

# Comment annoncer de mauvaises nouvelles aux familles aux urgences?

Dr DOUPLAT Marion

Pôle RUSH Sainte Marguerite/Timone

# SOMMAIRE

- I. Quelles mauvaises nouvelles aux urgences?
- II. Difficultés de l'équipe soignante à informer
- III. Pourquoi informer: notre devoir
- IV. Comment annoncer de mauvaises nouvelles?
- V. Évaluation de la qualité de l'information

# I. QUELLES MAUVAISES NOUVELLES AUX URGENCES?



# Quelques chiffres..

- La mort aux urgences: réalité quotidienne
- $\frac{3}{4}$  des décès ont lieu à l'hôpital
- 0.15 à 0.5% des passages soit 16500 à 26500 décès par an
- La part assumée par les SU: 7.5% à 17%
- Âge moyen: 75 ans
- La confrontation du personnel des urgences avec la mort est plus fréquente que dans les autres services de l'hôpital.

# Quelles mauvaises nouvelles aux urgences?

- Décès inopiné ou mort non attendue : 20% des décès aux urgences. Patient décédé après réanimation en SMUR ou aux urgences.
- Décision médicale d'abstention dans 80% des cas:  
LATA.
  - 2/3 des cas: pathologie chronique évolué
  - 1/3 des cas: aigue dont les AVC ischémique ou hémorragique massif
  - Décision prise seule par le médecin urgentiste dans 63% des cas

# Particularité des patients aux urgences..

- Trouble de la conscience: Incapacité du patient à recevoir, comprendre l'information:
  - 65% des patients qui meurent à l'hôpital ne peuvent pas communiquer dans les jours précédants (Hirsch 2004).
  - Rôle des proches++
- Absence d'informations sur le patient, condition et qualité de vie, antécédants, traitements...
- Méconnaissance de la situation de fin de vie par le patient et entourage.
- Attention aux étiquettes ..

# Particularités des urgences

- Stress des équipes
- Milieu agressif pour les patients
- Différents degrés de gravité des patients aux urgences
- Manque de place, pas de lieu spécifique pour la parole.
- Manque de temps



## II. DIFFICULTES DE L'EQUIPE SOIGNANTE A INFORMER





# Quelle information à délivrer..

- But: délivrer une information personnalisée et structurée.
- Sentiment → un jugement d'obstination déraisonnable → une décision médicale
- Mise en jeu de critères objectifs et subjectifs
  - État des connaissances et évolution de la PEC
  - Expérience des soignants
  - Souhaits du patient, ou transmis par les proches

# A partir de quelle démarche?

- Questionnement par l'équipe soignante:
  - Évolution d'une affection incurable?
  - Qualité de vie antérieure gravement compromis?
  - Risque de dépendance aux techniques de suppléance?..
- Inscription du cas singulier du patient dans les principes éthiques: autonomie, bienfaisance, non mal-faisance et justice et équité.

# Chaine éthique

- Les SU sont un maillon de la chaine éthique
- Chaque maillon doit assumer ses responsabilités: souvent rupture de cette chaine!
- En amont: manque d'information au patient et à la famille
- En aval: manque d'implication des spécialistes
- Nécessité d'une continuité de la chaine éthique → Chaine de confiance+++

## III. POURQUOI INFORMER?



# Pourquoi informer?

- 3 objectifs:
  - Respecter les principes éthiques de la relation médecin-malade (autonomie, bienfaisance, non mal-faisance et justice).
  - Satisfaire les règles déontologiques
  - Répondre à l'exigence légale du consentement aux soins.



# Quelle information et à qui?

- « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée ». article 35 du code de déontologie médicale
- les médecins doivent donner aux malades [...] les informations sur leur état qui leur seront accessibles;  
Code de la santé publique art 710-2.
- « le recueil du consentement éclairé est la condition même du droit conféré au médecin d'agir sur la personne humaine ». Mais c'est surtout l'inversion de la charge de preuve (qui appartient désormais au médecin). L'arrêt Hédreul (Cour de cassation, 25 février 1997)

# Quelle information et à qui?

- Consultation des proches : *« les proches doivent être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite »*. Article 35 du Code de déontologie médicale
- Les proches sont représentés par la famille ou par la personne de confiance antérieurement désignée par écrit (Article L1111-6 de la loi 2002-303).

# Quelle information et à qui?

- Pour ces patients qui arrivent seuls au terme de leur vie...
- L'équipe soignante se repose sur leur propre jugement de valeurs...
- la décision choisie devant être celle qui respecte le mieux l'intérêt du malade et donne le plus de sens à l'acte médical..





# Information apportée par les paramédicaux

- Le personnel participe à l'information dans les domaines respectifs de compétences et dans le respect des propres règles professionnelles. (Code de santé publique article L710-2).
- Les modalités d'exercice de la profession infirmière recommandent une information adaptée, intelligible et loyale avant le soins (décret 93-345 du 15 mars 1993) ainsi qu'à la demande de la famille (décret 93-221 du 16 février 1993).

## **IV. COMMENT ANNONCER DE MAUVAISES NOUVELLES ?**

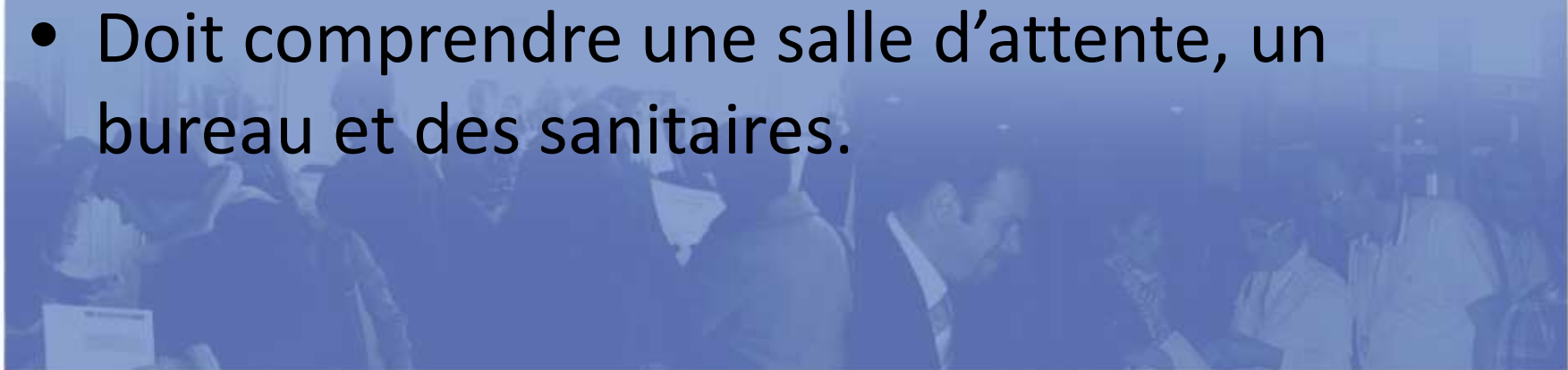


# Communication de l'équipe soignante

- Manière d'annoncer ajoute ses effets propres au choc psychologique du décès.
- Annonce brutale peut empêcher le travail de deuil.
- Chacun est responsable de la transmission des informations lors des changements d'équipes.
- Nécessité d'une continuité de l'information+++

# Communication de l'équipe soignante

- Lieu approprié++
- Espace de communication calme et confortable différent de la salle d'attente.
- Les familles doivent pouvoir se regrouper pour se reconforter et se préparer à l'annonce des nouvelles.
- Doit comprendre une salle d'attente, un bureau et des sanitaires.



# Déroulement de l'annonce

- Accueil: courtoisie et humilité, lieu calme, faire asseoir.
- Intervenants: se présenter et indiquer sa fonction
- Dialogue: poids des mots++, mots simples et compréhensible, débit de parole.



# Déroulement de l'annonce

- Informer sur:
  - le diagnostic
  - l'évolution attendue
  - les options thérapeutiques prises.
- Répéter, reformuler. Laisser les émotions s'exprimer: larmes, cris, silence.
- Les faits médicaux sont moins important que la compassion.

# Déroulement de l'annonce

- Fin de l'entretien: proposer soutien psychologique, référents religieux, ou médecin traitant++ boisson.
- Rester à la disposition de la famille pour les questions.



# V. EVALUATION DE LA QUALITE DE L'INFORMATION





# Evaluation de la qualité de l'information

- Pas d'études aux urgences, seulement en réanimation
- 3 critères retenus:
  - la compréhension des informations
  - la satisfaction vis à vis de la qualité des soins et de l'accueil
  - l'importance des symptômes d'anxiété et de dépression.



# Evaluation de la qualité de l'information

- Sur 102 familles, la moitié n'avait pas compris l'information apporté par les réanimateurs, souvent associé à une durée trop brève d'entretien. *Azoulay Crit care med 2000*
- Etude famirea; les facteurs associés à la non satisfaction sont:
  - les informations contradictoires
  - l'absence de connaissance du rôle de chaque soignant
  - l'absence d'aide par le médecin traitant.

# Evaluation de la qualité de l'information

- Il en ressort:
  - La nécessité d'une information personnalisée et fidélisée.
  - L'aide du médecin traitant ou d'un tiers
  - Compétence des conjoints..reste a évaluer



# Conclusion

- Conditions d'annonces difficiles aux urgences
- Nécessité d'une réflexion individuelle et collégiale
- Familles souvent non préparées: rupture de la chaîne éthique ...
- Savoir prendre le temps quand on a l'impression d'en manquer....
- Perspectives:
  - Améliorer les conditions d'accueil aux urgences
  - Nécessiter d'études d'évaluation de la qualité de l'information aux urgences.