

## Article original

# La mort aux urgences

Death in the emergency department

C. ROTHMANN, D. EVRARD

*SAMU 57 - SMUR - SAU, Centre Hospitalier Régional, 1, place Philippe-de-Vigneulles, 57038 Metz Cedex.*

## RÉSUMÉ

**Objectifs :** Étudier l'épidémiologie de la mort aux urgences, les modalités et l'abord thérapeutique du mourant.

**Méthode :** Étude rétrospective des décès déclarés au service d'accueil des urgences, réalisée sur une période de 3 ans. Sont analysés l'épidémiologie, l'arrivée des patients, le temps de séjour, le lieu de décès et la prise en charge thérapeutique.

**Résultats :** Deux cent vingt-sept patients sont inclus, représentant 0,20 % de l'activité clinique du service. L'âge moyen est de 72 ans. La mort des moins de 20 ans est exceptionnelle. Les étiologies sont variées. Les fins de vie et les pathologies « autres » représentent 55 % des décès. La mortalité masculine prédomine avant 60 ans, d'origine traumatique principalement. La durée moyenne de séjour est de 11 heures et 20 min. Soixante-treize pour cent des sujets sont adressés par le SAMU-Centre 15, 18 % par un médecin libéral. Quarante-sept pour cent des patients arrivent en transport médicalisé. Quarante-neuf pour cent des patients meurent au SAU, 41 % en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Soixante-sept pour cent des décédés en UHCD sont admis pour soins palliatifs. Les abstentions et limitations de soins concernent respectivement 55 % et 21 % des patients.

**Conclusion :** La mort aux urgences a une faible incidence. La spécificité de la médecine d'urgence rend parfois difficile une bonne prise en charge de la fin de vie. La médiocrité des filières de soins en amont des urgences, les difficultés d'orientation en aval contribuent à l'orientation fréquente des fins de vies aux urgences, et à l'utilisation de l'UHCD comme service de soins palliatifs.

**Mots-clés :** Mort. Service des Urgences. Epidémiologie. Ethique.

## SUMMARY

**Aim of the study :** To study the epidemiology of death in the emergency unit, clinical practices and access to care for the dying person.

**Method :** We conducted a retrospective study of deaths among patients seen at the Emergency Department (ED) in Metz over a 3-year period. Epidemiology data, patient arrival, their period of stay, their place of death and therapeutic practices are analyzed.

**Results :** Two hundred and twenty-seven patients who died in the ED were included in the study, accounting for 0.20% of the clinical activity of the unit. Average age was 72 years. Death before the age of 20 years was exceptional. Etiologies varied. End-of-life situations and other serious pathologies accounted for 55% of the deaths. Male mortality prevailed before 60 years of age, mainly due to trauma. The average duration of the stay in the ED was greater than 11 hours. 73% of the subjects were referred by the Mobile Emergency Unit, 18% by a general practitioner. 47% of the patients arrived via a medicalized means of transportation. 49% of the patients died in the ED, 41% in the observation unit. 67% of the deceased persons in the observation unit were admitted for palliative care. Therapeutic abstentions and compassionate care concerned 55% and 21% of the patients respectively.

**Conclusion :** Incidence of death in the ED is low. Proper care of end-of-life patients can be difficult in the specific setting of emergency care. Because of the insufficiency capacity of referring units and the difficulties of subsequent orientation after discharge, dying people are frequently referral to the ED. The observation unit is often used for palliative care.

**Key-words:** Death. Emergency department. Epidemiology. Ethics.

La prise en charge des urgences est une priorité de santé publique. Le développement de la médecine d'urgence pré-hospitalière et hospitalière permet la prise en charge précoce et efficace de toutes les détresses vitales, repoussant ainsi la frontière entre la vie et la mort.

Le médecin des urgences est alors au centre de décisions cruciales, concernant la gestion de cette situation.

La définition première de la mort est la fin de la vie. Cependant, la difficulté à définir la vie explique toute la complexité d'en identifier sa fin. Discuter de la mort amène à s'interroger sur des notions telles que le temps, la fonction, l'espèce, l'émoi. La mort qui nous intéresse dans ce travail est celle de l'individu. Elle ne représente pas la fin de la vie mais la fin d'une vie, la cessation définitive de ses fonctions corporelles.

L'évolution de la biotechnologie, de la médecine, et notamment de la réanimation, sont à l'origine de déplacements progressifs de repères essentiels de notre existence comme la mort.

Après avoir défini de façon historique et théorique les facteurs influençant les pratiques, ce travail étudiera l'épidémiologie et les conduites tenues dans un service d'urgences face à une détresse vitale et à la fin de vie.

## L'HOMME ET LA MORT [1]

Des siècles durant, la mort est restée pour l'Homme à la fois familière, atténuée, indifférente. Les personnages célèbres des romans médiévaux meurent avertis. Sachant sa fin prochaine, le mourant prend ses dispositions et accomplit des gestes dictés par les anciennes coutumes. C'est la *mort apprivoisée*, qui se réfère au premier millénaire. Quand le principal intéressé ne s'aperçoit pas le premier de son sort, il revient à d'autres de l'avertir. Un document pontifical du Moyen Âge en fait un devoir au médecin.

Au cours du haut Moyen Âge, le vécu de la mort prend une tournure plus dramatique, coïncidant avec la crainte du Jugement dernier. Ce sens dramatique et personnel de la mort est désigné comme la *mort de soi*.

Au siècle du Romantisme, la mort est remarquable par l'attitude des survivants. C'est l'aspect pathétique et douloureux qui prédomine. La séparation est alors intolérable et il importe d'exprimer sa douleur devant la mort de l'autre, la *mort de toi*.

Plus on avance dans le temps, moins l'homme sent de lui-même sa mort prochaine, plus il faut l'y préparer et, par conséquent, plus il dépend de son entourage.

Au XVIII<sup>e</sup> siècle, le médecin renonce au rôle qui fut le sien, et c'est la famille qui prend ce soin. L'évolution croissante du sentiment familial et de l'individualisme amène le mourant à se reposer sur la parole de ses proches qui, à partir du XX<sup>e</sup> siècle, dissimulent la menace d'une mort prochaine. Les progrès de la médecine, de leur côté, substituent, dans la conscience de l'homme atteint, la

mort par la maladie. On sait de moins en moins si la maladie grave est mortelle. Plus encore, si malgré tout le mourant a deviné, il fait semblant de ne pas savoir ; la bienséance exige qu'il reste discret et naturel. Le mourant devient alors privé du droit jadis essentiel de connaître sa mort, de la préparer, de l'organiser. La *mort inversée* est une rupture à laquelle on ne veut pas songer, qu'on souhaite repousser indéfiniment, et du moins qu'on espère subite et discrète. Parallèlement, la force de l'individualisme, la science et la technique, l'urbanisation, la société marchande, contribuent à une déritualisation croissante [2]. C'est ce parti pris d'éclipser et d'escamoter, qui caractérise aujourd'hui nos attitudes face à la mort.

La mort dans un service d'urgence est une entité temporelle, incluant la succession du traitement de la détresse vitale, du décès et de la prise en charge psychologique initiale des proches du défunt voire des soignants. Elle englobe des réflexions morales, des comportements, des décisions, une charge émotionnelle et des aspects médico-légaux importants.

Les problèmes éthiques concernent tous les médecins, et tout particulièrement les médecins des urgences. D'une manière générale, les fondements de l'éthique médicale reposent sur la nécessité d'agir pour le bien des patients, de ne rien faire qui leur nuise, de respecter leur autonomie de décision et de répartir avec équité les ressources médicales sans distinction d'âge, de sexe, de classe sociale ou de race [3, 4]. Ces notions et principes sont à la base du respect de la dignité humaine, qui consiste, dans sa définition de droit universel, à se sentir responsable de la souffrance d'autrui. La communication et le temps sont alors primordiaux dans la prise en charge de la fin de vie, et on se rend compte que plus les rapports entre patient et praticien sont importants, plus la relation médecin-malade est digne et plus présentes sont les valeurs de l'éthique médicale [5]. La connaissance du patient, de ses racines, sa culture, sa confession, son autonomie de décision représentent la clef de voûte d'une prise en charge optimale de la fin de vie, basée sur le dialogue [6]. Ce dialogue doit permettre au patient de maîtriser sa mort, de se la réapproprier. Ainsi, toutes ces notions mesurent l'ampleur des conséquences morales pouvant exister en cas de décès dans un service d'urgences, où le quasi-anonymat des patients est routinier et où le temps manque souvent. Aux urgences plus qu'ailleurs, la détresse vitale arrive brutalement, avec des décisions essentielles à prendre rapidement, chez des patients de tous âges ne pouvant parfois pas s'exprimer, aux antécédents, volontés et familles rarement connus. Dans ces conditions, la notion de dignité de la mort décrite précédemment n'a souvent malheureusement pas sa place. La communication et l'accompagnement du mourant peuvent alors faire défaut. La prise en charge va consister à diagnostiquer et évaluer, en un temps compté et restreint, afin de procéder à la thérapeutique la plus judicieusement adaptée au malade et à sa

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9098179>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9098179>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)