne humaine. Cours résumé par D.SAGET, G.CITOT et E. VIGNEAUX, en 2003 sur [www.infodoc.inserm.fr](http://www.infodoc.inserm.fr).

humain avec ce qui caractérise un tel mode d'exister, et de son appartenance à l'ensemble de l'humanité, ensemble tissé de multiples liens. Cette « humanité » de l'individu humain est sinon justifiée du moins désignée aujourd'hui par des termes différents : « *sociétaire du genre humain* », « *membre de la famille humaine* » ou tout simplement : personne.

Dans cette perspective éthique et juridique, dignité et « **humanité** » sont intimement liées. Ce qu'affirmait en 1991 le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) français : « *La dignité de l'homme tient à son humanité même.* » Cela rejoint La Déclaration universelle des droits de l'homme de l'ONU (1948) qui affirme, dans son préambule, « *l'égale dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine.*

La protection des droits de l'homme et le respect de la dignité de la personne au travers de la prise en compte des souhaits exprimés par les patients<sup>18</sup>.

La résolution n°1859 de l'assemblée parlementaire du conseil de l'Europe (25.01.2012) aborde ce sujet. L'assemblée se réfère dans un premier point à l'article 8 de la convention européenne des droits de l'homme sur le droit de la vie privée selon laquelle aucune intervention concernant une personne ne peut avoir lieu sans son consentement. De ce droit découlent les principes d'autonomie et de consentement préalable. De ce principe découle notamment le droit de refuser un traitement. L'assemblée se réfère également à la convention d'Oviedo<sup>19</sup> qui affirme notamment le principe du libre consentement des patients, prend en compte les cas dans lesquels les patients ne sont pas en état de leur donner leur consentement et stipule que leur volonté, exprimée préalablement, doit également être prise en compte. Ces vœux peuvent être exprimés sous la forme de directives anticipées, de « living will » (testament de vie) ou de procuration permanente.

---

<sup>18</sup> Le Souci des autres, n°110 Septembre 2012, revue JALMALV/jusqu'à la mort accompagner la vie P109

<sup>19</sup> Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : convention sur les droits de l'homme et de la biomédecine, Oviedo 1997.

## **L'enquête :**

Pour mener à bien mon travail de recherche et répondre à mon nouveau questionnaire concernant l'équipe mobile de soins palliatifs (AnnexeIX). Je vais entreprendre auprès des interviewés, des entretiens semi-directif. En effet, je souhaite poursuivre avec cette méthode qui permet de recueillir des informations riches. Elle laisse également, la personne interrogée s'ouvrir à d'autres points de vue face au questionnaire, et laisse libre cours à la discussion. Je compte utiliser un dictaphone afin de relater au mieux les informations recueillies auprès des professionnels de santé. Chaque personne interviewée sera avertie et son accord sera demandé au préalable.

## **RESULTAT DE L'ENQUETE**

### **2.1 Choix de l'outil :**

Afin de pouvoir répondre à mon questionnaire définitif, comme je l'ai dit auparavant j'ai choisi des entretiens semi-directifs. En effet, ils permettent de laisser s'exprimer librement la personne interrogée et de pouvoir connaître son ressenti sur le thème abordé. Plus précisément les modalités de la prise en soins de la personne âgée en fin de vie aux urgences par l'équipe mobile de soins palliatifs. J'aimerais savoir en quoi elle est une ressource indispensable pour l'équipe des urgences dans la prise en soins palliative de la personne âgée.

### **2.2 Choix de la population**

Les entretiens sont menés dans trois unités de soins palliatives de la région qui sont rattachées à un centre hospitalier. Leurs équipes mobiles travaillent très souvent en collaboration avec l'équipe soignante des urgences. Ils sont réalisés auprès de six infirmiers diplômés d'état travaillant au sein d'une équipe mobile. Lors de la réalisation de mes interviews, un médecin urgentiste autrefois, et

travaillant en équipe mobile de soins palliatifs désormais a souhaité répondre à mon questionnaire. En effet, il semblait très intéressé par le thème exposé et il me paraît très intéressant de recueillir ses propos.

Ces entretiens me permettront de connaître les modalités de la prise en soins du patient et de sa famille par l'équipe mobile de soins palliatifs. Cela me permettra de comprendre ce qui fait que l'équipe mobile soit un soutien indispensable dans la prise en charge d'une personne âgée en fin de vie auprès de l'équipe soignante des urgences. Ensuite, j'aimerais savoir comment s'effectue la collaboration. J'envisage de connaître la façon dont il personnalise leur accompagnement. La recherche de ses éléments me permettra d'affirmer ou non, mon hypothèse. **A savoir que l'équipe mobile des soins palliatifs est une ressource indispensable dans la prise en charge palliative des personnes âgées aux urgences, afin d'apporter des soins de qualité.**

En effet, j'espère connaître les éléments permettant de comprendre et d'améliorer ma pratique infirmière notamment dans l'accompagnement de la personne âgée en fin de vie. Plus précisément ici dans le service des urgences. Les infirmières d'équipe mobile de soins palliatifs m'apporteront des éléments nouveaux. Ceux-ci me permettront d'orienter ma recherche.

Le choix de l'échantillonnage permet d'avoir des visions, des éléments différents, du fait de personnes exerçant dans des établissements différents. Le fait d'avoir une vision infirmière sur la prise en soins des personnes âgées en fin de vie aux urgences ; permet un vrai questionnement sur nos pratiques infirmières, notamment concernant notre accompagnement.

### **2.3 Objectif des entretiens infirmiers**

En premier lieu, j'ai souhaité connaître les interviewés. J'ai pris connaissance de leur âge, et de leur fonction. J'ai voulu prendre connaissance de la date de création de leur équipe mobile et comprendre ce qui les avait décidés à y travailler. J'espère de ce fait obtenir des informations éclaircissant mon questionnement en découvrant leur choix, leur cheminement de carrière.

En un second temps, j'ai demandé aux interviewés de m'expliquer leur rôle aux urgences, les modalités de leur collaboration et la fréquence de leur passage. Avec ces questions, j'espère comprendre l'organisation de l'équipe mobile de soins palliatifs, explorer son savoir-faire, au sein des urgences. J'aimerais aussi découvrir s'ils sont aujourd'hui une ressource indispensable auprès des soignants dans l'accompagnement de la personne âgée en fin de vie aux urgences.

Pour finir, je me suis interrogé sur la vision qu'avaient les professionnels de l'équipe mobile de soins palliatifs sur leur accompagnement et sur les ressources dont ils disposaient. Je voulais également savoir s'ils rencontraient des difficultés dans la personnalisation de leur prise en charge. Je peux ainsi demander si cela est toujours possible et si oui comment s'ils prennent-ils ? Comme cela, j'espère dévoiler les méthodes utilisées par les équipes mobiles de soins palliatifs pour entreprendre une personnalisation de l'accompagnement et apporter ainsi des soins de qualité. Ce que je vais apprendre, ne pourra que m'enrichir dans ma pratique professionnelle, notamment dans l'accompagnement de la personne âgée en fin de vie. Ce seront alors, des savoirs que je pourrais exploiter dans l'exercice de ma future profession.

## **2.4 Grille d'entretiens auprès des infirmiers et aides-soignants**

Annexe X

## **2.5 Condition de passation**

Tout d'abord, je souhaitais interviewer six à huit infirmières travaillant en équipe mobile de soins palliatifs. La difficulté résidait dans le fait que l'équipe mobile de soins palliatifs est multidisciplinaire et qu'en son sein, y travaille souvent deux à trois infirmières. J'ai donc dû entreprendre des demandes auprès de plusieurs établissements, ce qui compliquait les démarches.

J'ai obtenu trois rendez-vous auprès de trois établissements hospitaliers de la région, où y travaille une équipe mobile de soins palliatifs. Les entretiens ont été réalisés dans la même semaine.

Chaque entretien s'est déroulé dans un bureau fermé. Ce qui a permis de ne pas être dérangé pendant les entretiens.

Afin de mieux analyser les données recueillies lors de ces entretiens, j'ai décidé en supplément de la prise de note, d'enregistrer les interviews. Avant de démarrer chaque entretien, j'informai la personne de l'enregistrement et je lui demandai son consentement. Je signalai également que les discussions restaient anonymes.

## **2.6 Analyse quantitative et qualitative des entretiens**

Nous pourrons par le biais du tableau à double entrée (Annexe X), remarquer certaines similitudes et quelques divergences dans les propos des interviewés.

### **Question 1 : Depuis combien de temps l'équipe mobile de soins palliatifs existe elle ? Comment et pourquoi avez-vous décidé d'y travailler ?**

La majorité de l'échantillonnage est représenté par la tranche d'âge des 40 - 50 ans. En effet, cela concerne 5 personnes interrogées.

Les trois équipes mobiles de soins palliatifs interrogées ont été créées il y a plus de dix ans. Même si cela reste récent, nous pouvons avoir un recul plus important du fait de leur expérience.

Sur les motivations qui les ont conduits à travailler en équipe mobile de soins palliatifs, les interviewés s'accordent à dire qu'ils voulaient travailler davantage sur les soins relationnels. Ils disent avoir voulu prendre en charge le patient en fin de vie dans sa globalité et l'accompagner, lui et sa famille.

Une infirmière explique qu'elle avait envie de soigner autrement. Elle dit écouter la personne, répondre à ses besoins en prenant compte de sa souffrance physique



et psychologique, en respectant ses croyances et en tenant compte de ses ressources.

Deux infirmières interviewées travaillaient autrefois dans un service d'oncologie. Ce qui les a décidés à la prise en soins des personnes en fin de vie, c'est un choix personnel. L'accompagnement, la prise en charge psychologique, la proximité avec le patient et sa famille est quelque chose qui leurs tient à cœur. Cela se ressent durant les entretiens.

Une autre infirmière de l'EMSP 3, est présente depuis le début du projet de l'équipe mobile de soins palliatifs. Elle explique que travailler en équipe mobile de soins palliatifs, c'est un choix, un cheminement de carrière, qu'il faut avoir en soi cette notion du prendre soin du patient jusqu'au bout.

En ce qui concerne le cheminement de carrière je me suis également intéressé au propos recueillis auprès du médecin de l'équipe mobile de soins palliatifs qui a travaillé autrefois 18 ans dans un service d'urgences. Elle dit que son souhait était d'évoluer de faire autre chose. Elle s'était rendu compte de par son expérience que certains patients aux urgences, nécessitant des soins rapides du fait de pathologies graves, aiguës étaient vus en priorité et que de ce fait, elle pouvait manquer de temps pour prendre en charge les patients relevant de soins palliatifs. Elle ressentait, au même titre que les autres de soignants de ce service des difficultés dans la personnalisation de l'accompagnement de ces patients.

*Visiblement, les personnes que j'ai interrogé sont en majorité âgées de plus de 40 ans et ont toutes un vécu personnel et professionnel. De ce fait j'espère recueillir des propos, profonds, avec une vision propre qui s'est fondée avec leur expérience. Les équipes mobiles de soins palliatifs existe depuis plus de dix, les propos des interviewés sont riches grâce au recul qu'ils peuvent avoir sur leur pratique professionnelle. En effet, chaque interlocuteur évoque son envie profonde de prendre en soins la personne âgée en fin de vie dans sa globalité et explique avoir décidé de travaillé en soins palliatifs par choix. Ils ont tous élaboré leur cheminement de carrière et ce sont orientés vers l'équipe mobile de soins palliatifs avec la réelle motivation de prendre en soins le patient jusqu'au bout.*

*Les propos du médecin, du fait de son expérience aux urgences, permettent de dire que les soignants des urgences rencontrent des difficultés dans la prise en charge des patients en fin de vie. Cet élément de réponse vient compléter mes propos lors de ma pré-enquête. En effet, j'avais pu déterminer que la personnalisation de la prise en charge des personnes âgées en fin de vie était difficile aux urgences. Mais qu'elle était cependant réalisable même si elle restait parfois difficile et complexe.*

**Question 2 : Quelles sont vos missions spécifiques dans le service des urgences, votre rôle ?**

Toutes les infirmières interrogées, sont d'accord avec leur mission et leur rôle. Elles se déplacent en binôme avec le médecin de l'unité de soins palliatifs.

Elles se rapprochent en un premier temps de l'équipe soignante des urgences afin de recueillir les premières informations. Elles rencontrent ensuite le patient et sa famille, et l'interroge sur ses besoins, ses inquiétudes, ses symptômes. Elles effectuent alors un recueil de données et une évaluation avec le médecin des soins palliatifs. Elles aident alors aux réajustements des actions relevant du rôle propre. Le médecin lui, réajuste si besoin, les traitements à visée antalgique et aide aux traitements des symptômes.

L'infirmière établit le dossier médical de l'équipe mobile de soins palliatifs (annexe XI).

Elles s'accordent à dire qu'elles accompagnent et soutiennent le patient, sa famille, mais aussi l'équipe soignante des urgences. L'infirmière de l'EMSP 3 explique qu'elle travaille en étroite collaboration avec l'équipe des urgences, elle dit : « nous avons ensemble des réflexions éthiques de soins pour lesquelles, nous apportons une décision collégiale.

Elles s'interrogent avec l'équipe mobile de soins palliatifs et l'équipe soignante des urgences du devenir de la personne âgée en fin de vie.

Enfin, elles expliquent aussi prendre contact avec les différents acteurs de soins pour optimiser leur prise en charge. Elles effectuent le lien avec les acteurs interne à leur service, notamment le médecin, la psychologue, l'assistante sociale et la secrétaire, mais aussi avec des acteurs extérieurs, l'équipe soignante prenant en charge le patient, le médecin référent, le médecin traitant, la famille. Elles assurent également la continuité des soins lors de retour à domicile. Elles organisent avec les services d'hospitalisation à domicile et/ou des réseaux de santé (ex : réseau Emeraude), le retour à la maison du patient.

Le médecin interviewé explique que leur rôle est multiple, que ce soit vis-à-vis du patient, de sa famille et des soignants. Ils effectuent ensemble, une prise en charge globale. Ils s'adaptent au rythme, aux besoins, aux demandes de chaque patient afin de personnaliser leur prise en soins.

*Les interviewées ont chacune, conscience de leur rôle et missions au sein d'un service d'urgences. Elles sont toutes au clair avec les actions à mener auprès d'une personne âgée en fin de vie aux urgences. Comme l'a justement dit le médecin de l'EMSP 3, leur rôle est multiple. Elles interviennent à tous les niveaux de la prise en soins, elles évaluent les besoins du patient de manière multidimensionnelle. Elles mettent tout en œuvre afin d'apporter un accompagnement de qualité et d'optimiser leur prise en soins.*

*Nous pouvons retenir de cette question que le mot de leur mission, de leur rôle aux urgences est de **travailler ensemble**.*

**Question 3 : Selon vous de façon concrète, pouvez-vous m'indiquer les modalités de votre collaboration ?**

Chaque équipe mobile est prévenue par le médecin des urgences ou de l'infirmière après accord de celui-ci. Elle est avertie par téléphone. L'EMSP 3 a la particularité d'être également prévenue par mail.

L'EMSP 1, effectue un passage quotidien aux urgences, c'est une volonté du chef de l'unité de soins palliatifs. Elle passe donc tous les jours dans les différentes zones du service des urgences (boxes, consultations, déchoquage, unité de soins

continus) et demandent s'ils ont besoin d'aides concernant la prise en charge d'un patient en soins palliatifs.

Les infirmières interviewées effectuent lors de leurs visites des propositions, notamment de soins de confort, de traitement (décision du médecin), d'aide pour la prise de contact. Elles travaillent de façon transversale avec différents intervenants. Elles prennent en interdisciplinarité des décisions réfléchies concernant la prise en soins de la personne âgée en fin de vie aux urgences. Le mot de chacun ayant sa valeur. Ils apportent ensemble une réflexion globale à la prise en charge du patient. Ils font face ensemble à la souffrance du patient, et de sa famille. C'est en cela que le travail en interdisciplinarité est une vraie richesse car le patient est l'affaire de tous.

Une infirmière explique que la collaboration permet de se centrer ensemble autour de l'autre. En ce qui concerne la personne âgée, elle dit qu'il est essentiel de prendre en compte son vécu, son passé.

Sa collègue, elle évoque le suivi du deuil, et la collaboration avec la psychologue. En effet, les familles reprennent parfois contact avec l'équipe mobile de soins palliatifs après le décès de leur proche. Elles ont besoin de parler, de revenir vers les soignants, les accompagnants de leur proche disparu.

Le médecin, lui dit discuter avec l'équipe et prendre une décision ensemble. Il donne son avis, écoute et prend en compte celui des autres et ils trouvent ensemble un consensus.

*Nous pouvons dire que l'équipe mobile de soins palliatifs travaille en étroite collaboration avec l'équipe soignante des urgences. Elle apporte une aide à la réflexion éthique, aide à la prise de décisions. Elle est un soutien pour l'équipe soignante des urgences dans la prise en soins de la personne âgée en fin de vie. Elle permet à chacun d'apporter une réflexion afin améliorer le confort et la prise en charge du patient. Chacun met sa pierre à l'édifice et ensemble, ils apportent une prise en charge du patient dans sa globalité et son unicité.*

*Le suivi de la famille continu après le décès du patient, l'infirmière travaille alors en collaboration avec la psychologue. L'infirmière d'équipe mobile de soins palliatifs travaille en collaboration avec de nombreux acteurs. Elle donne son avis, émet des propositions et participe à la prise de décision.*

**Question 4 : Etes vous sollicités fréquemment ou systématiquement par l'équipe des urgences pour accompagner la fin de vie des personnes âgées? Oui, non, pourquoi ?**

L'ensemble des infirmières des équipes mobiles de soins palliatifs sont d'accord pour dire qu'elles ne sont pas sollicitées systématiquement, mais fréquemment par l'équipe soignante des urgences. En effet, elles sont appelées en cas de besoin.

Elles expliquent que parfois l'équipe des urgences ne ressent pas le besoin. Elle y arrive très bien toute seule, elle gère entièrement la situation. La personnalisation de la prise en soins est réalisée avec peu de moyen matériel, mais elle reste de qualité. Dans ce cas, l'équipe mobile des soins palliatifs n'intervient pas, mais cependant reste disponible pour les demandes particulières que l'équipe soignante des urgences peut avoir (traitements, problème social, familial, environnemental).

Le médecin lui évoque un propos intéressant, il dit que « certains ne savent pas que nous pouvons apporter une aide ».

*Par cette question, je voulais déterminer si l'équipe mobile de soins palliatifs était une ressource indispensable dans l'accompagnement des personnes âgées en fin de vie. Il semblerait que parfois l'équipe soignante des urgences se sente capable de gérer seule la situation et ils mettent tout en œuvre pour personnaliser la prise en soins de la personne âgée en fin de vie. Cependant, l'équipe mobile même si elle n'est pas sollicitée systématiquement, elle est une ressource, un réel soutien dans la prise en charge de ces patients. L'équipe mobile de soins palliatifs permet d'apporter un accompagnement de qualité et d'assurer une prise en charge globale du patient et de sa famille. Elle est aussi un soutien pour l'équipe face à*

*des situations difficiles. La psychologue de l'équipe mobile intervient auprès des soignants individuellement ou en groupe.*

*Les infirmières de l'équipe mobile interviennent régulièrement aux urgences, notamment auprès des personnes âgées en fin de vie et les patients pris en charge par l'unité de soins palliatifs.*

*Le médecin lui évoque que leurs actions et l'aide qu'ils peuvent apporter est encore parfois méconnue de certains soignants.*

**Question 5 : Quelles sont vos ressources pour effectuer votre accompagnement?**

L'ensemble des interviewées pensent que la première ressource en leur possession pour effectuer leur accompagnement est leur expérience professionnelle.

Ensuite, les infirmières des équipes mobiles expliquent avoir eu différentes formations leur permettant de réaliser leur accompagnement. Pour la plupart, elles ont un diplôme universitaire en soins palliatifs. L'infirmière Chantal, de l'EMSP 1 débute prochainement sa formation pour ce diplôme. Elle travaille en unité de soins palliatifs depuis 2 ans et a rejoint l'équipe mobile depuis septembre de cette année. Le diplôme universitaire de soins palliatifs est une ressource indispensable dans l'accompagnement de personnes âgées en fin de vie.

A cela s'ajoute d'autres formations tel que le diplôme d'éthique, les formations à l'écoute et la communication, à la relaxation, au toucher/au massage, à l'humanité.

Deux infirmières disent avoir assisté à certaines conférences, forum ou encore congrès sur les soins palliatifs enrichissants, permettant d'enrichir leurs savoirs et de ce fait posséder des atouts dans la réalisation de leur accompagnement.

Les outils à disposition tel que le dossier de soins avec le recueil de données (annexe XI), et les outils d'évaluation sont de réelles ressources dans notre accompagnement. Echelle de la douleur spécifique à la personne âgée présentant des troubles de la communication verbale (annexe XII), et l'échelle d'évaluation des symptômes (annexe XII).

L'équipe est une ressource, chaque matin elle se retrouve pour pouvoir discuter, se concerter, prendre des décisions pour les patients.

Les infirmières évoquent pour la plupart leurs ressources personnelles, leur capacité à couper, de souffler après une journée de travail. Soit en retrouvant sa famille, ses amis, en pratiquant une activité sportive. Chacune a ce besoin de se relâcher et d'évacuer ses émotions.

*Nous pouvons dire que les infirmières des équipes mobile de soins palliatifs disposent de ressources personnelle et professionnelle pour réaliser leur accompagnement. En effet, leur expérience et la diversité des situations rencontrées leur permet d'accompagner dans sa globalité le patient et sa famille*

*Les différentes formations, forum, congrès, conférences, diplôme universitaire sont de réelles ressources pour effectuer un accompagnement de qualité. Elles permettent d'étendre ses savoirs et d'apporter de nouvelles approches dans l'accompagnement (ex : formation toucher/massage).*

*Enfin différents outils de travail à la disposition de l'équipe mobile de soins palliatifs et consultable dans le dossier de soins, ils sont une réelle ressource. Notamment dans l'accompagnement et sa personnalisation. Les transmissions orales et écrites de l'équipe chaque matin est aussi une réelle ressource de travail.*

**Question 6 : Vous est-il possible de personnaliser votre accompagnement ?**

**Oui, non, pourquoi.**

L'ensemble des soignantes interviewées sont unanimes en ce qui concerne la personnalisation de leur accompagnement, elle est toujours réalisable.

En effet, dans leur prise en charge, elles prennent en compte le patient dans sa globalité et aussi dans son unicité. Chaque patient est différent, à sa propre histoire de vie, et une famille unique. Elles prennent également connaissances des événements sociaux et environnementaux qui gravitent autour du patient. Les équipes de soins palliatifs agissent en fonction des besoins de la personne et de sa famille. Elles apportent une aide dans les soins de confort et de bien être, la prise en charge de la douleur selon leur évaluation.

Une infirmière dit « On apprend tous le temps de chaque situation, c'est ce qui nous fait évoluer dans nos pratiques. On devient plus attentif à la personnalisation de l'accompagnement ». L'expérience acquise permet de se repositionner, réajuster continuellement nos actions en fonctions de la personne âgée en fin de vie que nous rencontrons.

Lorsqu'une personne âgée en situation de fin de vie aux urgences est installée en zone boxée. L'équipe mobile de soins palliatifs et l'équipe des urgences mettent tout en œuvre pour transférer rapidement le patient vers l'unité de soins palliatifs ou vers l'unité de soins continus afin d'individualiser au mieux leur accompagnement.

Afin de personnaliser son accompagnement, jusqu'au bout de la vie, il faut avoir notion du respect, faire preuve d'empathie, d'un sens éthique et moral. L'accompagnement de la fin de vie c'est faire un bout de chemin ensemble face à la mort, et nous savons que le chemin s'arrêtera là. Il faut être au clair avec cela afin de se protéger nous même. Pour être aidant face aux difficultés des autres, il ne faut pas être soi-même en souffrance.

Le médecin interviewé, lui explique que la personnalisation de l'accompagnement est associé au respect de la personne, de posséder une attitude d'écoute, et être à sa disposition.



*Nous pouvons dire que l'équipe mobile de soins palliatifs personnalise toujours son accompagnement auprès de la personne âgée en fin de vie aux urgences. Elle effectue une évaluation précise de ses besoins, demandes, symptômes, et des souffrances du patient et de sa famille. Chaque situation vécue reste un enseignement, et elle réajuste alors leur pratique en fonction de leur expérience.*

*Les équipes mobiles de soins palliatifs mettent tous en œuvre pour apporter un accompagnement serein et digne de la personne âgée en fin de vie aux urgences. Elles travaillent dans le respect de la personne, avec un sens éthique et moral.*

### **Synthèse de l'enquête**

L'enquête réalisée permet d'apporter des informations pertinentes quant à mon questionnement. Elle a révélé que les infirmières d'équipe mobile de soins palliatifs avaient toutes envie de prendre en soins la personne en fin de vie, jusqu'au bout. Le fait de vouloir travailler en soins palliatifs et rejoindre l'équipe mobile est un choix, une volonté de chaque interviewées. Elles aiment leur métier, et elles avaient toutes en objectif de carrière de rejoindre l'équipe mobile. Les personnes rencontrées lors de mes entretiens partagent de grandes valeurs humaines, et cela se ressent dans leurs discours.

Ensuite, l'enquête a permis de découvrir le rôle de l'équipe mobile aux urgences, ses missions, et les modalités de sa collaboration. En effet, nous avons pu comprendre que son rôle était multiple. L'équipe mobile de soins palliatifs intervient dans la prise en soins de la personne âgée en fin de vie aux urgences, comme en réel soutien. Elle apporte ses propositions, ses évaluations et permet de personnaliser son accompagnement par une grande écoute, une réelle empathie, par le respect, et l'éthique.

L'équipe mobile de soins palliatifs travaille en multidisciplinarité, et c'est une force. Il est vrai que chacun à son mot à dire et autour de cela s'engage une réelle réflexion, afin de déterminer la meilleure décision à prendre concernant le patient. En se concertant, pour aller tous dans le même sens, elle permet d'apporter un accompagnement de qualité.

Le soutien au patient, à sa famille, mais aussi au personnel soignant, est l'action quotidienne de l'équipe mobile de soins palliatifs. Elle intervient dans la prise de contact avec de nombreux acteurs de soins et effectue le lien avec le patient et sa famille.

Quant à la fréquence de passage de l'équipe mobile aux urgences, je peux dire qu'elle s'y rend fréquemment. L'EMSP 1 effectue même un passage quotidien. Cependant, les équipes mobiles de soins palliatifs disent ne pas être averti systématiquement. Elles expliquent que parfois l'équipe soignante des urgences ne ressent pas le besoin, qu'elle y arrive seule. Même avec le peu de moyen matériel, elle arrive à personnaliser son accompagnement. Il semblerait que l'équipe mobile ne soit pas forcément sollicitée, mais nécessaire.

Les équipes mobiles de soins palliatifs disposent de nombreuses ressources pour accompagner la personne âgée en fin de vie aux urgences. Tous leurs savoirs faire, est mis à disposition du patient, de sa famille et des équipes soignantes. Ils permettent l'individualisation de la prise en charge et ainsi d'apporter des soins de qualité.

Au regard, des éléments en ma possession je peux apporter une réponse à mon hypothèse d'enquête : **Je suppose que l'équipe mobile des soins palliatifs est une ressource indispensable dans la prise en charge palliative des personnes âgées aux urgences, afin d'apporter des soins de qualité.**

En effet, l'équipe mobile des soins palliatifs est une réelle ressource dans la prise en charge de la personne âgée en fin de vie aux urgences, elle permet d'apporter des soins de qualité en individualisant sa prise en soins. Cependant, elle n'est pas systématiquement avertie, même si elle est un réel soutien et qu'elle propose une aide appréciable.

Je peux alors valider partiellement mon hypothèse et affirmer que l'équipe mobile de soins palliatifs est une ressource fréquemment sollicitée par l'équipe soignante des urgences dans la prise en soins de la personne âgée en fin de vie.

## **CONCLUSION**

Dans la réalisation de ce travail de fin d'études, je souhaitais comprendre comment nous pouvons pallier dans notre pratique professionnelle à la difficulté de la prise en soins de la personne âgée en fin de vie aux urgences.

J'ai donc réalisé une pré-enquête auprès d'un service d'urgences pour connaître leurs difficultés au quotidien. Il en est ressorti que la personnalisation de leur accompagnement était réalisable de nombreuses fois, cependant il arrive parfois qu'elle soit mise de côté. Les soignants expliquent que ce n'est pas volontaire, mais dû à une charge de travail pouvant évoluer à tout moment et cela peut devenir compliqué à gérer. J'en déduis que la personnalisation est possible, mais elle n'est pas toujours réalisable. Néanmoins, la pré-enquête a permis de mettre en avant que l'équipe mobile de soins palliatifs est un réel soutien, une ressource dans la prise en soins des personnes âgées en fin de vie et permet d'apporter un accompagnement de qualité auprès du patient et de sa famille.

J'ai axé ma réflexion sur des entretiens d'enquête réalisés auprès des équipes mobiles de soins palliatifs. J'ai pu découvrir leur façon d'agir et leur savoir faire, et j'en ai tiré un véritable enseignement. J'ai compris que dans l'accompagnement, il fallait avant tout écouter la personne, prendre en compte ses besoins, ses demandes, son vécu, évaluer sa douleur, ses symptômes, découvrir le patient dans son unicité et intégrer la famille à la prise en charge. J'ai pris connaissance de toutes les informations me permettant d'améliorer ma propre pratique et je ne manquerai pas de les appliquer dans ma future profession.

Je me suis enrichi de chaque rencontre lors de la réalisation de ce mémoire. En effet, elles m'ont énormément apporté et me conforte dans ma vision du soin relationnel face à la mort de la personne âgée.

Aujourd'hui les équipes mobiles de soins palliatifs sont une réelle ressource dans la prise en soins de la personne âgée aux urgences, mais elles ne sont pas forcément sollicitées.

Qu'en sera-t-il dans les années à venir ? Assurément, nous savons que les mœurs de notre société actuelle face à la mort de nos anciens ont changé. Autrefois, les personnes âgées restaient à la maison, ou vivaient même avec leurs enfants et elles étaient accompagnées par leur famille. Aujourd'hui, les choses ont

bien changé, les personnes âgées décèdent de plus en plus à l'hôpital et arrivent dans un premier temps aux urgences. Beaucoup d'entre-elles arrivent de leur maison de retraite et pour certaines de leur domicile. Il serait même intéressant également de comprendre pourquoi les personnes âgées en fin de vie ne restent pas dans l'institution et arrivent aux urgences ? Ce qui aurait permis par une autre enquête d'étoffer la recherche, ou alors s'ouvrir vers une autre réflexion.

L'espérance de vie qui augmente et la démographie tentant à se modifier dans les années à venir, notamment la part des personnes âgées en France, nous pouvons nous interroger sur notre prise en soins de la fin de vie dans les années à venir.

Mon mémoire n'apporte pas de projet d'actions, mais ouvre sur la réflexion notamment sur la prise en soins de la personne âgée en fin de vie aux urgences, dans les années proches. Comment, alors nous pouvoir accompagner la personne âgée en fin de vie dans des conditions sereine et digne ?

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **Livres :**

- DE HENNEZEL Marie - *Le souci de l'autre* - 2004 – édition Robert LAFFONT (p28-29)
- DE HENNEZEL Marie - *La mort intime* – 1997 – édition Robert LAFFONT
- DE HENNEZEL Marie – rapport établi à M. Jean-François Mattéi, ministre de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées. Octobre 2003 - paragraphe 1.3.1
- PELLOUX Patrick – *Histoire d'urgences tome 2* – 2010 – Chronique paru dans Charlie hebdo – édition j'ai lu. (P253-P301)
- BAKHOUM.S, *Le carnet de stage de l'infirmière* volume 13 – édition Vernazobres Grego – P1
- CARRACCO Valérie et BAUBEAU Dominique - « *Les usagers des urgences : 1<sup>er</sup> résultats d'enquête nationale* » - n°212 janvier 2003
- ARBUZ Georges – *Préparer et vivre sa vieillesse - Faire face aux nouveaux défis de l'avancée en âge* – 2008 – Edition Seli Arslan
- GINESTE Yves et PELLISIER Jérôme - *Humanitude – Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux* – 2005 – édition Daniel Radford
- Fédération JALMALV revue trimestrielle, *Le souci des autres, jusqu'à la mort accompagner la vie* – n°110 Septembre 2012
- Les soins palliatifs en équipe : le rôle infirmier. Institut UPSA de la douleur. Edition 2006.

### **Quotidien d'information :**

FAVEREAU Eric - *La fin de vie en état d'urgences* – article de presse – 14 septembre 2011 – Libération

DUCRET Jérôme – *Elle décède au bout de 5 heures au CHUV, sans avoir vu le médecin* – 06 février 2012 – 24H Lausanne

### **Dictionnaires :**

Le Larousse, dictionnaire encyclopédique de la langue française – Edition Larousse

### **Webographie :**

[www.définition.fr](http://www.définition.fr)

[www.linfirmier.com](http://www.linfirmier.com)

[www.Insee.fr](http://www.Insee.fr)

[www.DRESS.fr](http://www.DRESS.fr)

[www.Inserm.fr](http://www.Inserm.fr)

[www.SFAP.org](http://www.SFAP.org)

<i>RESUME</i>	<i>ABSTRACT</i>
<p>Le sujet de mon travail de fin études a pour thème l'accompagnement de la fin de vie des personnes âgées aux urgences.</p> <p>En France, la population des plus de 60 ans est en constante augmentation. En effet, selon les statistiques nationales, elle devrait augmenter de 36% entre 2000 et 2030. Ce vieillissement certain est principalement dû à l'avancée en âge des personnes du baby-boom (1945-1965). 235 349 des plus de 60 ans sont décédés à l'hôpital. Ce chiffre est en perpétuel augmentation, il montre les évolutions de la société en ce qui concerne la fin de vie des personnes âgées.</p> <p>Le service des urgences est le service hospitalier chargé d'accueillir et de prendre en charge les malades et les blessés qui se présentent d'eux même ou sont amenés par les services de secours.</p> <p>Les infirmiers du service des urgences sont amenés à rencontrer toutes sortes de situations. Ils rencontrent de plus en plus souvent des personnes âgées qui décèdent dans leur service.</p> <p>Des équipes mobiles de soins palliatifs se sont alors développées. Elles interviennent auprès des personnes en fin de vie aux urgences. Elles apportent une aide précieuse aux professionnels de santé. Cette contribution fait que la prise en soin est plus humaine et optimale.</p>	<p>The subject of the end of my studies project concerns the care of the elderly in end of life emergency departments.</p> <p>In France, the over 60 year old population is increasing. According to national studies, this population should increase to 36% between the year 2000 and 2030. This ageing is mainly due to the advance in age of people born during the baby-boom (1945-1965).</p> <p>According to the national institute of statistics, in 2005, 235,349 of people of more than 60 years died in hospital against the 106,936 old people who died at home. This figure which is constantly increasing shows that nowadays our society looks often on the elderly who die differently.</p> <p>Emergency departments are charged with accepting and taking care of wounded and sick persons who come on their own or are driven by mobile emergency vehicles.</p> <p>Nurses in this sector are confronted to any sort of situations. However, one of the most frequent situations is caring for the elderly who die at this department.</p> <p>Nowadays, mobile teams of palliative care are developing. They provide assistance to end of life patients emergency departments.</p> <p>They have proven to be invaluable in assisting health professionals. This contribution makes healthcare more humane and optimal.</p>

# **ANNEXE I**

**Pyramide des âges 2012**

**Pyramide des âges prévisions 2030**

# **ANNEXE II**

**Extrait du rapport de Marie De HENNEZEL**



# **ANNEXE III**

## **Questionnaire de la pré-enquête**

# **ANNEXE IV**

## **Grille des entretiens de la pré-enquête**

	Interview n°1	Interview n°2	Interview n°3	Interview n°4
<p><b>Question n°1</b>  <b>Qui êtes-vous ?</b>  <b>(fonction, sexe)</b>  <b>Quel âge avez-vous ?</b></p>	<p>Anaïs, infirmière, âge entre 25 et 35 ans.</p> <p><b>Durée de l'entretien : 20 min</b></p>	<p>Patricia, infirmière, âge entre 25 et 35 ans.</p> <p><b>Durée de l'entretien : 24 min</b></p>	<p>Ophélie, aide-soignante, âge entre 25 et 35 ans.</p> <p><b>Durée de l'entretien : 20 min</b></p>	<p>Sophie, aide-soignante, âge entre 35 et 45 ans.</p> <p><b>Durée de l'entretien : 16 min</b></p>
<p><b>Question n°2</b>  <b>Depuis combien de temps travaillez-vous aux urgences ?</b></p>	<p>De 1 à 5 ans</p>	<p>De 1 à 5 ans</p>	<p>Depuis plus de 10 ans</p>	<p>De 1 à 5 ans</p>
<p><b>Question n°3</b>  <b>Quels sont selon vous les caractéristiques des personnes en fin de vie accueillies aux urgences ?</b></p>	<p>- En généralités ce sont des personnes âgées, avec des antécédents sérieux (AVC, insuffisance respiratoire, cardiaque, rénale).</p> <p>- Personnes qui décompensent par rapport à leurs problèmes de santé.</p> <p>- Patients souffrant de cancer, mais ceci est plus rare. Ils sont souvent pris en charge par une structure de soins palliatifs.</p> <p>- Patients pour qui les actions curatives seront arrêtées. Cependant, nous voyons des traitements qui sont toujours mis en place et nous n'en voyons plus l'utilité.</p>	<p>- Ce sont souvent des personnes souffrantes de pluri-pathologies.</p> <p>- Nous accueillons le plus souvent des personnes âgées qui viennent de leur maison de retraite pour décompensation de leur pathologie.</p> <p>- Il n'ya pas d'acharnement thérapeutique pour ces personnes. Elles sont souvent dirigées vers notre unité de soins continus.</p> <p>- Nous accueillons, aussi des personnes atteintes de pathologies graves et de tout âge.</p> <p>- Les personnes souffrantes de cancer sont aussi accueillies dans notre service, mais cela est</p>	<p>- Ce sont généralement des personnes atteintes de maladies devenue incurables comme le cancer.</p> <p>- Nous accueillons des personnes de tout âge, cependant nous rencontrons plus souvent des personnes entre 50 et 70 ans. Et de plu en plus de personnes âgées de plus de 70 ans venant terminer leurs jours dans notre service.</p> <p>- La prise en charge de la fin de vie des personnes âgées aux urgences est fréquente.</p> <p>- L'unité de soins continus compte 6 lits, il arrive très souvent qu'ils soient occupés de moitié par des</p>	<p>- Nous accueillons des personnes souffrantes de cancer, hémorragies méningés.</p> <p>- L'âge varie. Mais cependant j'ai pu remarquer une augmentation des personnes âgées venant finir leurs jours dans notre service.</p>

		<i>moins fréquent, du fait d'une prise en charge par l'USP.</i>	<i>personnes âgées en fin de vie.</i>	
<p><b>Question n°4</b>  <b>Avez – vous des difficultés à prendre en soins des personnes âgées en fin de vie ? Oui, Non, Pourquoi ? Si oui, quelles sont ces difficultés ?</b></p>	<p>- <i>Ma plus grande difficulté reste la gestion de la famille.</i>  - <i>Il est difficile de trouver les mots appropriés face au patient et sa famille.</i>  - <i>Difficultés d'effectuer un transfert, par manque de place.</i>  - <i>L'équipe mobile de soins palliatifs apporte un soutien dans notre travail, elle passe chaque jour de la semaine et nous pouvons la contacter le week-end.</i>  - <i>De rares possibilités d'effectuer un retour à domicile. Pourquoi selon vous est ce plus rare ?</i>  - <i>Peur de la famille, peur de ne pas savoir gérer, ou peur de la mort.</i>  - <i>Les patients expriment bien souvent le désir de finir leur vie chez eux.</i>  - <i>Les personnes en fin de vies arrivées aux urgences, ne sont pas envoyées</i></p>	<p>- <i>Je n'éprouve pour ma part aucunes difficultés. Je pense faire ce qu'il faut pour accompagner la personne, sa famille dans ces moments douloureux.</i>  - <i>Nous travaillons en équipe. Nous mettons tout en œuvre pour que le patient et sa famille soit rapidement installés aux soins continus.</i>  - <i>Dans ces situations nous laissons la famille restée, nous n'imposons pas d'horaires de visite. Un soutien psychologique est proposé, ainsi que le soutien de l'équipe mobile des soins palliatifs.</i>  - <i>J'accompagne, et je suis à l'écoute du patient et de sa famille.</i></p>	<p><i>Non, je n'ai pas de difficultés. Je pense qu'il faut savoir faire preuve de gestion et organiser autrement son travail, afin d'être plus disponible avec ces personnes. Avec l'expérience je gère ce genre de situation. Je sais me rendre disponible auprès du patient et aussi de sa famille.</i>  <i>Nous mettons tout en place pour que la personne soit accueillie le plus rapidement possible dans l'unité de soins continus. Ce qui permet d'être isoler et de conserver une intimité.</i>  <i>Il est déjà arrivé que n'ayons pas eu le temps d'installer la personne en USC et elle est décédée au box. Cela me chagrine et là, je ressens la difficulté, la situation étant plus complexe.</i></p>	<p>- <i>Non, moi je ne ressens pas de difficultés. Je veux qu'il soit bien. Je vais tout faire pour leur confort, jusqu'au bout. Je discute également avec la famille quand elle est là.</i>  <i>Avez-vous vécu des situations qui sont difficiles émotionnellement pour vous ?</i>  - <i>Quand je suis face à une situation qui m'affecte, c'est qu'elle me rappelle des événements personnels, alors je m'en vais. Cela est arrivé une fois, j'ai passé le relai.</i>  - <i>Il y a toujours des situations qui nous émeuvent plus que d'autres. On a une boule au ventre, les larmes montent, on est humain. Parfois l'émotion est trop forte, alors je m'éclipse. Pourquoi ne ressentez vous pas de difficultés ?</i></p>

	<p><i>dans les autres services de l'hôpital.</i></p> <p><i>- Parfois, la charge de travail limite les échanges.</i></p> <p><i>- Une personne âgée en fin de vie qui est seule, c'est compliqué. C'est triste et on essaie de rester plus longtemps avec la personne.</i></p>		<p><i>Cela reste heureusement rare.</i></p>	<p><i>- J'aime bien apporter du confort, nous sommes là pour soigner, nous accompagnons les patients pour guérir, mais aussi pour mourir. Je suis au clair avec ça.</i></p> <p><i>- Le fait d'apporter un peu de plaisir, de confort, de sécurité, de bien être, nous sommes content qu'ils soient satisfaits et bien malgré tout.</i></p>
<p><b>Question n°5</b>  <b>Que signifie pour vous l'accompagnement de la fin de vie des personnes âgées ? Comment pensez-vous votre accompagnement ?</b></p>	<p>.- Ce n'est pas prendre à dos toutes les difficultés, c'est aider le patient jusqu'à la fin de vie, en palliant à tout ses besoins.</p> <p>.- Mon accompagnement, c'est éviter qu'il souffre de façon physique et psychologique. Qu'il puisse exprimer ce qu'il ressent. Je favorise la présence de la famille, les entretiens avec les soins palliatifs. Je laisse les horaires de visite libre, propose un lit d'accompagnement, un café, de l'eau à la famille.</p>	<p>- Pour moi, l'accompagnement, c'est guider l'autre, être auprès de lui. Cela passe par une écoute attentive, avoir des petits gestes d'attention : proposer un café, respect des souhaits de la famille et du patient.</p> <p>L'accompagnement se fait également par les soins d'hygiène et de confort et par le traitement de la douleur.</p> <p>- L'accompagnement de la fin de vie, affecte plus particulièrement les sentiments. Il</p>	<p>- L'accompagnement de la fin de vie des personnes âgées, c'est une présence, une écoute attentive, cela demande d'être disponible. Cela demande du temps.</p> <p>- La famille est très demandeuse, elle fait partie intégrante de la prise en charge de leur proche.</p> <p>- Il faut savoir gérer les familles, qui parfois dans l'incompréhension, face à la mort imminente de leur proche ont des</p>	<p>L'accompagnement des personnes âgées c'est être présent, à l'écoute, être disponible. Je réalise mon accompagnement, avec beaucoup de douceur, de tendresse.</p> <p>Parfois certains s'en rendent compte, mais leurs gestes sont brusques.</p> <p>J'emploie un ton adéquat. Je fais l'accompagnement comme j'aimerais qu'on le fasse à mes proches. Je pense bien le faire.</p>

	<p>Environnement apaisant. Est-ce que cela est toujours possible ? -Oui dans la plupart des cas. Nous mettons tout en place pour une installation aux soins continus. Parfois l'affluence aux urgences, ne permet pas une prise en charge personnalisée. C'est rare mais cela arrive. C'est une situation qui interpelle.</p>	<p>faut avoir intégré que la mort est un processus naturel et qu'il fait partie de la vie. - Cependant notre histoire personnelle fait que face à certaines situations, nous pouvons faire un transfert. Il faut prendre sur soi et se créer une barrière des sentiments. Il arrive que l'on passe au dessus cela m'est déjà arrivé. Cela vous est-il arrivé souvent, vous pouvez m'expliquez ? Deux fois. Jeune diplômée j'étais face à une situation qui me rappelait celle d'un proche. Cela m'a rendu triste, j'en ai pleuré. Je sais que je ne suis pas seule, je peux en discuter avec l'équipe.</p>	<p>comportements des réactions différentes qui sont parfois difficile à gérer. - Je vais dans mon accompagnement, apporté du soutien, du confort, au patient et sa famille. Cela passe par les soins de nursing, la prise en charge de la douleur physique et psychologique et le dialogue. Que le patient soit conscient ou inconscient.</p>	
<p><b>Question n°6</b> <b>Votre accompagnement est satisfaisant ?</b> <b>Oui, non pourquoi ?</b></p>	<p>- Je pense que certains jours oui et d'autres, non. - Nous ne maîtrisons pas les aléas du temps ou certaines situations. - Un soin technique demande peu de temps. Parfois nous négligeons</p>	<p>- Oui je pense que mon accompagnement envers les personnes en fin de vie est satisfaisant. Bien souvent les familles nous remercient, même après le deuil. - L'unité de soins</p>	<p>Oui je pense que mon accompagnement est satisfaisant. Je reste disponible auprès du patient et de sa famille. Je sers de l'eau, du café pour la famille et je leur propose un repas et un lit</p>	<p>- Oui je pense qu'il est satisfaisant. Après je suis encore là pour apprendre, pour me perfectionner et faire toujours mieux. Personne n'est parfait mais on essaie toujours un</p>

	<p>un peu l'accompagnement, pas volontairement mais par manque de temps.</p> <p>- Je vais du mieux que je peux, je reste à l'écoute du patient et de sa famille. Les aides soignants sont précieux pour nous aider à relier toutes les informations. Ils sont d'autant plus proches. C'est un travail d'équipe.</p>	<p>continus accueille 6 patients, cela me laisse le temps selon notre organisation d'être le plus proche des patients en fin de vie.</p> <p>- De plus nous avons une aide précieuse de l'équipe mobile des soins palliatifs.</p> <p>- « soigne les personnes, comme tu aimerais que l'on soigne tes proches ».</p>	<p>d'accompagnant. Je réalise quand cela est possible les souhaits du patient, afin qu'il profite des petits plaisirs qui apporte beaucoup.</p>	<p>maximum de l'atteindre. Moi je pense que ma prise en charge est satisfaisante. Je n'ai jamais eu de retour négatif, bien au contraire.</p>
--	---	--	---	---

	<b>Interview n°5</b>	<b>Interview n°6</b>	<b>Interview n°7</b>	<b>Interview n°8</b>
<b>Question n°1</b> <b>Qui êtes vous ?</b> (âge, fonction, sexe) <b>Quel âge avez-vous ?</b>	<i>Antoine, aide-soignant, âgé entre 35 et 45 ans.</i>	<i>Angélique, infirmière, âge entre 35 et 45 ans.</i>	<i>Jonathan, aide-soignant, âge entre 20 et 25 ans.</i>	<i>Stéphane, infirmier, âge entre 25 et 35 ans.</i>
	<b>Durée de l'entretien : 19</b>	<b>Durée de l'entretien : 18</b>	<b>Durée de l'entretien : 15</b>	<b>Durée de l'entretien : 21 min</b>

	<i>min</i>	<i>min</i>	<i>min</i>	
<b>Question n°2</b> Depuis combien de temps travaillez-vous aux urgences ?	<i>Depuis plus de 10 ans</i>	<i>De 1 à 5 ans</i>	<i>Moins de 1 an</i>	<i>De 1 à 5 ans</i>
<b>Question n°3</b> Quelles sont selon vous les caractéristiques des personnes en fin de vie accueillies aux urgences ?	<p>- Ce sont souvent des personnes grabataires, alitées chez elles. Ce sont souvent des personnes atteintes de maladie graves (chronique, néo) dont les familles n'arrivent plus à assurer seule les soins.</p> <p>- En majorité ce sont des personnes âgées, nous voyons aussi des patients de tout âge.</p> <p>Avez-vous un exemple ? Hier soir encore, un monsieur de 87 ans est entré pour AEG et déshydratation. Il est décédé à 21h00. Il avait été installé une heure auparavant dans l'USC.</p>	<p>- Ce sont principalement des personnes âgées. Ce sont souvent des personnes atteintes de pathologies lourdes (BPCO, IRC, Cancer). Nous rencontrons des personnes de tout âge, mais en majorité ce sont des personnes âgées.</p> <p>Avez-vous un exemple de situation récente à m'apporter ? Oui j'ai vécu ça au box. Là on n'est pas à l'aise. C'était une petite dame de 85 ans, je voyais qu'elle partait et je suis resté avec 10 min jusqu'à son dernier souffle.</p>	<p>- Ce sont des personnes souffrant de plusieurs pathologies, avec des antécédents lourds. Nous accueillons des personnes de tout âge, la majorité étant les personnes âgées. La semaine dernière, j'ai pris en charge un patient intubé/ventilé qui était là depuis 1 semaine. Dans l'après midi il a fait un arrêt cardio-respiratoire. Et il est décédé.</p>	<p>Bien souvent, ce sont des personnes âgées. Personnes souffrantes de multi pathologies (cardio-vasculaire, respiratoire, cancer). Cette nuit, j'ai installé un patient âgé dans le secteur de l'USC, il est décédé 10 min après que je sois parti. Ce qui représente 20min après que sois arrivé.</p>
<b>Question n°4</b> Avez-vous des difficultés à prendre en soins les personnes âgées en fin de vie ? Oui, non pourquoi ? Si oui quelles sont ses	<p>Non. Je ne ressens pas de difficulté. Je veux qu'il soit bien. Je fais tout pour leur confort. Je discute avec la famille quand elle est là.</p>	<p>Tout dépend du secteur.</p> <p>- Dans les box, c'est délicat, parce que ça peut être surchargé de monde.</p> <p>Reprenons</p>	<p>- Je ne ressens pas particulièrement de difficulté dans la prise en charge sauf avec la famille. Les familles espèrent</p>	<p>- Ce n'est pas l'activité que je préfère. Je pense que ce n'est pas l'activité pour laquelle un infirmier s'est lancé aux urgences. Il se</p>



<p><b>difficultés ?</b></p>	<p>Avez-vous vécu des situations qui sont difficiles émotionnellement pour vous ?</p> <p>- Quand je suis face à une situation qui m'affecte, je m'en vais. Cela m'est arrivé une fois, j'ai passé le relai.</p> <p>- Il ya des situations qui nous émeuvent plus que d'autres. On a une boule au ventre, les larmes montent, on est humain. Pourquoi ne ressentez vous de difficulté lors de votre prise en charge ?</p> <p>- J'aime apporter du confort, nous sommes là pour soigner, nous accompagnons les patients pour guérir, mais aussi pour mourir. Moi je suis au clair avec ça.</p> <p>- Le fait de leur apporter un peu de plaisir, de confort, de sécurité, de bien être, nous sommes content de voir qu'ils sont satisfaits et qu'il soit bien malgré tout.</p>	<p>l'exemple de la petite dame, là c'était la nuit, j'ai pu m'occuper d'elle. Saurait pu être le contraire, avec du monde j'aurais été occupé autre part et cette dame aurait terminé sa vie, toute seule.</p> <p>Nous accueillons la famille, mais lorsqu'il s'agit de grande famille, cela devient très compliqué.</p> <p>- Aux soins continus ce n'est pas la même chose. Nous avons 6 patients, notre accompagnement est plus rapproché. Nous installons le patient et sa famille dans un environnement plus calme.</p> <p>- En déchoquage, c'est autre chose, les personnes âgées arrivent, leur état de santé s'aggrave, et dans les heures qui suivent, elles décèdent.</p> <p>L'intimité n'y est pas non plus dans ce secteur</p> <p>Cela dépend également s'il s'agit d'une prise en charge à</p>	<p>toujours un mieux, elles ne sont pas prêtes à perdre leur proche et il est difficile de répondre à leurs questions. Il faut trouver les mots justes, ce n'est pas évident.</p> <p>- Pendant ma formation, je suis allé en stage en HAD, en soins palliatifs, en pneumologie. Je pense grâce à cette expérience, mettre forgé une carapace. Je pense faire face à la fin de vie.</p> <p>- Jusqu'à aujourd'hui, je n'ai pas rencontré de fin de vie qui m'a parut difficile, cela est sûrement du à ma jeune expérience. Je n'ai jamais franchi la barrière des sentiments, je sais prendre le dessus.</p>	<p>complaint mieux dans les directives curatives que palliatives.</p> <p>- Je ne rencontre pas de difficulté particulière, je ne crois pas.</p> <p>Et pourquoi ?</p> <p>-Je ne sais pas je suis plutôt à l'aise ave ce genre de situation. Je reste détaché, je fais preuve d'empathie, mais sans jamais dégager de sentiment personnel. Il faut être professionnel, garder une distance. Malgré que certaines situations sont plus difficiles que d'autres.</p> <p>- Dans le cas de certaines fins de vie inattendue ou qui arrivent plus précocément que prévu au départ. Là c'est la famille qui est a géré et qui peut être source de difficultés.</p> <p>- La plus grande difficulté pour moi est de gérer ce genre de situation, la famille, plutôt que les sentiments que j'ai à l'égard du patient. J'arrive à me détacher de la situation.</p>
-----------------------------	---	--	---	---

		<p><i>court ou long terme. Quand c'est à long terme, nous avons le temps d'installer le patient en USC. La prise en charge est plus aisée et plus personnalisable en soins continus. Tout dépend de notre charge de travail, à nous de nous adapter.</i></p> <p><i>- Lorsque les patients sont dépendants, et qu'ils arrivent du jour au lendemain et finissent leurs jours. On se dit</i></p>		
<p><b>Question n°5</b>  <b>Que signifie pour vous l'accompagnement de la fin de vie des personnes âgées ?</b>  <b>Comment pensez-vous cet accompagnement aux urgences ?</b></p>	<p>L'accompagnant des personnes âgées c'est être présent, à l'écoute, être disponible. Je réalise mon accompagnement, avec beaucoup de douceur, de tendresse. Parfois certains ne s'en rendent pas compte, mais leurs gestes sont brusques. J'emploie un ton adéquat. Je fais l'accompagnement comme j'aimerais qu'on le fasse à mes proches. Je pense bien le faire.</p>	<p>- L'accompagner, c'est l'accompagner elle et son entourage. Donc ça veut dire de toujours respecter sa pudeur, d'effectuer des soins de confort. Ensuite, j'apporte une écoute active et l'aide à réaliser ses souhaits.</p> <p>- Pour mon accompagnement, je pense que garder une chambre disponible pour les personnes en fin de vie, cela permettrait</p>	<p>- Accompagner, c'est apporter une présence. C'est continuer à apporter des soins de confort et de bien être.</p> <p>- J'accompagne les patients en fin de vie jusqu'à leur dernier moment. J'essaie de trouver plus de temps, je fais tout ce que je peux faire. J'installe confortablement le patient et sa famille, je propose du café, un repas, un lit accompagnant.</p>	<p>- L'accompagnement, comprend tout d'abord pour moi, les soins de nursing, soins de confort. Il y a forcément un point de vue beaucoup plus thérapeutiques, avec la mise en place de traitements antidouleur principalement.</p> <p>- Pour moi, les soins de confort et le traitement de la douleur sont les deux principaux aspects de l'accompagnement d'une personne en fin de vie. Il y a aussi la pris en</p>

		d'apporter rapidement, un environnement calme et confortable au patient et sa famille.	- J'aimerais bien souvent apporté plus de présence et je trouve que parfois mon accompagnement ne m'est pas satisfaisant quand la charge de travail est trop lourde.	charge de l'entourage familial.
<b>Question n°6</b> <b>Votre accompagnement est-il satisfaisant ? Oui, non, pourquoi ?</b>	Pour moi, oui. Après je ne sais pas, il faudrait demander aux familles quand cela arrive. Est-ce que nous avons été à la hauteur ? Est-ce que pour eux nous avons été d'une aide suffisante ? Nous avons des remerciements des familles.	Ben je pense. Car je n'ai jamais eu de retour négatif à ce sujet. Je pense que mon vécu personnel m'a permis de m'améliorer. Je me suis rendu compte que certaines personnes disent des choses qui sont sans animosité mais qui entendu par les familles peuvent fortement blesser. Moi je fais attention à ce que je le dit, et je ne fais pas ce que je n'aimerais pas qu'on fasse à mes proches.	Oui je pense qu'il est satisfaisant. Cependant je pense qu'il n'est pas complet, du fait de ma jeune expérience. Avec les années et la rencontre de différentes situations, j'amélioré encore ma prise en charge et mon travail.	Je pense que cela dépend des périodes. Il y a des moments où tu es plus enclin à faire ce genre de choses que d'autres. Ce n'est jamais évident. Qu'est ce qui fait qu'on l'on ait des bonnes ou mauvaises périodes ? Ce sont des situations prenantes, qui mobilisent. Les périodes où ça va moins bien personnellement, il est difficile de laisser au vestiaire ses affects. - Les équipes mobiles des soins palliatifs sont des personnes ressources. Les services n'ont pas encore conscience de l'aide qu'elle nous apporte.

# **ANNEXE V**

## **Charte de la personne âgée dépendante**

# **ANNEXE VI**

Extrait du souci de l'autre de Marie De HENNEZEL

# **ANNEXE VII**

**Extrait d'histoire d'urgences de Patrick PELLOUX**

# **ANNEXE VIII**

**Théorie du Caring de Jean WATSON**

# **ANNEXE IX**

## **Questionnaire de l'enquête**



**Travail de Fin d'Études (Annexe IX)**

**Enquête réalisé par David DEBOVE, étudiant en soins infirmiers, 3<sup>ème</sup> année. Le travail de recherche que j'élabore a comme thématique, la prise en charge personnalisé des personnes âgées en fin de vie aux urgences. J'ai donc en premier lieu réalisé une pré-enquête qui a fait ressortir que l'équipe mobile des soins palliatifs apportait une aide dans cette prise en charge. Elle est un soutien pour le personnel des urgences, pour le patient mais également sa famille. J'aimerais comprendre ce qui fait que l'équipe mobile soit devenue une ressource indispensable dans l'accompagnement des personnes âgées en fin de vie. Je souhaiterais découvrir quelles sont les actions menée par l'équipe mobile afin d'individualiser l'accompagnement. Quels sont les éléments que nous pouvons retenir pour apporter des axes améliorations dans notre pratique infirmière dans l'accompagnement du patient et de sa famille. Etant professionnel d'une unité de soins palliatifs, vous avez été durant votre carrière, confrontés à des situations où des personnes âgées arrivent aux urgences, pour terminer leur vie, et où vous intervenez. J'aimerais par cet entretien recueillir votre opinion et connaître, les modalités, les spécificités de votre prise en charge.**

**Q1) Depuis combien de temps l'équipe mobile de soins palliatifs existe-t-elle ? Comment et pourquoi avez-vous décidé d'y travailler ?**

**Q2) Quelles sont vos missions spécifiques dans le service des urgences, votre rôle ?**

**Q3) Selon vous, de façon concrète pouvez vous m'indiquer les modalités de la collaboration (accueil, soins,...) ?**

**Q4) Etes-vous sollicités fréquemment ou systématiquement par l'équipe des urgences pour accompagner la fin de vie des personnes âgées ? Oui, non, pourquoi ?**

**Q5) Quelles sont vos ressources pour effectuer votre accompagnement ?**

**Q6) Vous est-il possible de personnaliser votre accompagnement ? Oui, non, pourquoi ?**

# **ANNEXE X**

## **Grilles des entretiens de l'enquête**

	EMSP 1	EMSP 1	EMSP 2	EMSP 2
	Interview n°1	Interview n°2	Interview n°3	Interview n°4
<p><b>Question n°1</b>  <b>Depuis combien de temps de l'équipe mobile des soins palliatifs existe-t-elle ?</b>  <b>Comment et pourquoi avez-vous décidé d'y travailler ?</b></p>	<p><b>Chantal âgée de 42 ans</b>  <b>Infirmière en équipe mobile de soins palliatifs</b></p> <p><b>Durée de l'entretien : 22 min</b></p> <p>L'équipe mobile des soins palliatifs (EMSP) existe depuis 12 ans. Cela fait 2 ans que je travaille dans l'unité et je tourne avec l'équipe mobile depuis septembre. C'est tout récent. J'ai effectué un stage en tant qu'étudiante en soins palliatifs. J'ai toujours voulu faire ça. J'ai postulé en début de carrière mais je n'ai pas été prise j'étais trop jeune. J'ai travaillé pendant ce temps là 13 ans en milieu carcéral.</p>	<p><b>Samantha âgée de 48 ans</b>  <b>Infirmière en équipe mobile de soins palliatifs</b></p> <p><b>Durée de l'entretien : 28 min</b></p> <p>L'EMSP existe a été en 2000. Je travaille dans l'unité de soins palliatifs depuis son ouverture en 1995. C'est un projet qui émane du centre hospitalier. C'est un projet pour lequel j'ai voulu travaillé. Je travaillai auprès des personnes âgées auparavant. Je voulais dans cette unité travailler sur la prise en charge dans sa globalité du patient mais aussi de son entourage.</p>	<p><b>Lolita, âgée de 32 ans</b>  <b>Infirmière en équipe mobile de soins palliatifs</b></p> <p><b>Durée de l'entretien : 29 min</b></p> <p>Cela fait au moins 10 ans. J'ai pendant mes études suivi le module optionnel de soins palliatifs. J'ai travaillé 12 ans dans un service de cancérologie/ORL.</p> <p>Ce qui m'a fait choisir les soins palliatifs, c'est les situations personnelles vécues, c'est un choix personnel. L'oncologie, l'accompagnement, la prise en charge psychologique, cela me tient à cœur. Je ne voulais plus faire que des soins techniques, j'aime les soins relationnels. Je souhaitais être plus proche du</p>	<p><b>Mégane, âgée de 42 ans</b>  <b>Infirmière en équipe mobile de soins palliatifs</b></p> <p><b>Durée de l'entretien : 35 min</b></p> <p>L'équipe mobile de soins palliatifs existe depuis 2002. Je voulais faire autre chose que des soins techniques. J'aime le travail relationnel, la communication. Nous réalisons des consultations pour la douleur avec différents médecins (rhumatologue, gastroentérologue, anesthésiste, psychologue), et nous travaillons en équipe mobile de soins palliatifs. J'ai été infirmière dans un service d'ORL, au bloc, et en oncologie. J'avais envie de soigner mais</p>

			patient et de sa famille.	d'une autre façon. J'écoute la personne et la prend en charge dans sa globalité. Je réponds à ses besoins, en prenant en compte sa souffrance physique et psychologique, en respectant ses croyances, et en prenant compte de ses ressources.
<b>Question n°2</b> <b>Quelles sont vos missions spécifiques dans le service des urgences, votre rôle ?</b>	<p>* Soutien de l'équipe du service des urgences.</p> <p>* Rencontre avec le patient afin de déterminer ses besoins.</p> <p>* Réaliser une prise en charge globale, aider à la décision, déterminer le devenir.</p> <p>*Soutien de l'entourage, de la famille.</p>	<p><i>Nous passons tous les jours du Lundi au Vendredi aux urgences et dans l'unité de soins continus. Nous intervenons sur les situations qui relèvent des soins palliatifs depuis plus de 10 ans.</i></p> <p><i>* Nous sommes appelé également par téléphone. Généralement ce sont les infirmières après accord du médecin qui nous contactent.</i></p> <p><i>Nos missions :*</i>Interpeller et prendre contact avec différents acteurs de soins pour optimiser notre prise en charge.</p> <p><i>*Le soutien à la famille</i></p> <p><i>*Prise en charge des symptômes.</i></p> <p><i>* Questionnement sur le devenir</i></p>	<p>Tout commence par une demande médicale, il s'agit d'une demande émanant du médecin des urgences qui a au préalable recueilli les informations auprès de l'infirmière. Nous nous déplaçons ensuite en binôme avec le médecin de l'unité. Nous rencontrons plus ou moins souvent de personnes âgées en fin de vie aux urgences. Quand nous arrivons, nous nous rapprochons de l'équipe soignante des urgences.</p> <p>*Nous assurons</p>	<p>Nous avons des missions dans l'hôpital. Une demande est effectuée auprès de notre secrétariat afin que nous intervenions. La demande est effectuée par le médecin.</p> <p>*Nous reprenons des notre arrivée les informations transmises par le médecin et nous voyons ce que le patient a compris.</p> <p>*Nous accompagnons dans le cheminement psychologique du travail de deuil face à l'état de santé du patient.</p> <p>*Nous effectuons un recueil de</p>

		<p><i>(transfert dans notre unité ?, retour à domicile avec aides de services d'hospitalisation à domicile). En collaboration avec l'assistante sociale qui est présente deux matinées dans la semaine.</i></p> <p><i>* Effectuer le lien ville/hôpital. Orienter les patients et leur famille vers des services d'HAD et réseau de santé tel que le réseau Emeraude (service de coordination).</i></p>	<p>le lien entre l'USP et le domicile.</p> <p>*Nous assurons la prise de contact avec des les différents acteurs de soins, nous aidons aux réajustements de traitements à visée antalgique, aide aux traitements des symptômes.</p> <p>* Nous effectuons une prise en charge globale du patient. Nous pallions à ses différents besoins (confort de vie, alimentation, traitement de la douleur, l'élimination).</p> <p>* Nous établissons un projet de vie, en fonction de ce qui est réalisable.</p> <p>* Nous accompagnons le patient, sa famille et aussi les soignants.</p>	<p>données, et recherchons les ressources pour lutter contre la maladie (auprès du patient lui-même, de sa famille, d'intervenant)</p>
<p><b>Question n°3</b>  <b>Selon vous de façon concrète pouvez vous m'indiquer les modalités de la collaboration (accueil, soins...)?</b></p>	<p>Nous sommes appelés par le médecin et/ou l'infirmière après qu'ils se soient concertés. Nous effectuons un passage quotidien dans le service des urgences. C'est</p>	<p>Equipe mobile de soins palliatifs. N'effectue pas de soins lors de ses visites. Nous sommes là, dans la proposition. Notamment de traitement, de soins de confort, d'aide pour la prise de contacts.</p>	<p>* Nous effectuons un recueil de données, nous permettant d'évaluer les besoins du patient. Nous écoutons les demandes du patient. Le médecin émet</p>	<p>La collaboration, c'est comme une fleur. Chaque pétale a son rôle. Nous travaillons avec une équipe qui est transversale afin d'assurer une bonne prise en charge globale du</p>

	<p>une volonté du chef du service de l'unité. Nous allons dans les différentes zones et nous leur demandons s'ils ont des besoins, d'aide concernant une prise en charge d'un patient en soins palliatifs.</p> <p>Le premier accueil est effectué par l'équipe des urgences, qui ensuite nous présente le patient.</p> <p>L'adaptation des traitements est décidée de médecin à médecin.</p> <p>L'infirmière apporte des conseils sur le rôle propre. Elle réfléchit à la personnalisation des actions, de l'accompagnement. Elle apporte une réflexion éthique.</p>	<p>Nous effectuons également le lien avec le patient, sa famille et son médecin traitant.</p>	<p>des propositions de traitements aux médecins des urgences.</p> <p>* Nous recherchons parfois les coordonnées de la famille.</p> <p>* Nous collaborons avec le psychologue, notamment pour le suivi du deuil.</p> <p>* Nous n'apportons aucun traitement curatif, de traitement déraisonnable, nous accompagnons.</p>	<p>patient.</p> <p>Dans plusieurs têtes, il y a plus d'idées.</p> <p>Dans notre métier, l'observation visuelle et auditive est très importante.</p> <p>En ce qui concerne la personne âgée nous devons prendre en compte, son vécu, son passé.</p> <p>La collaboration permet de se centrer ensemble autour de l'autre.</p> <p>L'accueil est très important, un sourire, un bonjour, c'est essentiel. Il ne faut pas voir le patient comme un malade, il faut voir l'individu et ne pas porter de jugement.</p>
<p><b>Question n°4</b>  <b>Etes-vous sollicités fréquemment ou systématiquement par l'équipe des urgences pour accompagner la fin de vie des personnes âgées ?</b> <b>Oui,</b></p>	<p>Nous sommes appelés fréquemment. Cependant, je pense que parfois nous ne sommes pas contactés car l'équipe n'en ressent pas le besoin. Elle y arrive très bien seule, gère la</p>	<p>Oui nous sommes sollicités fréquemment. Dès fois l'équipe des urgences n'en ressent pas le besoin. Dans ce cas là, nous restons disponibles pour toutes les demandes particulières</p>	<p>Non, nous ne sommes pas appelés systématiquement mais fréquemment. Parfois l'équipe des urgences gère seule les situations. Et ils le font très bien. La personnalisation</p>	<p>L'équipe mobile de soins palliatifs est souvent sollicitée. Elle est appelée en cas de besoin. Ce n'est pas systématique. Nous sommes appelés pour une prise en charge palliative,</p>

<p><b>non, pourquoi ?</b></p>	<p>situation et dans ces cas là nous n'intervenons pas. Nous prenons fréquemment en charge des personnes âgées en fin de vie aux urgences ou des patients pris en charge par l'unité des soins palliatifs qui était de retour à leur domicile.</p>	<p>(traitement, problème social, familial, environnemental). Nous participons également à la prise de contacts. Nous effectuons le lien avec les institutions d'hébergement pour personnes âgées. Nous les appelons pour prévenir du retour du patient et assurer la continuité des soins. Nous contactons les services d'hospitalisation à domicile pour permettre et aider à la prise en charge du patient en fin de vie à domicile. Depuis moins d'un an je sais également que certaines institutions travaillent en collaboration avec les services d'hospitalisations à domicile qui interviennent dans leur établissement. Cela permet une prise en charge et l'accompagnement de la fin de vie du patient dans son lieu de vie. Ce qui permet par le biais d'une convention d'apporter des</p>	<p>de la prise en soins est réalisée avec peu de moyen matériel, et elle est bien faite. Parfois ils ont le besoin de se sentir épauler, de ressentir que nous allons tous dans le même sens.</p>	<p>pour l'adaptation de traitement contre la douleur. Nous agissons pour le confort du patient.</p>
-------------------------------	--	---	---	---

		soins de qualité.		
<b>Question n°5</b> <b>Quelles sont vos ressources pour effectuer votre accompagnement?</b>	<p>* Je pense que mon expérience professionnelle est ma plus grande ressource. J'ai également eu une formation écoute, communication. Et là je vais débiter un diplôme universitaire en formation continue. Dans un mois je pars préparer le diplôme universitaire de soins palliatifs.</p> <p>* Je suis également allé à un congrès canadien de soins palliatifs il y a 2 ans pour une durée d'une semaine. Ces rencontres avec les médecins et les soignants canadiens, cela m'a énormément apporté. Les conférences abordées différents thèmes notamment, les médecines parallèles, l'organisation des soins, le burn-out en soins palliatifs, le</p>	<p>J'ai fait différentes formations. J'ai un diplôme universitaire en soins palliatifs. J'ai également assisté à la formation écoute et communication, la formation personne âgée, humanité, la formation toucher/massage, la formation relation d'aide. Je pense avoir également comme ressource une expérience professionnelle importante, du fait de mon ancienneté. De plus j'ai débuté ma carrière dans une maison de retraite. Ce qui me permet d'effectuer mon accompagnement auprès des personnes âgées en fin de vie aux urgences.</p>	<p>Chacun travail avec ce qu'il est, chacun a quelque chose à apporter. Nous nous soutenons au sein de l'équipe, nous avons besoin de se sentir bien. J'ai eu une formation psycho-oncologie. Mon vécu personnel et professionnel est une réelle ressource pour réaliser mon accompagnement. Je me réfère aux prescriptions, aux propositions qui sont effectuées par le médecin. Je travail autour des patients et de leur famille, c'est une réelle rencontre, un échange une relation. On y laisse toujours des plumes dans notre accompagnement, nous sommes humains. Je prends toujours en compte les souhaits du patient,</p>	<p>Mes différentes formations sont des ressources pour moi. J'ai un diplôme universitaire en soins palliatifs, une formation de formatrice, une formation relaxation et je suis aromathologue. Ce sont de réels atouts qui m'aident à réaliser mon accompagnement. Mes ressources personnelle, me permettent d'être aidante vis-à-vis des autres car je suis bien avec moi-même. Je pense qu'il faut être bien avec soi même pour pouvoir aider les autres. Le sport est un moyen pour moi d'évacuer. Il faut savoir se relâcher et surtout évacuer ses émotions.</p>



	<p>traitement de la douleur. * Mes ressources personnelles : mon histoire de vie. Ma vie de famille stable, mes loisirs, mes sorties entre amis qui me permettent de me ressourcer. Je pense qu'il faut savoir couper après le travail, surtout en soins palliatifs. Nous rencontrons beaucoup de situations difficiles.</p>		<p>notamment sur le plan social, familial est spirituel, d'où l'intérêt du recueil de données consultable dans le dossier établi par l'équipe mobile de soins palliatifs. Lorsque l'on accompagne une personne âgée, il ne faut pas oublier ce qu'elle a été, elle a eu une vie. Dans mener à bien son accompagnement, il faut se dire que jusqu'au bout il y a de la vie. J'utilise le toucher, prendre la main c'est une ressource dans l'accompagnement. Cependant il faut respecter la pudeur de certaines personnes.</p>	
<p><b>Question n°6</b> <b>Vous est-il possible de personnaliser votre accompagnement, oui, non pourquoi ?</b></p>	<p>Oui, nous agissons en fonction des besoins de la personne. Nous prenons le temps avec lui d'évaluer ses besoins. Nous apportons une aide dans les soins de confort et de bien être. Lorsqu'une personne âgée en situation de</p>	<p>Oui il m'est possible de personnaliser mon accompagnement auprès de la personne âgée en fin de vie aux urgences. Ayant déjà travaillé auprès d'elle, j'aime le contact que l'on peut avoir. Je reste près d'elle pour parler,</p>	<p>Chaque patient est différent, a un vécu différent, une histoire différente, un entourage différent. Il faut savoir s'adapter à chaque situation que l'on rencontre. On apprend tout le temps de chaque situation, c'est ce</p>	<p>Oui c'est toujours le cas. J'arrive toujours à personnaliser mon accompagnement en prenant en compte les besoins du patient de sa famille et de l'équipe. Et j'ai ma propre personnalité, ma propre énergie.</p>

	<p>fin de vie est aux urgences en zone boxée, nous intervenons et décidons d'un transfert rapide vers l'unité de soins palliatifs ou en soins continus. Nous travaillons en équipe et nous sommes soudés en soins palliatifs.</p>	<p>j'articule. Je reste à leur hauteur, et je lui prends la main. Je personnalise en fonction de la personne, de son entourage, de son parcours de vie. Je prends connaissance des événements sociaux, environnementaux, tout ce qui gravite autour du patient.</p>	<p>qui nous fait évoluer dans nos pratiques. On devient alors plus attentif à la personnalisation de l'accompagnement.</p>	<p>J'évacue toutes mes émotions négatives, ce qui me permet de transmettre de bonnes émotions aux autres.</p>
--	---	---	--	---

	EMSP 2	EMSP 3	EMSP 3
	Interview n°5	Interview n°6	Interview n°7
<p><b>Question n°1</b> Depuis combien de temps l'équipe mobile des soins palliatifs existe-t-elle ? Comment et pourquoi avez-vous décidé d'y travailler ?</p>	<p><b>Catherine âgée de 46 ans</b> <i>Infirmière en équipe mobile de soins palliatifs</i></p> <p><b>Durée de l'entretien : 20 min</b></p> <p>L'équipe de soins palliatifs existe depuis 01/04/2002. J'ai fait partie de</p>	<p><b>Brigitte âgée de 55 ans</b> <i>Infirmière en équipe mobile de soins palliatifs</i></p> <p><b>Durée de l'entretien : 30 min</b></p> <p>L'équipe mobile de soins palliatifs existe depuis Février 2003, sous la direction du</p>	<p><b>Sophia, âgée de 49 ans médecin en soins palliatifs.</b> <b>Anciennement médecin urgentiste.</b></p> <p><b>Durée de l'entretien : 23 min</b></p> <p>Cela fait dix ans que l'équipe mobile de soins palliatifs existe. J'y travaille depuis 4 ans ½.</p>

	<p>l'équipe de soignants ayant monté le projet. J'ai une spécialité psychiatrie, et j'y ai longtemps travaillé. Je regrette qu'en psychiatrie, nous ne savions pas accompagner la fin de vie. J'ai donc décidé de me spécialiser dans ce domaine et de rejoindre le projet.</p>	<p>Docteur X, l'un des pionner dans le domaine des soins palliatifs. L'équipe est composée d'une secrétaire, d'un médecin, d'une psychologue, d'une infirmière (moi-même) et d'une assistante sociale à mi-temps. Depuis 2008 une infirmière et un médecin sont venus compléter notre équipe. Avant de travailler en unité de soins palliatifs, j'ai exercé 25 ans dans un service de pneumologie. Travailler en équipe mobile de soins palliatifs, c'est un choix, un cheminement de carrière. J'avais cette notion de prendre soin du patient jusqu'au bout.</p>	<p>J'étais auparavant médecin urgentiste pendant 18 ans. En voyant la prise en charge des personnes en fin de vie aux urgences, notamment les personnes âgées, j'ai voulu me rapprocher du domaine des soins palliatifs. J'avais envie d'évoluer, de faire autre chose. J'ai pu de mon expérience constater certains cas aux urgences, où face à des pathologies aiguës que l'on traite en priorité, nous pouvions manquer de temps pour prendre en charge les patients relevant de soins palliatifs. Nous ressentions des difficultés dans la personnalisation de l'accompagnement de ses patients.</p>
<p><b>Question n°2</b> <b>Quelles sont vos missions spécifiques dans le service des urgences, votre rôle ?</b></p>	<p>Ce sont les mêmes missions et le même rôle que dans les autres services de l'hôpital. Nous apportons une évaluation, nous traitons les douleurs physiques et morales. Nous effectuons une prise en charge globale des symptômes physiques et psychologiques de la fin de vie. Nous prévoyons le devenir du patient. Nous prenons contact avec les familles, et</p>	<p>Un avis est envoyé de la part d'un médecin urgentiste, soit par téléphone, soit par mail. Il s'agit d'un médecin référent à l'équipe mobile des soins palliatifs. Ensuite, nous intervenons en binôme infirmière/médecin. Ensemble nous apportons notre évaluation. Nous transmettons le dossier à la psychologue qui elle aussi interviendra. Elle apporte un soutien au</p>	<p>Notre rôle est multiple, que ce soit vis-à-vis du patient, de sa famille, des soignants. Nous effectuons une prise en charge globale. D'un cas à l'autre cela reste variable, c'est à nous de nous adapter au rythme, aux besoins, aux demandes de chaque patient. Nous accompagnons les soignants, nous apportons une écoute et discutons des actions en fonction de ce qui est ressenti,</p>

	recherchons celles qui ne sont pas connues.	patient, sa famille, mais aussi à l'équipe des soignants. Nous avons une relation étroite avec les soignants du service des urgences, nous avons ensemble des réflexions éthiques de soins pour lesquels nous apportons des décisions collégiales.	constaté. Chaque situation est différente, car chaque patient est différent et chaque personne possède une histoire de vie qui lui est propre. Je n'apporte aucun jugement, je suis toujours dans la relation d'aide.
<b>Question n°3</b> <b>Selon vous, de façon concrète pouvez-vous m'indiquer les modalités de la collaboration (accueil, soins,...)?</b>	Nous intervenons sur appel du médecin des urgences ou de l'infirmière avec son accord. Les propositions de traitements sont gérées par les médecins. L'infirmière, elle établit un recueil de données, énonce la nature du problème, évalue ce qui a été fait/envisagé. Nous avons des interactions avec les différents intervenants concernés par la prise globale du patient (médecin traitant, psychologue, assistante social...) Cependant nous n'avons pas toujours un interlocuteur afin de connaître les raisons de l'arrivée du patient aux urgences. De ce fait nous interrogeons, le patient, sa famille, et aussi les soignants.	Comme je l'ai énoncé avant, nous prenons des décisions collégiales, qui sont de bonnes décisions réfléchies en interdisciplinarité. Le mot de chacun à sa valeur. Nous apportons tous une réflexion à la prise en charge globale du patient. Nous faisons face ensemble à la douleur du patient, de sa famille (souffrance psychique, morale, sociale). Le travail interdisciplinaire est une réelle richesse. Le patient est l'affaire de tous le monde que ce soit aux urgences ou dans d'autres services. L'assistante sociale un rôle prédominant dans les difficultés sociales, environnementales, familiales du patient. Elle permet également le retour à domicile.	Cela se fait naturellement. Nous examinons le patient, l'écoutons, l'interrogeons lui et sa famille. Nous avons une discussion avec l'équipe et une décision est prise ensemble. Je donne mon avis, prend en compte l'avis des autres et nous trouvons ensemble un consensus. S'il n'y a pas de consensus, ce qui est rare, c'est le médecin référent qui prend la décision finale. Tous les matins, chaque membre de l'équipe mobile des soins palliatifs se réunit afin de discuter ensemble des différentes situations du jour.

<p><b>Question n°4</b>  <b>Etes-vous sollicités fréquemment ou systématiquement par l'équipe des urgences pour accompagner la fin de vie des personnes âgées? Oui, non, pourquoi ?</b></p>	<p>Non ce n'est pas systématique mais cela arrive fréquemment. Je pense que parfois, l'équipe des urgences estime ne pas avoir besoin. Nous intervenons bien souvent lorsqu'une solution d'hébergement n'a pas encore été trouvée. Nous accueillons le patient rapidement dans notre unité de soins palliatifs, en fonction des places disponibles. Le transfert se fera alors dans le service attelant les urgences appelé service d'attente (sores). La fin de vie c'est l'affaire de tous le monde et pas seulement de l'équipe mobile de soins palliatifs.</p>	<p>Non pas systématiquement, mais régulièrement. Nous travaillons facilement avec le service des urgences. Nous travaillons facilement ensemble afin d'apporter une grande disponibilité, une grande écoute à la personne âgée en fin de vie et à sa famille. Nous accompagnons ensemble, et ça c'est une force. Lorsque les soignants rencontrent des difficultés, nous sommes là pour les aider, les soutenir. Il ne faut pas oublier qui eux aussi, ont peut être vécu la fin de vie d'un de leur proche et que certaines situations leur rappel des événements douloureux. Chaque personne à ses souffrances. Nous sommes là aussi, pour eux, pour les aider, les soutenir.</p>	<p>Non je ne pense pas que ce soit systématique, quelque soit l'âge du patient. Certains ne pensent pas ou ne savent pas que nous pouvons être un soutien, que nous pouvons apporter une aide. Et d'autres se sentent capable de gérer seuls certaines situations.</p>
<p><b>Question n°5</b>  <b>Quelles sont vos ressources pour effectuer votre accompagnement?</b></p>	<p>* J'ai fait différentes formations. J'ai passé un diplôme universitaire de soins palliatifs. J'ai également décidé de faire la formation écoute/relaxation. Je suis infirmière diplômée d'état avec la spécialité psychiatrie.          * Le travail en équipe est pour moi indispensable, ça me permet d'être efficace dans mon</p>	<p>*Mon expérience d'infirmière. Mes diverses formations, notamment mon diplôme universitaire en soins palliatifs, mon diplôme universitaire d'éthique.          * J'ai également eu des outils me permettant d'évoluer dans mon accompagnement : Interventions dans différents établissements, les forums, les</p>	<p>*L'interdisciplinarité de l'équipe : médecin, infirmier, assistante sociale, psychologue. La prise en charge multidisciplinaire.          * Mes connaissances me permettant de faire que la fin de vie de la personne soit la moins pénible possible. Je fais mon maximum pour apporter une qualité de fin de vie.          * Les HAD permettant le retour à domicile,</p>

	<p>accompagnement. * Les outils d'évaluation sont aussi des ressources (échelle de la douleur, évaluation de l'état psychologique, échelle anxiété et dépression). * Mes ressources personnelles, se retrouve dans le fait que je fais une coupure entre ma vie professionnelle et privée. Quand je ferme la porte du service, je ne suis plus dans le service. J'ai besoin de souffler.</p>	<p>conférences, les rencontres avec des gens intéressés par notre travail.</p>	<p>ou le service d'USP, permettant les transferts. Le patient donne son avis. Dans le cas du retour à domicile, nous prévenons des symptômes auprès de l'entourage. Nous passons entre le patient et sa famille un contrat moral d'accompagnement. * Les acteurs économiques qui permettent de faire évoluer les choses, notamment en termes de moyens humains. Ce qui permet d'avoir un personnel suffisant et de continuer d'apporter un accompagnement de qualité.</p>
<p><b>Question n°6</b> <b>Vous est-il possible de personnaliser votre accompagnement ?</b> <b>Oui, non, pourquoi ?</b></p>	<p>Tout accompagnement est différent selon la personne. Nous ne rencontrons des personnalités, des histoires, des circonstances différentes. C'est nous qui nous adaptons au patient et sa famille. Je peux dire, oui, il m'est possible de personnaliser mon accompagnement à chaque fois.</p>	<p>Oui en accompagnant la famille et le patient en fonctions de leurs demandes, leurs attentes. Il est toujours possible de personnaliser notre accompagnement, mais il ne faut pas entrer dans une relation fusionnelle. Jusqu'au bout de la vie, il faut avoir notion du respect, faire preuve d'empathie, d'un sens éthique et moral. L'accompagnement c'est faire un bout de chemin ensemble, face à la mort, nous savons que le bout de chemin s'arrête là. En soins palliatifs, dans son accompagnement, il faut savoir faire pour</p>	<p>Je n'ai pas de difficulté. Je personnalise toujours mon accompagnement, je suis toujours respectueuse. Cependant je suis heurté par les soignants qui tutoient les personnes âgées. C'est une personne apparentière, qui a une vie passée et qui mérite que l'on appelle Monsieur ou Madame. Sauf dans le cas où il s'agit d'une demande émanant du patient. La personnalisation est associée au respect de la personne, de posséder une attitude d'écoute, et être à sa disposition.</p>

		se protéger. En effet, comment être aidant face aux difficultés des autres si vous êtes vous-même en souffrance.	
--	--	--	--

# **ANNEXE XI**

## **Dossier de soins palliatifs**

# **ANNEXE XII**

**Différentes échelles de la douleur**

**Echelle d'évaluation des symptômes**



# Articles de presses