

INTRODUCTION

A l'échelle nationale, près de 20% des décès ont lieu dans les services d'urgences. Ces décès ne concernent pas uniquement des décès brutaux liés à des affections aiguës, mais également des patients pour lesquels la fin de vie était prévisible.

Aux Antilles et en Guyane, cette problématique est majorée par le vieillissement démographique accéléré ainsi que le mauvais état de santé des personnes âgées (notamment en Guyane). Le défaut de structure médico-sociales adaptées lié à la précarité sanitaire et économique placent les urgences au cœur de cet enjeu territorial.

OBJECTIF

Faire un état des lieux, par le biais du regard des professionnels des difficultés rencontrées et des leviers d'amélioration concernant la prise en charge des patients en fin de vie dans leurs services d'urgence des CHU de Martinique, Guadeloupe et de Guyane.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Étude observationnelle descriptive mixte (quantitative et qualitative) menée auprès des soignants (médecins, internes, infirmiers, aides-soignants) des 3 départements. Le recueil comprenait une enquête par questionnaire (n=108) et des entretiens semi-directifs (n=10) entre 2024 et 2025.

« T'es pas dans une structure qui te permet de réfléchir comme un être humain »



RÉSULTATS

Pour l'intégralité des interrogés, la prise en charge du patient en fin de vie était jugée importante.

LE TABOU DU SYSTÈME DE SOIN, le sentiment d'isolement des soignants :

Manque d'anticipation et d'éducation sur la fin de vie de la part des professionnels de santé : « Les directives anticipées, ici, c'est inexistant. » ;

Défaut de prise en charge extrahospitalière (EHPAD, HAD): « les EHPAD, même s'ils savent que le patient va décéder, qu'ils sont déjà au clair dessus, ils envoient quand même (aux urgences) parce qu'ils ne sont pas capables de gérer les décès » => **Absence de filiarisation** de ces patients qui viennent décéder aux urgences.

LES URGENCES UNE STRUCTURE INADAPTÉE POUR LE MALADE EN FIN DE VIE :

Conditions de décès **indigne** : « ce n'est pas très digne de mourir aux urgences sur un brancard au milieu de plein de gens » ; « S'il n'y a pas de place, c'est dans le couloir »

Absence de culture du soin palliatif aux urgences : 58% des répondants au questionnaire déclaraient n'avoir aucune formation aux soins palliatifs ; 48% n'avaient pas la connaissance de protocole de prise en charge.

Maltraitance involontaire institutionnelle : « La dysfonction est devenue fonction » ; « T'es obligé de l'abandonner pour aller t'occuper des autres » ;

Source de **souffrance** des équipes : « T'es pas dans une structure qui te permet de réfléchir comme un être humain » ; « On n'essaie pas de savoir comment vont les médecins qui annoncent 8 décès dans une semaine » .

LES FACTEURS HUMAINS, LEVIERS POUR FAIRE FACE :

Une empathie commune : « en tant que soignant nous faisons tout notre possible pour aider et accompagner les familles dans ce moment difficile et j'en suis fier ».

Rôle de médiateurs des paramédicaux, interface dans la relation soignant / soigné, garants d'une bonne compréhension du soin : « une fois que le médecin a prescrit il ne retourne pas voir le patient, donc c'est nous qui devons gérer la famille, les soins, les rites, la mise au confort et tout. C'est nous qui le faisons donc on a tellement l'habitude ».

Besoins en formations et protocoles : 90% des répondants au questionnaire ressentaient le besoin d'une formation, majoritairement (85%) sous forme « d'échange en équipe ».

La fin de vie aux urgences, symptôme d'un mal-être sociétal : Évolution d'une mort traditionnelle (acceptée, communautaire, célébrée) vers une mort moderne (**médicalisée et taboue**).

Différentes échelles de solutions : Améliorer les compétences en **communication**, valoriser le **travail en équipe aux urgences** pour créer une philosophie de soin commune et améliorer les pratiques. Importance de chaque acteur du parcours de soin de leur rôle d'éducation sur la fin de vie (aborder les directives anticipées, la personne de confiance), lutter contre le tabou afin de permettre **l'anticipation de la fin de vie et son acceptation**.

DISCUSSION

La solution ne peut pas être purement médicale, la réflexion se doit d'être **pluridisciplinaire** (spécialistes des sciences médicales, sciences humaines, les **conteurs**) pour l'accompagnement **digne** du mort et ses proches.

22 & 23
AVRIL
2026