



Les soins palliatifs, la nuit

Isabelle Lafay

► **To cite this version:**

| Isabelle Lafay. Les soins palliatifs, la nuit. Médecine humaine et pathologie. 2016. <dumas-01413238>

HAL Id: dumas-01413238

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01413238>

Submitted on 9 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Université Pierre et Marie Curie – Paris VI
Faculté de Médecine**

Les soins palliatifs, la nuit

Mémoire pour le diplôme universitaire « Accompagnement et fin de vie »

Année universitaire : 2015-2016

Par Isabelle Lafay, infirmière.

Responsables d'enseignement :

Pr Francis Bonnet

Dr Véronique Blanchet

Dr Yolaine Raffray

Remerciements

Je tiens à remercier les responsables de l'enseignement pour la qualité des apports et la richesse des questionnements, des pistes d'approfondissement, que cette formation suscite, les intervenants passionnés et passionnants, le groupe d'analyse de pratique pour la richesse des échanges.

Mes collègues pour nos échanges nocturnes qui nourrissent ma pratique.

Celles et ceux qui ont eu la gentillesse de relire et corriger cet écrit.

Sommaire

	Page
Introduction	4
I - Narration de la situation clinique	5
II - Analyse de la situation	7
A - Les problèmes que pose la situation	7
B - Les questions que me pose la situation	8
III – Problématique	9
IV - Cadre conceptuel	10
A - Ce qu'est la nuit, ce qu'elle n'est pas	10
1 - Du point de vue du patient	10
➤ Les personnes	10
➤ L'environnement	10
➤ Le patient	11
2 - Du point de vue de l'infirmier	11
➤ Le patient	12
➤ Le médecin / l'interne de garde	13
B - Le confort d'un patient anxieux en phase palliative : un besoin « commun » placé dans une temporalité peu commune.	14
1 - L'anxiété d'un patient en phase palliative	14
2 - Une temporalité peu commune	15
C – De la prescription médicale à la prescription médicale en urgence	16
1 - La prescription médicale	16
2 - La prescription médicale en urgence	18
➤ Ce qui n'est pas programmé	18
➤ l'urgence au sens juridique	18
➤ la classification des urgences et la notion de tri	19
➤ la relativité de l'urgence renvoie à la relativité de la temporalité	19
V – Synthèse	21
Conclusion	22
Bibliographie	23

Introduction

Dès la fin de ma formation initiale, le projet de suivre une spécialisation en soins palliatifs est né. Mon histoire, la prise de conscience que la démarche palliative donne au rôle propre infirmier une large place, qu'elle met le soignant au cœur du prendre soin, ont nourri ma volonté de porter un intérêt particulier à cette période de la vie.

Au-delà de l'intérêt, l'acquisition d'un savoir-faire, d'un savoir-être m'a semblé une étape nécessaire.

Depuis que je suis infirmière je travaille de nuit. Au départ par obligation, travailler de nuit est devenu un choix. Au fil des années, j'ai pris conscience des spécificités de la nuit, notamment dans la prise en charge des patients en fin de vie. J'ai travaillé auprès de patients dans un service d'hématologie puis dans un service d'Urgences. Le service de maladies infectieuses et tropicales, dans lequel je travaille depuis 6 ans, accueille des patients de tous âges avec des pathologies très variées. C'est avant tout un service de soins curatifs. Les prises en charges palliatives existent, mais si cela est possible les patients sont transférés dans des unités de soins palliatifs.

A travers le souvenir de la situation de Mme R., je me suis remémorée les derniers jours de sa vie dans le service et la façon dont cette période avait été vécue.

Cette situation illustre des questionnements et des problématiques qui reviennent de façon récurrente dans ma pratique. Je cherche à trouver à travers ce travail de réflexion des pistes d'amélioration de la prise en charge des patients en phase palliative.

I - Narration de la situation clinique

Mme R a été hospitalisée le 18/09 dans le service pour la prise en charge d'une spondylodiscite, compliquée d'une fracture vertébrale avec compression médullaire responsable d'une paraplégie.

Mme R a 84 ans, elle est veuve, a 2 enfants. Son fils lui rend régulièrement visite. Sa fille, avec laquelle elle n'avait plus de contact depuis quelques années, s'est rapprochée d'elle les jours qui ont précédé son décès. Avant son hospitalisation, elle vivait à son domicile et ne sortait pas de chez elle. Elle avait des aides à domicile 3heures par jour. 6 jours sur 7.

Elle a fait au cours de son hospitalisation plusieurs complications de décubitus (constipation, encombrement bronchique), dont notamment, le vendredi 10/10 une embolie pulmonaire bilatérale proximale. En accord avec Mme R. et sa famille, il a été décidé de ne pas la transférer en réanimation pour subir des actes invasifs chez cette patiente devenue grabataire avec de lourdes comorbidités.

La nuit du 11/10 je m'occupe de Mme R., puis durant les 3 nuits suivantes.

Du fait de l'encombrement bronchique et de l'embolie pulmonaire elle est sous oxygène.

Elle a de nombreuses lésions cutanées liées à une pemphigoïde cicatricielle.

Mme R. est dépressive, elle est traitée par Miansérine 60mg. La dose a été doublée au cours du mois qui précède. Elle est traitée pour de l'anxiété chronique par du Seresta et de l'Atarax 25 mg (1-1-1-0). Suite à l'embolie pulmonaire, le 10/10 la dose journalière de Seresta a été augmentée. De 1-0-0-1/2 elle est passée à 1-0-1-1.

Les douleurs (liées à de l'arthrose diffuse et à un oedème chronique du membre inférieur gauche) sont traitées par du paracétamol 1g/8h si besoin (il est fait en systématique) et de l'Oxynorm 50mg/24h à la seringue électrique avec des entre-doses de 3mg/4h IV en cas de douleur ou avant les changes.

Pour des douleurs neuropathiques multifactorielles (tumeur bénigne des méninges rachidiennes, spondylodiscite) elle prend 5 gouttes de Rivotril le soir.

Sa conscience oscille entre des épisodes d'orientation et de désorientation temporo-spatiales.

La première nuit Mme R m'exprime sa peur de s'endormir, de mourir, pose des questions pour savoir comment cela fait de mourir, va-t-elle bientôt mourir, est-elle morte. Elle exprime son besoin que je vienne régulièrement dans sa chambre pour lui parler. Elle ne demande pas une présence continue mais régulière. Elle exprime aussi son désir de ne pas mourir, dit qu'elle a encore des choses à faire. Elle s'assoupit mais se réveille souvent et anxieuse.

Ses plaintes sont associées à des plaintes douloureuses diffuses.

Je lui administre les traitements prescrits pour apaiser ses anxiétés et ses douleurs. Je multiplie les moments de présence auprès d'elle, d'échanges ou plutôt d'écoute. Je me rends compte que j'ai du mal à communiquer avec Mme R. : par moments elle pose des questions très directes sur la mort, sur sa mort -qu'elle craint imminente-, et pour lesquelles je n'ai pas de réponse à donner. Je ne sais pas dans quel délai son décès peut intervenir. Je n'ai pas le sentiment que cela va survenir cette nuit même si depuis son arrivée dans le service, après une phase d'amélioration, son état s'est de nouveau dégradé la veille. A d'autres moments, elle se croit morte et me demande de confirmer/infirmier qu'elle est morte, la réponse est plus évidente. Cette alternance d'épisodes d'orientation et de désorientation associés à mes doutes sur les effets qu'un échange sur ces interrogations pourraient avoir et à mes craintes qu'elle ne s'apaise pas je me contente de répondre aux évidences, de mettre en lien la majoration de ses symptômes avec celle de ses anxiétés.

Sur le plan respiratoire Mme R. a de l'oxygène qui lui permet de maintenir une bonne

oxygénation mais elle m'exprime ponctuellement des sensations d'étouffement qui régressent avant que je ne sois sortie de la chambre.

Sa chambre est proche du poste de soin. La porte de sa chambre est laissée ouverte, la lumière de la salle de bain allumée.

Devant l'inefficacité des tentatives pour l'apaiser, la répétition des épisodes d'éveil anxieux, et le fait qu'elle ne parvienne pas à dormir, je contacte l'interne de garde des urgences en début de nuit pour qu'il vienne la voir et revoir son traitement anxiolytique qui ne semble pas suffisant. Ne pouvant venir tout de suite parce qu'il est occupé aux Urgences il me dit qu'il passera dès qu'il pourra. Je passe régulièrement du temps auprès d'elle. Ma collègue aide-soignante aussi. Mme R. revient toujours sur les mêmes interrogations.

Le temps d'attente me paraît long entre l'inconfort de Mme R., ses évocations de sa mort, mon impuissance à la soulager, à l'aider et l'idée, même si sa mort ne me semble pas imminente, qu'elle puisse mourir dans cet inconfort. Elle finit par s'endormir en deuxième partie de nuit. Je rappelle l'interne de garde pour lui dire qu'il n'est plus nécessaire de venir.

Le dimanche matin, je transmets à mon collègue la nécessité de revoir son traitement anxiolytique afin que Mme R. soit plus apaisée la nuit.

Le soir suivant il n'y a eu pas de modification de prescription en ce sens. Mme R n'a pas semblé anxieuse au cours de la journée et pourtant la nuit suivante les manifestations anxieuses reprennent et elle n'arrive pas à trouver le sommeil. J'appelle l'interne de garde, qui passe et prescrit un anxiolytique supplémentaire. Elle s'endort tardivement. Le lundi matin, j'insiste auprès de mon collègue pour que son anxiété nocturne soit prise en compte.

Le lundi 13/10, l'interne de la salle prescrit du Lexomil (1cp le soir), le Seresta est remplacé par du Tranxène 50mg (en IV la nuit). La prescription de morphiniques est diminuée : Oxycontin LP 10 1cp à 10h et 1 cp à 22h, Oxynormoro 5mg/6h si besoin. Je ne sais pas si elle a été vu par la psychologue du service.

Les deux dernières nuits, Mme R est plus apaisée.

Au cours de la matinée du 15/10, elle présente un état de détresse respiratoire sur une probable pneumopathie d'inhalation. De l'Hypnovel (0,5mg/h) est débuté. L'Oxynorm prescrit est de 12,5mg/24h. Un patch de Scopoderm 1mg est mis en place. Mme R est informée qu'il lui est administré un traitement pour l'apaiser. Elle décède ce matin-là.

Lorsque j'ai appris le décès de Mme R. 4 jours plus tard, le film de sa prise en charge a pris une autre dimension.

II - Analyse de la situation

A - Les problèmes que pose la situation

- Majoration de son anxiété, liée à une aggravation de son état (ajouté au caractère anxiogène d'une embolie pulmonaire), à la peur de mourir, à des épisodes de désorientation, avec un retentissement sur sa douleur, sa dyspnée et son sommeil.
- Embolie pulmonaire bilatérale proximale.
- Altération de la mobilité du fait de la paraplégie liée à une compression médullaire.
- Altération cutanée liée à la pemphigoïde cicatricielle.
- Altération de l'image corporelle.
- Asthénie.
- Complications/risques liés au décubitus chez une patiente grabataire.

B - Les questions que me pose la situation

- A partir des questions sur la subjectivité propre à chaque lecture que l'on peut faire d'une situation, je me suis interrogée sur les différentes perceptions de la temporalité et leurs conséquences dans la perspective de la prise en charge palliative, la nuit : celle du patient, celle des soignants au lit du patient, celle des internes de garde des Urgences.

« *Je meurs chaque nuit pour ressusciter chaque matin* »¹

Cette citation illustre bien ce que Mme R. exprimait et vivait : chaque nuit était pour elle la dernière, et la journée les symptômes qui accompagnaient sa peur de mourir régressaient. La perception qu'elle avait du temps qu'il lui restait à vivre était élastique à l'échelle d'un jour.

Lors de la prise en charge de Mme R. j'avais le sentiment (incertain) au vu des éléments de sa situation clinique, des transmissions, de l'aggravation que je constatais, de la décision de ne pas la transférer en réanimation, qu'elle était dans la phase palliative symptomatique de sa prise en charge. Mais je n'avais pas d'éléments pour projeter sa prise en charge en jours ou en semaines. L'annonce de son décès a replacé sa prise en charge dans un autre espace-temps. Après coup, je me suis dit que Mme R. était dans la phase terminale de sa prise en charge c'est à dire la phase durant laquelle « *le décès est imminent et inévitable* »².

La demande d'évaluation et de prescription pour soulager une patiente anxieuse en phase palliative vient s'intercaler dans la file des demandes de soins auxquels doit répondre l'interne de garde des Urgences. L'organisation de son temps est le résultat de nombreuses considérations.

- Je me suis aussi interrogée sur les difficultés à faire prendre en compte des symptômes qui se majorent la nuit.
- L'absence de collégialité pluridisciplinaire la nuit et son impact sur la prise en charge palliative (subjectivité des évaluations et donc des actions) a aussi été à l'origine de questionnements.

1 BERNANOS Georges. Dialogues des Carmélites. Edition du Seuil. Paris. P 23.

2 In Soins palliatifs : réflexions et pratiques, p 233.

III - Problématique

J'ai choisi de centrer mon questionnement dans un service médecine dont la mission essentielle est la prise en charge curative.

Ce choix m'apparaissait important pour deux raisons :

- les soignants – au sens large-, après avoir accompagné le patient dans la phase curative, doivent aussi vivre le deuil d'une éventuelle guérison du patient et le soigner, l'accompagner dans cette nouvelle perspective.
- un service de médecine aigu, même s'il ne dispose pas des moyens et des compétences dont disposent les unités de soins palliatifs, prend en charge des patients en fin de vie. Des patients meurent dans ces services. Et même si de nombreux points communs existent, chaque hôpital, chaque service a son organisation des soins et s'appuie de façon singulière dessus : existence d'une équipe mobile, de référents, d'une unité ou de lits identifiés soins palliatifs, développement de la formation interne ou externe en soins palliatifs, réunions pluridisciplinaires plus ou moins fréquentes, existence de groupes d'analyse de pratique, lieux dédiés à l'accueil des familles, place donnée à l'approche palliative, composition des équipes pluridisciplinaires... Une grande variabilité des prises en charge est possible.

Mon choix de la problématique a été orienté par le fait que la prise en charge la nuit avait sa singularité et que celle des symptômes d'inconfort révélait la multiplicité des temporalités.

Agata Zielinski définit la temporalité comme « *le temps vécu, celui dont nous faisons l'expérience, avec ses qualités affectives diverses, selon une tonalité agréable ou désagréable : moment heureux, bouleversant, étonnant ou insoutenable, trop long ou trop court...* »¹

La prescription médicale en urgence me semble se trouver au cœur de ces thématiques.

Mon intérêt pour ces questionnements et la difficulté à évaluer le temps -au sens du chronos c'est-à-dire de la durée- dans laquelle s'inscrivent les situations de fin de vie m'ont convaincu de chercher des pistes pour améliorer la prise en charge des symptômes d'inconfort, la nuit.

De façon synthétique, ce travail de réflexion porte sur la prescription médicale en urgence d'un traitement permettant d'améliorer le confort d'un patient anxieux en phase palliative, la nuit, dans un service de médecine.

1 In Manuel de soins palliatifs, A. Zielinski p 93.

IV - Cadre conceptuel

A - Ce qu'est la nuit, ce qu'elle n'est pas

A l'hôpital, la nuit a ses singularités, tant pour les patients que pour les soignants.

1 - Du point de vue du patient

C'est une rupture dans le déroulement de la journée.

➤ Les personnes :

La plupart du temps, la nuit, les visites de l'entourage, ces contacts familiaux, ces contacts avec l'extérieur, ont pris fin -sauf autorisation ou tolérance, et avec elles la subjectivité qu'elles sous-tendent - .

L'équipe présente auprès du patient se réduit. Un infirmier¹ voire un aide-soignant sont pour cette période d'obscurité les seuls référents présents. Le recours à du personnel extérieur au service ajoute une inconnue : « est-ce un visage familier ? », « connaît-il le service ? »... Dans certains services de Médecine-Chirurgie-Obstétrique, un médecin de garde est présent -si besoin-, sinon le référent médical est l'interne de garde du service des Urgences. C'est souvent un médecin/interne que le patient ne connaît pas et qui ne le connaît pas. D'un côté, une relation singulière qui ne laisse pas d'autre alternative pour communiquer, de l'autre des visages nouveaux. La relation de confiance s'établira ou ne s'établira pas.

A l'inverse la journée, l'équipe pluridisciplinaire est présente : outre l'infirmier et l'aide-soignant, interviennent aussi au gré des besoins et avec leurs singularités, l'interne du service, le chef de clinique, le kinésithérapeute, l'assistant social, le psychologue, le secrétaire, les bénévoles, le diététicien, les membres de l'équipe mobile de la douleur et des soins palliatifs, les personnes qui s'occupent du ménage... Sa composition changera d'un service à l'autre, d'un hôpital à l'autre. Les possibilités que le patient établisse un contact privilégié avec un membre de l'équipe sont plus larges.

Après le premier passage de l'infirmier de nuit, les suivants sont souvent plus discrets : lors du premier tour, les soignants frappent – ou ne frappent pas- avant d'entrer. Ensuite ils entrent sans frapper. Les passages suivants donnent le rythme des prescriptions, des surveillances. Ces intrusions dans ces moments de solitude sont vécus de façons très différentes : ceux qui ont un sommeil léger seront réveillés, ceux qui ont une histoire avec des violences sursauteront par la crainte de nouvelles violences, ceux dont l'état clinique est instable verront la venue du soignant -attendue ou pas - comme le moment rassurant ou non de l'évaluation de leur situation qui s'améliore ou se dégrade. Mais c'est aussi une occasion de parler.

Dans le silence, l'obscurité, ces venues brisent l'intimité espérée mais peuvent aussi être l'occasion d'une communication dans une atmosphère plus sereine, le signe d'une présence rassurante.

➤ L'environnement :

Dans ces conditions l'environnement sonore se trouve modifié.

L'effervescence diurne s'accompagne d'une atmosphère sonore, animée parfois confuse, rassurante, vivante. Elle est rythmée par des moments identifiés (la toilette, les repas, les visites des différents intervenant hospitaliers, celles de l'entourage, les soins qui sont réalisés quotidiennement...) qui ont leurs propres bruits.

La nuit les moments de communication sont plus espacés, moins programmés, avec moins d'interférences, dans une atmosphère plus calme. Les bruits de l'activité diurne disparaissent.

1 Lire infirmier, infirmière et procéder de même pour toutes les professions.

Pour préserver le sommeil des patients, le fait de réduire les bruits contribue à la qualité du sommeil de ceux qui n'ont pas de problème de sommeil (moins de réveils intempestifs du fait du bruit). C'est aussi pour ceux que le sommeil fuit, un espace où le moindre bruit (les plaintes d'autres patients, les sonnettes, les paroles échangées, l'atmosphère qui accompagne la réalisation de soins en urgence, les pas...) occupe tout l'espace sonore.

Les sons sont décuplés et prennent une ampleur particulière, propre à chaque individu. Le bruit devient aussi le signe, d'une présence qui veille, de souffrances existantes que l'effervescence de la journée avait masqué, d'un événement imprévu et imaginé...

Le silence devient un espace où l'imagination, les pensées ont libre cours, sans distraction.

Le bruit comme le silence réveillent des craintes anciennes. Ils questionnent l'imaginaire, inquiètent, rassurent.

Quant à la luminosité, elle décline, tout devient monochrome, jeux d'ombres, espace visuel, propice à l'imagination. Cette imagination que l'esprit parfois ne contrôle pas peut aussi prendre le dessus sur la raison, devenir source d'anxiété, perturber le sommeil.

Le noir lui aussi réveille des craintes anciennes.

➤ **Le patient :**

«La nuit est la mère des pensées »¹

La nuit est aussi le moment du repos, de l'isolement, du bilan de la journée, de penser ou repenser au lendemain avec parfois les craintes qui les accompagnent : « quels sont les résultats de mes examens? », « comment se déroulera l'examen de demain? », « vais-je réussir à dormir? », « me réveillerais-je demain? », « si je ne vais pas bien, est-ce que l'infirmier l'entendra? », « viendra-t-il assez vite? », « est-ce un infirmier que je connais? », « pourra-t-il me soulager si besoin? ».

C'est un moment où le passé, le présent et le futur se côtoient et sont parfois à l'origine de fortes émotions.

L'attente ou l'absence d'informations sur sa situation clinique, sur les possibilités de prises en charge d'une souffrance redoutée sont des facteurs qui majorent son inconfort. Donner ces informations ou donner le moment où les informations seront disponibles peuvent éviter de l'aggraver.

La perception des symptômes, tels que la douleur, l'anxiété, la dyspnée, est modifiée : centré sur lui, à l'écoute de son corps, le cheminement de son esprit, il perçoit ces symptômes de manière amplifiée. « Peut-être sont-ils aussi les signes d'une aggravation? ».

Les moyens pour repousser la nuit et son cortège de maux sont divers : laisser la porte ouverte, la lumière ou la télévision allumées, solliciter la présence des soignants pour des motifs divers, rechercher l'écoute, l'échange de mots, les diversions, demander un traitement qui soulagera une souffrance identifiée (qui en cache peut-être une autre)...

La durée de la nuit suit une courbe prévisible mais le temps vécu de la nuit est élastique. Elle sera perçue longue ou courte.

2 - Du point de vue de l'infirmier

Même quand travailler de nuit est un choix, cela demande une adaptation à l'environnement sonore et visuel, aux difficultés de l'inversion du rythme nyctéméral (concentration, diminution de la vigilance, mobilisation rapide de son énergie pour émerger...). L'isolement (relatif) implique de rechercher dans ses propres ressources pour faire face à un problème imprévu.

1 Proverbe anglais, MONTREYNAUD Florence, PIERRON Agnès, SUZZONI François. Dictionnaire des proverbes et dictons. Dictionnaire Le Robert. Paris. 2006. Collection Les Usuels.

Par ailleurs, il doit accepter d'être absent pour les décisions thérapeutiques et supporter la charge émotionnelle de la responsabilité solitaire.

Mais c'est aussi un espace de liberté d'être, d'autonomie, de priorisations plus centrées sur les besoins du patient. Le rôle propre de l'infirmier a une place importante.

➤ **Le patient :**

L'infirmier prend en charge le patient avec un aide-soignant dans le meilleur des cas, mais il arrive qu'il soit seul. Il demande ponctuellement de l'aide à l'infirmier d'une autre unité.

Il assure la continuité des soins programmés, suit les prescriptions établies dans la journée. Il s'assure d'une manière générale que chaque patient puisse dormir dans les meilleures conditions.

Les examens, les investigations réalisés la nuit relèvent de prescription en urgence, quelques prélèvements peuvent être programmés.

La première rencontre, lors du premier tour, est l'occasion d'évaluer les besoins du patient, dans la perspective de la nuit qui s'annonce et de la journée qui suivra mais aussi de revenir sur la journée écoulée.

Le premier tour n'est pas le plus propice aux temps de paroles prolongés, car d'autres patients attendent ce premier passage avant de s'endormir -pour se reposer, pour ne pas être réveillés-. Parfois, celui qui a priori a le plus besoin de parler sera vu en dernier pour ne pas retarder l'endormissement des autres. Pourtant saisir le moment opportun d'un échange est nécessaire. A ce moment de la nuit, le saisir demande souvent la présence d'un autre soignant disponible pour répondre aux demandes des autres patients, sinon il faudra le poursuivre plus tard (avec le risque que cela ne soit plus le moment opportun). Il n'est pas rare qu'ils soient plusieurs dans ce besoin d'échanges, d'écoute.

Les passages suivants sont des intrusions dans l'intimité, l'infirmier est partagé entre une volonté de respecter le sommeil et une gêne d'être le témoin involontaire de corps abandonnés au sommeil. Ce sont aussi des moments propices à l'exercice de son rôle propre (écoute active, soins de confort, Toucher-massage...). L'infirmier peut prendre le temps de s'adapter au temps du patient.

En dehors, des soins programmés, des surveillances, les autres interventions sont déclenchées par les appels (sonnettes) des patients mais pas seulement. La survenue de bruits (les cris, les râles, les gémissements, la toux, la dyspnée, les paroles, les vomissements, les bruits d'une agitation, les bruits de barrières, les appels (vocaux)...) et de modifications lumineuses sont selon les patients des éléments de surveillance, qui pourront nécessiter l'intervention de l'infirmier. Ces modifications peuvent aussi être des sources d'inquiétude dans l'isolement de la nuit, tout comme peut l'être un bruit qui cesse.

L'infirmier agit aussi dans le cadre de l'urgence : l'apparition d'un symptôme, d'un problème, nécessite une évaluation, qui permet de juger si l'action, relève du rôle propre infirmier, nécessite l'intervention du médecin/interne de garde ou si la prise en charge peut attendre le lendemain.

L'action finale sera marquée par une chaîne de subjectivités (celle du patient voire de la famille, des soignants au sens large) et de choix singuliers que l'isolement de la nuit renforce. L'absence de regards croisés pour évaluer une situation conduisent à des choix imprégnés des craintes, des projections, des désirs, des méconnaissances mais aussi des limites des soignants. Face à des symptômes d'inconfort, les soignants sont doublement exposés à cette subjectivité dans leurs choix : d'une part du fait de l'isolement mais aussi du fait de la subjectivité de la notion de confort. Seul le patient peut qualifier son inconfort. L'infirmier, lui, évalue les manifestations de l'inconfort.

Au-delà du nombre de personnes qui prennent soin du patient, il y a leur pluridisciplinarité et leur capacité à partager leur vision du patient et confronter leurs perceptions. Dans le premier temps de la nuit, l'infirmier voire l'aide-soignant constituent les personnes qui portent un regard. L'intervention d'une tierce personne se fera souvent à la demande de l'infirmier. L'évaluation qui sera faite dépendra dans un premier temps d'eux, et des choix que l'infirmier

fera : demandera-t-il à un autre soignant de l'aide pour évaluer la situation ? Son évaluation sera-t-elle juste, objective ? L'intervention à mettre en œuvre relève-t-elle de l'urgence ? L'action relève-t-elle du rôle propre infirmier ou une évaluation et une prescription médicales sont-elles requises ?

Déjà cette évaluation sera imprégnée de l'histoire, des angoisses, des désirs, et des mécanismes de défenses du soignant. Ses choix sont le résultat de considérations conscientes mais aussi inconscientes. Il analyse une situation et choisit ses actions à travers le prisme de ce qu'il est, en prenant appui sur ses connaissances, son savoir-faire, son savoir-être.

La manière dont il a intégré à sa pratique le concept du prendre soin est à la fois singulière et plurielle. Singulière car elle lui est propre. Plurielle car chaque situation l'oblige à s'adapter. Ces caractéristiques ne rendent pas pour autant ses choix justes.

Seule la possibilité de regards croisés lui permettent de se questionner, de questionner la situation et d'ajuster ses choix pour qu'ils soient les moins pires.

Les réunions pluridisciplinaires sont l'occasion de réajuster son regard, de découvrir d'autres éléments à prendre en compte, de penser la prise en charge dans une approche plus globale. L'expérience de partage pluridisciplinaire concernant un patient est rarement une expérience nocturne -il faut venir sur son temps de repos-. Les occasions de mettre de la distance sur une situation pour mieux l'appréhender ont lieu dans l'immédiateté avec des collègues puis avec le médecin de garde et plus à distance, aux moments des transmissions.

La formation est une alternative. La formation initiale est nécessaire pour améliorer la prise en compte des spécificités de la démarche palliative mais elle n'est pas suffisante. La complexité des situations de fin de vie rend nécessaire la mise en question de la pratique à travers la formation continue, les échanges interdisciplinaires, les réunions pluridisciplinaires, les groupes d'analyse de pratique, un questionnement personnel sur ses représentations, ses limites, son histoire...

➤ **Le médecin / l'interne de garde :**

La nuit, quand il n'y a pas de médecin de garde dans le service, le référent médical est l'interne du service des Urgences. Le recours à l'un ou l'autre induit une disponibilité différente, un délai pour intervenir différent, une sensibilité à la spécialité différente. Ce sera souvent quelqu'un qui découvre le patient et donc sa connaissance du dossier sera partielle. Il y a toujours une part de ce que l'on connaît du patient, par les échanges oraux, qui n'est pas écrite. Il n'est pas le seul dans cette situation de connaissance partielle, l'infirmier de nuit peut être dans cette situation. Parfois, plus on s'éloigne de la technicité, plus le partage de l'information est oral.

Etre infirmier la nuit, c'est accepter cette distance géographique avec le référent médical et l'absence de cette présence rassurante à proximité (surtout en l'absence d'un médecin/interne de garde dans le service). C'est donner une place importante à l'évaluation et au jugement.

Pour l'infirmier, la présence d'un médecin de garde dans le service (qui est dans la chambre de garde au-delà d'une certaine heure de la nuit) ou le recours à l'interne de garde des Urgences induit des comportements différents. Tandis que pendant la journée, le plus souvent l'interne de l'unité ou le chef de clinique sont très disponibles, la nuit d'autres questions se posent :

- la présence d'un médecin de garde dans le service en début de nuit (avant qu'il rejoigne la chambre de garde) rend plus aisé l'évaluation clinique du patient et l'obtention de prescription médicale.
- A l'inverse, le recours à l'interne de garde nécessite d'évaluer le degré d'urgence, à la fois pour le patient mais aussi pour éviter de multiplier les demandes auprès de cet interne. Faut-il l'appeler tout de suite ou attendre d'avoir vu tous les patients ?
- la première transmission que l'infirmier fait à l'interne de garde des Urgences se fait au téléphone. Celui-ci s'appuie sur les éléments transmis, il ne connaît pas le patient, n'a pas d'élément de référence. Par ailleurs, son autre mission est de répondre aux urgences dans le service du même nom. Mais le développement de ce propos sera revu plus loin (voir Partie C).

- La pertinence de la transmission prend d'autant plus d'importance, que l'infirmier est la seule source d'information géographiquement proche, à ce moment-là.
- La nuit comme la journée, la demande d'intervention du médecin s'appuie-t-elle : sur une absolue nécessité de prescription médicale ? Sur le choix conscient ou inconscient de préférer l'intervention d'un tiers prescripteur à la recherche de solutions qui pourraient relever du rôle propre infirmier ? La nuit, dans l'éventualité de l'échec de solutions relevant du rôle propre infirmier, et compte tenu du délai d'attente imprévisible du passage de l'interne de garde, il peut être appelé rapidement pour ne pas repousser le soulagement, l'endormissement notamment.

La nuit, la multiplicité des internes qui interviennent au fil des nuits fait prendre conscience de la diversité des approches possibles.

B -Le confort d'un patient anxieux en phase palliative : un besoin « commun» placé dans une temporalité peu commune.

1 – L'anxiété en phase palliative

Plusieurs définitions des soins palliatifs existent, leurs nuances ont leur intérêt mais je m'en tiendrai à celle de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 : « *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 et à soutenir son entourage.* »

De plus, selon une analyse de 2011 (Méta-analyse de Mitchell, 2011), 9,8% des patients relevant de soins palliatifs présentent des troubles anxieux.

Ainsi, l'anxiété par la souffrance psychique et donc l'inconfort qu'elle représente, fait partie des priorités de la prise en charge palliative.

Sa définition, ses caractéristiques permettent de mieux l'identifier et mieux la prendre en charge¹ :

- **L'anxiété aiguë** est un état émotionnel intense et désagréable composé de désespoir, de labilité émotionnelle et de peurs (de perte de contrôle, de devenir fou, de mourir, de souffrir, de ne pas se réveiller, d'être abandonné...).
- **Les symptômes** possibles sont :
les symptômes somatiques et neurovégétatifs : tachycardie, souffle court, dyspnée, sueurs, sensation d'oppression thoracique, sensation de malaise, sensation de « boule dans la gorge », vertiges, paresthésies, tremblements, faiblesse musculaire, fatigue, nausées, vomissements, diarrhées, spasmes intestinaux, perte d'appétit...
les symptômes cognitifs : sensation de tension, de lutte contre des pensées désagréables et intrusives concernant la mort (sensation de mort imminente par exemple), un sentiment de désespoir, une labilité émotionnelle, un sentiment d'impuissance, d'insécurité, une agitation, une vulnérabilité, une insomnie d'endormissement, des cauchemars...

L'identification, l'évaluation quantitative de l'anxiété par l'infirmier intègre rarement une auto-évaluation directe de l'anxiété. Elles se basent sur les symptômes qui se manifestent et leurs ressentis par le patient, le retentissement sur sa vie, la perception que l'infirmier a de l'anxiété.

- Elle survient à **des moments spécifiques** : hospitalisation, perte, renoncement, deuil, diagnostic, récurrence, aggravation, échec ou arrêt des traitements curatifs...

¹ Informations extraites de Dépression, anxiété, confusion : repérage et prise en charge de la psychopathologie en cancérologie, support de cours de S. Dolbeault, Institut Curie, Paris, 18 février 2016 et de troubles anxieux, dépression, confusion mentale de M. Reich in Manuel de soins palliatifs, p 336 (voir bibliographie)

- **Les étiologies** sont diverses :
réaction à l'émergence d'une prise de conscience de sa propre finitude et des peurs suscitées par l'imminence de la mort, questionnement existentiel, conflits avec la famille, l'équipe soignante, manifestation d'un trouble psychiatrique associé, douleurs ou dyspnée mal contrôlées, troubles métaboliques, sepsis et hémorragie, embolie pulmonaire, hypoxie, troubles cardiaques, causes iatrogènes.

Une fois la démarche diagnostique réalisée (facteurs somatiques associés à l'épisode anxieux, contexte précédent sa survenue, existence d'antécédents de troubles anxieux ou de symptômes dépressifs associés) la prise en charge tiendra compte du stade d'évolution de la maladie et du caractère adaptatif ou pathologique de l'anxiété. L'usage ou non de traitements pharmacologiques (anxiolytiques, antidépresseurs, neuroleptiques) s'adaptera notamment dans cette perspective là.

Véronique Blanchet attire l'attention sur la nécessité de *« préserver, dans la mesure du possible, la conscience et les possibilités relationnelles du patient pour pouvoir l'aider »*¹.

Il est en effet important de trouver le bon équilibre entre le soulagement et le maintien des capacités de communication, entre la banalisation et la surmédicalisation.

Il est à noter qu'un patient anxieux la nuit, qui ne dort pas de ce fait, perd ses capacités de communication pour des moments plus opportuns la journée, quand son entourage est présent, par exemple : la journée devient un moment de repos.

L'écoute active, la relation d'aide, l'intervention d'un psychologue, la réassurance, la relaxation sont les autres aspects possibles de la prise en charge.

La prise en charge de l'anxiété nocturne a la particularité de placer le soignant dans une relation solitaire avec le patient. Elle le met parfois face à ses limites sans possibilité de passer le relais au psychologue du service notamment. L'intervention d'une tierce personne n'est pas une solution évidente, aisée (nouvel intervenant pour le patient, disponibilité relative, méconnaissance de la situation...).

La recherche d'une prescription médicale peut être aussi un moyen pour l'infirmier de mettre une distance avec une situation difficile pour lui et qu'il perçoit difficile pour le patient.

De plus, comme l'explique V. Blanchet² à travers *« le paradoxe de la souffrance »* : *« son expression (celle de la souffrance morale) est à la fois manifestation et soulagement »*.

La difficulté à entendre la souffrance du patient prive ce dernier d'une possibilité de soulagement.

2 - Une temporalité peu commune

Tout patient anxieux a besoin d'être soulagé.

L'anxiété par l'inconfort qu'elle procure, la souffrance psychique qu'elle induit, vient altérer la qualité de la vie. Il est donc, important de la prendre en compte et nécessaire de chercher à la soulager.

Ce qui différencie le patient hospitalisé pour une pathologie bénigne, le patient en phase curative et le patient en phase palliative, c'est que pour ces derniers *« le champ des possibles s'éprouve alors comme indéfectiblement réduit, et non indéfiniment ouvert – ce qui entraîne ... une reconfiguration de son rapport au temps »*³. La conscience de sa finitude est plus aiguë, elle renvoie à une autre réalité.

Quand la survenue de la mort est imminente, le champ des possibles existe, dans une durée incertaine et réduite. Il y a une forme d'urgence à ne pas rater l'occasion de soulager un patient notamment, à concilier les temporalités vécues par les soignants au sens large vers celle du patient. Cette nécessité est déterminante dans la qualité de la prise en charge palliative.

1 In Soins palliatifs : réflexions et pratiques, p 226.

2 In Soins palliatifs : réflexions et pratiques, p 226.

3 In Manuel de soins palliatifs, A. Zielinski p 95.

C - De la prescription médicale à la prescription médicale en urgence

1 - La prescription médicale

La prescription médicale est le résultat d'une rencontre entre un patient et le médecin qui le prend en charge dans un lieu donné à un moment donné. Le médecin étant le prescripteur, il porte la responsabilité de la prescription. Face à un problème de santé qui nécessite une prescription médicale, les éléments qui vont intervenir dans sa rédaction sont les suivants : l'anamnèse, les antécédents, la symptomatologie clinique, les résultats biologiques, radiologiques, ce que le patient exprimera, n'exprimera pas (parfois les non-dits ont aussi du sens), les connaissances du médecin, les thérapeutiques disponibles et possibles en regard de la tolérance possible pour le patient mais aussi de ses volontés, la connaissance de la pathologie et de sa possible évolution, l'histoire du patient (celle qu'il aura partagée)...

Certains obstacles peuvent interférer avec cette analyse de la situation :

- la difficulté de communication avec le patient pour recueillir les informations nécessaires,
- la méconnaissance du patient dans sa globalité,
- la méconnaissance de la manipulation de certaines thérapeutiques dans des indications palliatives,
- le manque de formation à la démarche palliative ou la variabilité de la sensibilisation à cette approche,
- l'isolement relatif face à une situation et les appréhensions que cela peut générer,
- l'interaction avec l'équipe paramédicale porteuse de ses propres représentations face à l'évaluation d'une situation clinique,
- les interactions avec la famille,
- le temps qu'il est possible d'accorder à cette rencontre,
- sa propre histoire, ses angoisses, ses désirs, ses mécanismes de défense.

La prescription médicale peut prendre trois formes¹ :

- **la prescription médicale** (simple), « *c'est une recommandation thérapeutique sur une ordonnance faite par un médecin* », définie par l'article R 1594 du code de la santé publique et reprise dans le code de déontologie dans l'article 34.
Ces articles mentionnent les éléments qui doivent être présents sur la prescription médicale. Ceux qui concernent :
 - *le prescripteur : nom, qualité, adresse, signature, date de rédaction,*
 - *le médicament ou produit : dénomination, posologie, mode d'emploi, quantité ou durée du traitement et éventuellement le nombre de renouvellements,*
 - *le patient : nom, prénom, sexe et âge.*Ils précisent de plus que *la rédaction est faite après examen du malade*. Ce point soulève le problème de la qualité de certaines prescriptions faxées la nuit (analyse des données cliniques qui guident la prescription, degré de connaissance du malade, à quelles informations a-t-il accès, qui est son interlocuteur)².
L'infirmier a l'obligation de vérifier la conformité de la prescription.
- **la prescription médicale anticipée** est « *une prescription médicale réalisée selon les exigences citées précédemment en raison du risque d'évolution de l'état du patient* ». Elle peut être considérée comme un protocole individualisé.

1 Validité juridique des protocoles de prescription d'analgésie, présentation CLUD Hôpital Armand Trousseau, Paris, Mars 2004. www.cnrd.fr

2 G. Devers, Editorial « la prescription par téléphone...Ah bon ?, revue Droit, déontologie & soin, 2014, vol 14, n°2, p 173.

- **Le protocole** qui est « *un ensemble de règles à respecter pour la réalisation et la mise en œuvre de certains traitements* ». Voir ci-après les conditions de réalisation et d'application des protocoles synthétisées par le CLUD de l'hôpital Armand Trousseau pour l'administration d'antalgiques.

CONDITIONS DE REALISATION ET D'APPLICATION DES PROTOCOLES

- élaborés conjointement par les personnels médicaux et infirmiers impliqués dans leur mise en œuvre
- validés par l'ensemble de l'équipe médicale, le pharmacien hospitalier et par le directeur du service de soins infirmiers
- obligatoirement datés et signés par le médecin responsable et le cadre de santé du service
- les documents doivent être évalués et réajustés, si nécessaire, et dans ce cas re datés et signés
- les documents doivent être revus au moins une fois par an
- diffusés à l'ensemble du personnel médical et non médical du service, au directeur de l'établissement, au directeur du service des soins infirmiers et au pharmacien hospitalier
- les documents doivent être remis à chaque nouveau personnel dès son arrivée
- les documents doivent être accessibles en permanence dans le service
- les documents doivent être revalidés à chaque changement de l'un des signataires et rediffusés
- Le protocole de soins doit préciser les critères sur lesquels l'infirmier va fonder sa décision d'intervention
- Les antalgiques donnés en fonction du protocole feront l'objet d'une prescription à posteriori dans le dossier de soin du patient
- Les actions mises en œuvre par l'infirmier en application d'un protocole doivent toujours faire l'objet de transmissions écrites dans le dossier de soins infirmier.

L'infirmier est habilité à pratiquer des actes (ceux référencés dans l'article 7 du décret du 29 juillet 2004 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier), en application soit d'une prescription médicale soit d'un protocole. Dans le cadre de l'urgence (article 14 du même décret), il met en œuvre des protocoles d'urgence et accomplit les actes conservatoires. En l'absence de protocole, il « *décide des actes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin* ». Les traitements antalgiques peuvent aussi être entrepris et adaptés dans le cadre de protocoles (article 8 du même décret).

La prescription médicale ou la prescription médicale anticipée, sont les deux formes de prescription qui semblent les plus adaptées à la prise en charge d'un symptôme d'inconfort. Les qualités de ces prescriptions tiennent à la connaissance que le médecin a du patient et à sa capacité à anticiper l'évolution de la maladie. A l'hôpital, du fait de l'examen quotidien du patient, ces prescriptions peuvent être établies au plus proche de ses besoins. La capacité à anticiper peut permettre, au-delà d'un soulagement plus rapide, de renforcer la confiance du patient quant à la qualité de sa prise en charge. Indirectement, cette confiance renforce sa qualité de vie.

Même si le protocole facilite la prise en charge des patients, et évite à ces derniers, ainsi qu'aux infirmiers, l'attente d'une prescription, il ne semble pas un outil adapté à la prise en charge palliative : tandis qu'il doit pouvoir s'appliquer à une pluralité de patients, l'évaluation

et la prise en charge de l'anxiété, de l'inconfort en phase palliative nécessite la prise en compte d'une multiplicité d'éléments personnalisés (objectifs et subjectifs).

La nuit (mais aussi les après-midis de week-end), lorsqu'un symptôme n'a pas été anticipé -pas de prescription médicale anticipée, absence de protocole-, n'était pas prévisible, le recours à la prescription médicale en urgence est la règle.

2 - La prescription médicale en urgence

Dans son livre « Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique » , Pierre Valette dit « *est urgent en médecine, ce qui n'est pas programmé* »¹.

Lorsque l'infirmier demande l'intervention de l'interne de garde, il le fait dans un objectif qui est double : que le patient soit évalué par un médecin car il pense que l'action qui en découlera relève du rôle sur prescription, ou qu'il la préfère à l'action de son rôle propre. Souvent, par abus de langage, la demande faite se résume à une demande de prescription médicale. La prescription médicale en urgence rentre dans ce cadre-là. Mais la notion d'urgence traverse tout le cheminement qui a conduit à cette prescription. Il est important de définir cette notion dans ce contexte.

➤ **Ce qui n'est pas programmé :**

Cela renvoie à l'apparition d'un besoin, qui n'a pas été anticipé ou qui n'était pas prévisible. Dans le contexte des soins palliatifs, la nuit, cela questionne de façon aiguë l'évaluation que le soignant fera de ce besoin et des actions à mettre en oeuvre. De plus, il n'est pas possible de solliciter l'intervention de l'interne de garde pour tous les types de besoins du patient. A la fois, selon le temps dans lequel s'inscrit la survenue possible du décès, la demande prend une autre importance. La vie du patient s'inscrit dans un espace-temps qui rend plus pressante la nécessité d'améliorer son confort, et repousser le risque qu'il meurt dans cet inconfort.

➤ **L'urgence au sens juridique :**

L'absence de définition de l'urgence médicale dans le code de la santé publique rend compte de la complexité de cette notion.

Le Conseil national de l'ordre des médecins a tenté de répondre à cette question dans son Bulletin du mois de juillet 2008.²

Selon le docteur André Deseur, conseiller national, délégué général à la communication, président de la commission nationale garde et urgence du CNOM, « Dans la tradition française, l'urgence se définit par la mise en danger à brève échéance – l'heure ou la demi-journée – de l'intégrité physique, voire de la vie d'une personne. Dans d'autres pays, notamment en Amérique du Nord, on lui accorde un périmètre beaucoup plus large, puisqu'on l'étend à tout ce qui est ressenti comme une urgence par le patient ».

L'anxiété ne rentre pas, dans la tradition française, dans le cadre de l'urgence, sur ce plan-là en tout cas.

Pour pallier à cette difficulté de définition, la médecine s'est au fil du temps appuyée sur des critères de tri qui n'ont cessé d'évoluer avec la société, les connaissances, les techniques. Comme le dit Pierre Valette « *Trier, classer, ranger... c'est mettre de l'ordre dans la nature, c'est introduire la raison dans un monde incertain* »³. Les incertitudes d'avant ne sont pas celles d'aujourd'hui.

1 Valette Pierre, « Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique » p 60.

2 Site www.droit-medical.com

3 Valette Pierre, « Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique » p 176.

➤ **La classification des urgences et la notion de tri :**

Si ces deux paramètres méritent d'être abordés, c'est que la demande de prescription médicale en urgence pour un patient anxieux en phase palliative va s'ajouter à la liste des prises en charge en cours ou en attente de l'interne de garde des Urgences.

Aux Urgences, le premier tri est effectué par l'infirmier d'accueil et d'orientation, si besoin en collaboration avec un référent médical.

La classification infirmière des malades aux urgences (C.I.M.U.) est une déclinaison de la classification clinique des malades des urgences (C.C.M.U., outil médical). La C.I.M.U. décrit 5 catégories d'urgence¹ :

- 1 : urgence absolue.
- 2 : urgence relative.
- 3 : la consultation d'urgence.
- 4 : la consultation sans RDV.
- 5 : la consultation de médecine générale.

Cette notion de gravité est liée à celle de temps, de délai d'intervention médicale (chronos). Pierre Valette formule ce lien ainsi : « *la distribution des urgences est explicitement temporelle dans un mélange temps-gravité ; comme par une loi physique, à l'accroissement de la gravité répond une contraction du temps* »². Il précise plus loin qu' « *une théorie du choix rationnel ne peut comprendre la totalité de la question. La part d'incertitude qui continue à planer malgré un choix délibéré est le moment de la réflexion morale, le moment du déchirement éthique* »³.

La demande de prescription médicale en urgence va être intégrée à la distribution existante, à partir des informations transmises par l'infirmier du service et passées au prisme de considérations rationnelles, subjectives, éthiques, utilitaristes. Ces considérations interviennent aussi dans la prise de décision de l'infirmier pour demander l'intervention de l'interne de garde des Urgences.

Il est des urgences, telle que l'urgence vitale, qui sont identifiées par l'ensemble des soignants. Il est aussi un ensemble d'urgences, au sens qu'elles n'étaient pas prévues, dont la distribution sera essentiellement imprégnée des considérations non rationnelles (citées ci-dessus) de l'interne, de l'infirmier.

➤ **La relativité de l'urgence renvoie à la relativité de la temporalité :**

Par ce que la maladie, la souffrance, l'imminence de la mort représentent et induisent dans le rapport au temps du patient mais aussi celui du soignant- au sens large-, la prescription médicale en urgence met en lumière la discordance des temps vécus. L'attente de la venue de l'interne de garde des Urgences renvoie au temps d'attente (à la durée, au chronos) et la façon dont ce temps est vécu :

- Le patient centré sur son inconfort, sa souffrance, l'incertitude de la survenue de la mort attend d'être soulagé. Le temps vécu semble souvent trop long. Cette perception lui est propre. En dehors du soulagement effectif, l'idée que la souffrance est prise en compte et que le soulagement est possible (reconnaissance de la souffrance, actions mises en œuvre, présence, information que l'interne de garde va venir) peuvent être des éléments qui contribuent à diminuer la longueur de ce temps vécu. De plus, attendre quelques heures quand la vie à vivre se compte en heures ou en jours, cela peut représenter une « éternité ».
- Les soignants du service, témoins de l'inconfort du patient, parfois bousculés par ce que cet inconfort, cette souffrance éveillent en eux (impuissance, peurs, mécanismes de défense...) essaient de mettre en cohérence l'idée qu'ils ont du temps vécu par le

1 Livret réalisé par un collectif de soignants, L'infirmier aux urgences, Hôpital saint Antoine, Service des Urgences Pr Paterson, 2007

2 Valette Pierre, « Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique » p 175.

3 Valette Pierre, « Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique » p 189.

patient, la façon dont eux vivent la situation– il y a un besoin de mise en cohérence entre ce qui a du sens pour les soignants et leurs actions- et la réalité de l'interne de garde des Urgences dont ils n'ont que l'écho.

- L'interne de garde, qui est dans un autre lieu, est pris par des sujets de considérations plus larges, plus immédiates, plus présentes. Le flux permanent de patients présents aux Urgences rend incertain le délai dans lequel il va pouvoir intervenir, la sollicitation est permanente. Il « fait au mieux » avec ses contraintes.

La nuit, quand une prise en charge nécessite une prescription médicale en urgence, la durée de l'attente (chronos) est la même pour le patient, l'infirmier et l'interne de garde des Urgences. Mais les trois vécus de ce temps sont différents. Le degré d'urgence que chacun met derrière est différent.

Le contexte peut parfois conduire à l'administration de traitement, à la réalisation d'actes à partir d'une prescription téléphonique qui sera confirmée par écrit. Selon Lynda Letta, avocat au barreau de Lyon, « *il peut être souhaitable de joindre à nouveau le médecin par téléphone en présence d'un témoin, de demander au standard de l'hôpital de procéder à cet appel ou de joindre le médecin responsable, voire le directeur administratif de garde* »¹. Même si cette pratique n'est pas légalement possible en dehors d'actes conservatoires, elle n'en demeure pas moins une réalité. Pour des raisons légales, déontologiques, de sécurité, de qualité il est important d'agir pour que cette pratique disparaisse.

1 LETTA L., prescription médicale et soins infirmiers, Revue Droit, déontologie et soins, Mars 2006, vol. 6, n°1.

V - Synthèse

Aux Urgences, la gravité entraîne une compression du temps d'attente. Le patient en phase terminale de sa maladie, de sa vie se trouve confronté à une compression du temps. Cette compression du temps non choisie, indéterminée mais courte rend grave – au sens important- le temps qu'il lui reste à vivre et la recherche de son confort. Les réalités différentes que recouvrent dans deux lieux, trois espaces-temps, les notions d'urgence et de gravité rendent complexe la concordance de ces temps différemment vécus.

A cette discordance des temps, j'ajouterais, que la prise en charge palliative ne peut relever qu'exceptionnellement de l'urgence, du fait de la nécessité de penser les actions, de les discuter avec le patient, la famille, l'entourage mais aussi dans la pluridisciplinarité, d'anticiper les sources d'inconfort.

En cela, les besoins de prescription par l'interne des Urgences ne devraient concernés que ce qui n'est pas prévisible.

Dans l'isolement de la nuit, l'écho que la situation a pour le soignant, conditionne la prise en charge.

A travers le RSCA¹, j'ai réalisé combien mes actions avaient été influencées par ma peur de souffrir psychologiquement (peur éveillée par les symptômes de Mme R. -bien que nous n'étions pas dans les mêmes réalités-).

Derrière mon choix inconscient ou conscient de ne pas l'accompagner dans son cheminement du fait de sa désorientation temporo-spatiale (elle me permettait de justifier l'impossibilité d'un échange cohérent), j'ai cherché à mettre à distance son anxiété qui avait un écho anxiogène en moi. Le choix d'une action chimique « en urgence » était préférable pour moi, faute de pouvoir l'aider à cheminer.

L'absence de relais possible, par un psychologue notamment, ajoutait une crainte face à cette situation que je craignais.

Ce que je jugeais urgent pour elle, l'était pour moi aussi. Même si je constatais son inconfort, le mien était présent aussi. La recherche d'une prescription d'un traitement anxiolytique était la meilleure solution possible à ce moment-là.

Cette réalité et le cheminement qu'ont permis la formation (notamment à travers une meilleure compréhension des phases de soins), m'ont conforté dans la nécessité de me former, de participer à des groupes d'analyse de pratique, des réunions pluridisciplinaires, de me questionner sur mes limites, pour être plus consciente, plus aidante.

Dans l'isolement de la nuit, il est d'autant plus nécessaire d'avoir cette exigence de prise de recul, faute de ne pouvoir le prendre à travers la pluridisciplinarité, qui existe dans la journée.

1 Résumé de Situation Complexe et Authentique

Conclusion

Réfléchir, agir pour une meilleure prise en charge des symptômes d'inconfort liés à la fin de la vie, me semble essentiel du fait de l'urgence à soulager les patients. La conscience du décalage entre les possibilités existantes et les difficultés à les mettre en oeuvre la nuit, rend nécessaire la réflexion et une organisation pour que la qualité des soins tende à être la même tout au long de la journée.

Les prises en charge de symptômes d'inconfort, la nuit, doivent s'inscrire dans une continuité des soins à travers :

- la sensibilisation, la formation aux spécificités de la fin de vie de tous les intervenants :
La nouvelle « loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie »¹ ainsi que « le plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie »² me semblent être des outils pour répondre aux difficultés des prises en charge palliative dans les services d'aigus. Ils vont contribuer à renforcer la mise en œuvre de l'approche palliative :
 - la loi précise que le droit à l'accès aux soins palliatifs concerne toute personne sur l'ensemble du territoire (article 1 de la loi),
 - le plan national préconise le renforcement notamment des enseignements sur les soins palliatifs pour tous les professionnels (mesure n°4 de l'axe 2) ainsi que la diffusion des bonnes pratiques par la mise en place d'un programme de travail pluriannuel avec la Haute Autorité de Santé (mesure n°7 de l'axe 2).
- Les prescriptions anticipées, qui sont le résultat de la connaissance, du patient et de l'évolution possible de sa maladie et des symptômes. Leur existence contribue à rassurer le patient sur sa prise en charge et améliore ainsi sa qualité de vie.
- Le développement des relations interdisciplinaires au sein du service notamment à travers la formalisation des échanges possibles entre les soignants de nuit et le psychologue mais aussi avec d'autres membres de l'équipe présents le jour. Que chacun prenne conscience de la réalité et des perceptions de l'autre, pour mieux comprendre aussi celles du patient.
- L'articulation du partage des informations essentielles concernant le patient au fil de la journée. Est-ce que la réalisation d'un support spécifique à la prise en charge palliative dans le service est pertinente ? Le travail préalable à sa réalisation peut-il au moins être l'occasion de réfléchir à l'approche palliative dans le service ?

Les questionnements que cela suppose, les changements que cela engendre me semblent aussi intéressants pour la dynamique d'échanges créée, -au delà de la prise en charge palliative-, autour de la prise en charge globale des patients.

1 www.legifrance.gouv.fr

2 www.social-sante.gouv.fr

Bibliographie

Les ouvrages

AUBRY Régis, DAYDE Marie-Claude. Soins palliatifs, éthique et fin de vie, 2ème édition. France : Editions Lamarre, 2013, 247 p, Série soins, ISBN978-2-7573-0406-8

BLANCHET V., DE BEAUCHENE M., GOMAS J-M., LASSAUNIERE J-M., PILLOT J., VESPIEREN P., VIALARD M-L., ZIVKOVIC L.. Soins palliatifs : réflexions et pratiques, 4ème édition ,Paris : Formation et Développement, 2011, 273 p , ISBN 978-2-9508039-1-7

Collectif de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs et du collège des acteurs en soins infirmiers. L'infirmier et les soins palliatifs, Prendre soin : éthique et pratiques, 5ème édition, Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson, 2013, 256 p, Savoir & pratique infirmière, ISBN : 978-2-294-73830-2

Ouvrage collectif coordonné par JACQUEMIN D. et DE BROUCKER D .. Manuel de soins palliatifs, 4ème édition, Paris, France : Dunod, 2014, 1225 p, Guides Santé.Social, ISBN 978-2-10-071236-6

PERRAUT SOLIVERES A.. Infirmières, le savoir de la nuit, 2ème édition, Paris, France : Presses Universitaires de France, 2002, 291 p, Partage du savoir, ISBN : 2 13 052252 1

VALETTE P.. Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique. Paris, France : Presses Universitaires de France, 2013, 251 p. ISBN 978-2-13-061881-2

Les articles

VILLATE A., LAVIGNE B., MOREAU S., BORDESSOULLE D, MALLET D. Quels temps en soins palliatifs ? Du chronos au kairos. Médecine palliative, 2014

Les sites

www.em-consulte.com :
la revue Droit, déontologie et soin

www.infirmier.com
Les protocoles de soins, validité et conditions d'application, avril 2011.

www.droit.medical.com

www.legifrance.gouv.fr

www.social-sante.gouv.fr

www.cnrdr.fr

Résumé :

Infirmière de nuit dans un service de médecine, la prise en charge occasionnelle de patients en fin de vie me confronte régulièrement à un décalage entre les possibilités existantes et les difficultés que l'isolement de la nuit engendre. La prise en charge de l'anxiété d'un patient en phase palliative peut relever du rôle propre de l'infirmier ou du rôle sur prescription. Celle de l'inconfort en général renvoie à la subjectivité de cette notion, et aussi à la subjectivité de l'urgence à le soulager. Les réalités différentes que recouvrent dans deux lieux (le service des Urgences, un service de médecine), trois espaces-temps (celui du patient, de l'infirmier et de l'interne de garde des Urgences), les notions d'urgence et de gravité rendent complexe la concordance de temps différemment vécus.

La prise en charge palliative ne peut relever qu'exceptionnellement de l'urgence, du fait de la nécessité de penser les actions, de les discuter avec le patient mais aussi dans la pluridisciplinarité, d'anticiper les sources d'inconfort.

Aussi, ces réalités rendent nécessaire la réflexion et une organisation pour que la qualité des soins tende à être la même tout au long de la journée.

Titre : Les soins palliatifs, la nuit

Mots clés : soins palliatifs, nuit, temporalité, urgence, anxiété, confort.