

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2018

N° 2018-35

# THÈSE

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

DES de MÉDECINE GÉNÉRALE

Par Laura Meurice

née le 30 mars 1990 à Paris XX<sup>ème</sup>

Présentée et soutenue publiquement le 18 avril 2018

---

**ÉPIDÉMIOLOGIE DES DÉCÈS AUX URGENCES DU CHU DE NANTES**

**ÉTUDE COMPARATIVE ENTRE 2006 ET 2016**

---

Président du jury : Monsieur le Professeur Éric Batard

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Philippe Le Conte

Membres du jury : Madame le Docteur Monika Gobin,

Monsieur le Docteur Emmanuel Montassier

## REMERCIEMENTS

---

Au Professeur Philippe Le Conte, pour m'avoir confié ce travail et m'avoir accompagnée durant sa rédaction. Qu'il reçoive le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

Au Professeur Eric Batard, qui me fait l'honneur de présider ce jury et de juger notre travail. Qu'il trouve ici l'expression de ma respectueuse considération.

Au Docteur Monika Gobin, pour sa bienveillance et ses remarques éclairées. Qu'elle soit assurée de ma reconnaissance.

Au Docteur Emmanuel Montassier, qui me fait l'honneur de siéger à mon jury. Qu'il croie en ma haute estime.

Au Docteur Diane Constant-David pour avoir enrichi ma réflexion sur les soins palliatifs.

A mes parents, pour leur amour. A ma mère pour ses relectures attentives et pour m'avoir à peu près tout appris. A mon père pour son soutien de chaque instant.

A ma sœur Mathilde, que j'admire tant.

A mes amies de toujours : à Noémie, la première, à Diane l'intrépide, et à Hélène, la *geniale*. Je ne sais pas ce que je ferais sans vous.

A mes camarades de promotion et futurs consœurs et confrères, Hélène T., Clémence, Baptiste, Estelle, Benjamin, et tous les autres, pour avoir égayé ces études interminables.

Aux équipes qui m'ont accueillie, qui m'ont appris mon métier et m'ont donné le goût du travail hospitalier.

A Paul enfin, pour tout.

## SOMMAIRE

REMERCIEMENTS .....	3
SOMMAIRE .....	5
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	7
INTRODUCTION .....	9
I - REVUE DE LA LITTÉRATURE .....	10
1. Généralités .....	10
2. Éthique .....	11
3. Soins palliatifs.....	14
II - SITUATION À NANTES.....	17
III - MATÉRIEL ET MÉTHODES .....	20
1. Population .....	20
2. Méthode.....	20
3. Référence .....	23
IV – RÉSULTATS.....	24
1. Statistiques descriptives de la population globale.....	24
1.1. Caractéristiques de la population : données descriptives.....	24
1.2. Concernant les antécédents .....	25
1.3. Concernant l’admission.....	27
1.4. Mesures de réanimation et recours au SMUR.....	28
1.5. Décisions de LATA .....	29
1.6. Délai moyen avant la décision de LATA .....	30
1.7. Soins palliatifs .....	31
1.8. Localisation du décès .....	31

2.	Statistiques comparatives 2006 versus 2016.....	32
2.1.	Comparabilité des populations.....	32
2.2.	Antécédents.....	34
2.3.	Défaillances à l'admission.....	35
2.4.	Motif principal de recours.....	36
2.5.	Intervention SMUR et manœuvres de réanimation.....	37
2.6.	Décisions de LATA.....	37
2.7.	Soins palliatifs.....	38
2.8.	Délais.....	39
	Délai admission – décès : .....	40
	Délai LATA – décès : .....	40
	Délai admission – LATA : .....	41
2.9.	Localisation des décès.....	42
V -	DISCUSSION.....	43
1.	Résultats principaux.....	43
	Âge, mode de vie, antécédents.....	43
	Défaillances à l'admission, motifs de recours.....	45
	LATA et rôle des paramédicaux.....	45
	Thérapeutiques invasives et soins palliatifs.....	47
	Temps et lieux des décès.....	49
2.	Limites et perspectives de l'étude.....	51
	CONCLUSION.....	53
	BIBLIOGRAPHIE.....	55
	ANNEXE.....	58

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

---

ARS : Agence Régionale de Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

ClCr : Clairance de la Créatinine

CNSPFV : Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie

ECN : Examen Classant National

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMG : Équipe Mobile de Gériatrie

EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs

FC : Fréquence cardiaque

FR : Fréquence Respiratoire

IC : Insuffisance Cardiaque

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IRS : Insuffisance Respiratoire

LATA : Limitation ou Arrêt des Thérapeutiques Actives

MMS : Mini Mental Status

NYHA : New York Heart Association

ONFV : Office National de la Fin de Vie

PAS : Pression Artérielle Systolique

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales

SDF : Sans Domicile Fixe

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SIM : Service d'Information Médicale

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SpO2 : Saturation en Oxygène

SRLF : Société de Réanimation en Langue Française

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

ZAD : Zone d'Attente Diagnostique

## INTRODUCTION

---

Les décès aux urgences demeurent une réalité quotidienne en France, et dans notre service du CHU de Nantes en particulier. Depuis plusieurs années déjà, les causes de cette proportion croissante de patients décédant aux urgences ont été étudiées dans la littérature.

Un travail prospectif <sup>(1)</sup> a notamment été réalisé en 2006 dans 174 services d'urgences français et belges. Il a inclus 2420 patients sur quatre mois : des personnes âgées pour la plupart ( $77 \pm 15$  ans), polyopathologiques (81 % avaient des antécédents médicaux) et peu autonomes (46 % avaient une limitation).

Les principales catégories de motif de recours étaient cardiovasculaires, neurologiques et respiratoires. Une thérapeutique de suppléance d'organe avait été mise en œuvre dans 73 % des cas. Une décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives (LATA) avait été prise dans 79 % des cas et des soins palliatifs ont été débutés chez 57 % des patients. La décision de LATA était prise par un médecin seul dans près de 20 % des cas, et était discutée avec les proches dans 58 % des cas.

Depuis ce travail, une nouvelle loi <sup>(2)</sup> portant sur les droits des malades en fin de vie a été votée en février 2016, des recommandations pour la prise en charge de la fin de vie ont été largement diffusées par les sociétés savantes, dont celle de médecine d'urgence (SFMU) <sup>(3)</sup> et de réanimation (SRLF) <sup>(4)</sup>.

L'objet de ce travail est de réaliser un nouveau recueil rétrospectif dix ans après le premier, en s'intéressant aux mêmes items sur une période similaire de quatre mois afin d'étudier d'éventuels changements en le comparant à la population nantaise de l'étude de 2006.

# I - REVUE DE LA LITTÉRATURE

---

## 1. GÉNÉRALITÉS

---

L'exercice aux urgences est un perpétuel changement de rythme. La gestion du temps est délicate pour les équipes, elle obéit à des règles de triage selon la gravité clinique du patient, mais aussi la singularité de la situation dans laquelle il se trouve, le besoin de soin qu'il exprime, le contexte socio-économique dans lequel il évolue. On entend parfois dire que "la mort n'est plus une urgence" ; force est pourtant de constater que les situations de fin de vie, attendue ou non, représentent le quotidien de l'urgentiste. <sup>(5,6)</sup> L'incidence des décès aux urgences est variable : entre 0,1 et 0,4% <sup>(5)</sup> des patients admis aux urgences. Il faut noter que près de 60% des Français décèdent à l'hôpital. <sup>(3,7)</sup> Ce chiffre est globalement stable depuis plus de vingt ans. Ainsi, les urgentistes sont les médecins les plus exposés aux décès, à l'exception des oncologues. En 2010, 16% des décès hospitaliers survenaient à l'issue d'un séjour de moins de 24 heures, majoritairement aux urgences ou à l'UHCD <sup>(7)</sup>. Plusieurs auteurs rapportent une augmentation de la fréquence de la médicalisation de la fin de vie <sup>(1,8,9)</sup>, en lien avec une évolution de la société française à ce sujet. Isolement social, précarité, refus d'anticiper les modalités de la fin de vie, déserts médicaux, institutionnalisation des personnes âgées sont autant de facteurs expliquant le recours accru au service des urgences des personnes en fin de vie.

En effet, le lien intergénérationnel a été profondément modifié depuis l'après-guerre, et notamment les trente glorieuses. Le modèle familial de référence a changé, et dorénavant il devient marginal que les plus âgés vivent au domicile des plus jeunes. Cet isolement familial, mais aussi social qui est régulièrement mis en exergue par les associations d'aide aux plus démunis, laisse les personnes âgées dépendantes de l'hôpital dès que leur fragile autonomie est mise à mal, mais surtout lorsque l'imminence de la fin de vie désespère les intervenants ou les proches. Les décès, autrefois événements familiaux et sociaux importants, qui réunissaient précisément les générations, sont désormais célébrés de manière plus intime, moins démonstrative et parfois plus éloignée de la dimension religieuse.

Il importe ici de rappeler que la personne en fin de vie, en France, est dans sa grande majorité entourée de sa famille et de ses proches, et ce quel que soit le lieu où elle décède (dans une étude <sup>(10)</sup> portant sur les lieux de la fin de vie en France, S. Pennec établissait ainsi que 99% des personnes décédant à l'hôpital étaient entourées, contre respectivement 87 et 89% de celles finissant leurs jours au domicile ou en maison de retraite). En revanche, les personnes isolées décèdent dans leur majorité à l'hôpital, et dans une moindre mesure en institution.

L'institutionnalisation croissante des personnes âgées dépendantes peut apparaître comme un rempart au décès hospitalier. Pourtant, un quart des résidents d'EHPAD décédaient à l'hôpital en 2013 <sup>(11)</sup>.

De plus, les progrès de la médecine chronicisent certaines maladies auparavant aiguës et fatales à court terme, et augmentent la longévité, aboutissant ainsi à une augmentation des personnes en fin de vie « prolongée », longue, et des personnes très âgées aux multiples limitations, et cette population a bien souvent recours à l'hôpital lorsque la fin de vie se rapproche.

Le rapport de la société à l'hôpital a évolué également, glissant vers une vision parfois presque clientéliste de la santé. Le paternalisme médical a été battu en brèche, le patient remis au centre de la prise en charge, acteur de sa santé et décisionnaire ultime.

## 2. ÉTHIQUE

---

Ce phénomène soulève des questionnements éthiques qui s'inscrivent dans la réflexion plus large, initiée avec la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades <sup>(12)</sup> et révisée en 2005 (« loi Leonetti ») <sup>(13)</sup> et 2016 <sup>(2)</sup>, et étendue à la médecine d'urgence <sup>(3,8)</sup>. Ce dernier texte législatif place plus que jamais le patient en décideur de sa santé, réaffirme la prévalence de sa volonté en matière de fin de vie, de refus de traitement (qui doit néanmoins être informé, éclairé, réitéré dans un délai raisonnable dans les cas où la décision

du patient met en danger sa vie), conforte la personne de confiance dans son rôle d'interlocuteur privilégié de l'équipe médicale, et majore la portée des directives anticipées.

A ce propos, un récent sondage <sup>(14)</sup> organisé par le Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie (CNSPFV) auprès de médecins généralistes et de personnes de plus de 50 ans montrait que le dispositif des directives anticipées, même s'il tend à être mieux connu (par 85% des médecins généralistes et 60% des patients), était loin d'être répandu puisque seulement 11% des plus de 50 ans en avaient rédigé. Cette proportion tend à augmenter chez les plus de 75 ans (14%) et chez ceux qui se considèrent en mauvaise santé (22% contre 10% chez ceux en bonne santé).

Surtout, cette loi garantit le droit du malade à une sédation profonde et prolongée, jusqu'à son décès, dans les situations de fin de vie imminente. Cette sédation peut être demandée par un patient conscient, atteint d'une maladie grave et incurable, et souffrant de symptômes réfractaires, ou bien en support à un arrêt de soins risquant de provoquer le décès ou des symptômes douloureux. Ce droit est élargi aux patients inconscients, pour qui la poursuite des soins s'assimile à une obstination déraisonnable, et qui se trouvent alors dans la même situation que les précédents, souffrant de symptômes que le médecin ne peut soulager différemment. Une telle décision de sédation profonde et continue ne saurait être prise que de manière collégiale.

Pour respecter ce principe de collégialité doivent être réunis autour le médecin urgentiste responsable du patient : les paramédicaux impliqués dans la prise en charge, les médecins référents du patient (généraliste, spécialistes d'organes), le réanimateur pour les cas où une thérapeutique de suppléance d'organe est envisagée, la personne de confiance, et les proches du patient. Il va de soi que cette situation idéale n'est pas toujours possible, notamment lorsque le patient se présente sur des horaires de garde. On fait alors appel à un collègue restreint, qui exclut malheureusement les médecins référents, et parfois les proches. En médecine d'urgence pré hospitalière, la collégialité est par essence compromise. Sont alors impliqués auprès de l'équipe intervenant à domicile : le médecin régulateur, relais éventuel vers d'autres médecins (référents, spécialistes, réanimateur), le médecin

susceptible de recevoir le patient dans son service, et les éventuels intervenants extérieurs auprès du patient (HAD, réseau de soins palliatifs).

Les situations de fin de vie aux urgences regroupent plusieurs cas de figure très différents <sup>(1)</sup> : les patients adressés, par leurs proches ou leur médecin, pour la gestion de fin de vie, les patients dont le décès n'était pas prévisible, victimes d'un accident ou d'une affection médicale aiguë (bien plus nombreux aux urgences que dans tous les autres services d'hospitalisation <sup>(15)</sup>), et ceux pour lesquels le niveau de soin mis en place apparaît progressivement aux soignants comme disproportionné, tombant dans l'obstination déraisonnable. La grande majorité (près de 80%) des décès enregistrés sont « attendus », c'est-à-dire qu'ils font suite à une décision d'arrêt ou de limitation des soins actifs <sup>(16)</sup> selon plusieurs études menées au CHU de Nantes en 1998, mais aussi en 2004 <sup>(17)</sup> et sur l'ensemble du territoire français en 2006 <sup>(18)</sup>.

L'irruption de la question éthique intervient souvent dans des situations aiguës, graves, où le praticien doit soudain abandonner sa prise en charge « maximaliste » pour s'inscrire dans une temporalité plus large, et s'intéresser à la globalité du patient et de la situation clinique dans laquelle il se présente, à son entourage, ses croyances. Il revient alors au médecin de s'entourer de ses pairs, d'éventuels spécialistes, des autres médecins intervenant dans la prise en charge au long cours du patient, de la famille, de l'entourage, mais aussi de l'équipe paramédicale qui joue un rôle prépondérant. La prise en charge globale de l'annonce, puis le soutien dans le début du deuil, sont des facteurs déterminants dans le vécu ultérieur du deuil pour les proches. Certaines études soulignent pourtant les difficultés que rencontrent les médecins à associer étroitement la famille et les proches dans les décisions de LATA <sup>(19)</sup>, et suggèrent que dans la majorité des cas, ils le font dans une optique de protection médico-légale. Quant à la nécessaire réflexion en équipe au sens large du terme, incluant notamment les paramédicaux (infirmiers et aides-soignants), la réalité reste assez stéréotypée. Les médecins ont tendance, selon la même étude, à ne s'adresser aux paramédicaux que pour obtenir leur aval, les convaincre d'une décision déjà prise, plus que pour mener une réflexion. Une des explications avancées est la différence d'appréciation des risques selon le corps de métier considéré : si le médecin craint avant tout de « laisser mourir quelqu'un qui aurait dû vivre », les infirmiers redoutent plutôt de « faire vivre un

patient à tout prix », notamment lorsque cela implique « des soins jugés excessifs et parfois qualifiés d'acharnement thérapeutique ».

La Société Française de Médecine d'Urgence a publié en 2003 des recommandations <sup>(3)</sup> qui ont notamment mis en lumière la complexité du rôle des services d'urgences dans la fin de vie. Ils disposent d'un large éventail thérapeutique et ont pour mission, par essence, de savoir répondre à chaque situation clinique. Ces recommandations ont formalisé les concepts de réanimation compassionnelle, de réanimation d'attente ou encore de validation.

La première désigne la mise en œuvre de manœuvres de réanimation qu'on sait vouées à l'échec, dans le but de préparer le cheminement de proches frappés par la soudaineté, ou la rapidité de la défaillance du patient. La seconde fait référence au laps de temps que s'alloue l'urgentiste en manque d'informations pour trancher dans une situation aiguë, ou en l'absence de proches du patient, en pratiquant des gestes de réanimation qui seront probablement arrêtés rapidement par la suite. Enfin la troisième, réanimation de validation, intervient dans les suites immédiates de l'action de sauveteurs, et vise à valider leurs pratiques en poursuivant leurs efforts avant de prononcer la décision d'arrêt des soins.

L'accent est mis sur l'importance de la relation entre le médecin urgentiste et les proches, dans ce moment singulier de la fin de vie <sup>(8)</sup>. L'exercice est délicat : face à un praticien inconnu, dans un temps imparti, les proches doivent pouvoir faire confiance, être accompagnés dans leur cheminement, comprendre la gravité de la situation, son issue fatale inéluctable, se préparer au deuil, fournir, si besoin est, des informations concernant les souhaits du patient. Ils doivent être impliqués sans ressentir le poids d'une décision qui ne leur échoit pas.

### 3. SOINS PALLIATIFS

---

La discipline des soins palliatifs est récente dans l'histoire de la médecine : elle apparaît en France à la fin des années 80, est formalisée par la circulaire Laroque en 1986, et est inscrite

dans la loi de juillet 1991 comme mission de tout établissement hospitalier. Depuis, de nombreux textes de loi ont confirmé son importance croissante <sup>(2,12,13)</sup>, et l'augmentation des besoins des patients dans ce domaine. La loi Leonetti, en 2005, a renforcé les droits des malades en fin de vie, capables ou non de s'exprimer et a inscrit l'interdiction pour les médecins de l'obstination déraisonnable. En 2009, il est inscrit que « toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder aux soins palliatifs et à un accompagnement. » (loi n° 99-477 du 9 juin 2009). En février 2016, de nouveaux progrès sont faits dans la loi dite Claeys-Leonetti <sup>(2)</sup> : « le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité » et ainsi de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Il est à noter qu'hydratation et alimentation artificielles sont désormais désignées comme des traitements. Les directives anticipées sont contraignantes pour le médecin, sauf urgence vitale, ou si elles sont manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale. Elle insiste également sur l'élargissement de la procédure collégiale et notamment dans les situations de sédation profonde et continue, maintenue jusqu'au décès, grande avancée de la loi.

Entre 2001 et 2010, le nombre de services de soins palliatif a triplé, celui des lits identifiés soins palliatifs a été multiplié par 20, et les équipes mobiles de soins palliatifs ont augmenté d'un tiers <sup>(20)</sup>. Pourtant, l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV, créé en 2010) estime toujours que ces moyens sont insuffisants pour répondre aux défis actuels de la fin de vie hospitalière ou à domicile.

Les soins palliatifs désignent des soins actifs, complets, destinés à une personne dont la pathologie, grave, évolutive ou terminale, ne laisse pas espérer de guérison. Dès lors, l'objectif est celui du confort du patient, du soulagement de la douleur ou des symptômes désagréables, mais aussi de la souffrance morale, et du soutien des proches.

Ils impliquent toute l'équipe médicale et paramédicale et requièrent une coopération étroite entre les acteurs. C. Vassy et M-F. Couilliot relatent dans l'étude ethnographique qu'elles ont menée dans un hôpital parisien <sup>(9,21)</sup> l'organisation informelle d'une équipe autour d'un patient déclaré en soins palliatifs. Les soignants s'efforcent de passer plus de temps à ses côtés, adoptent une gestuelle différente, s'attachent également à accompagner la famille. Le

rôle des médecins est, une fois l'orientation des soins décidée, de préparer les familles en annonçant le pronostic « réservé », puis de prescrire dans la majorité des cas des antalgiques de palier 3 et/ou une sédation. L'accompagnement des familles avant et au début du deuil est primordiale <sup>(15)</sup>. En effet, il a été décrit que le deuil est plus compliqué lorsque le décès n'est pas attendu, annoncé ou préparé. Malgré l'impact de la prise en charge d'un patient en fin de vie sur les individus qui constituent l'équipe médicale, il leur incombe d'offrir leur soutien aux proches, tout au long de leur passage aux urgences, de leur arrivée qui doit être anticipée, au moment où ils seront mis en présence du patient accompagné par un membre de l'équipe, en passant par un temps d'entretien suffisamment long pour leur laisser le loisir de s'exprimer, répondre à leurs questions, les informer et annoncer le déroulement et l'objectif des soins en cours ou à venir <sup>(6)</sup>.

Selon le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) publié en 2010 <sup>(7)</sup>, 20% des patients décédant à l'hôpital bénéficient de soins palliatifs, et parmi ces patients, 80% sont atteints d'une pathologie cancéreuse. Par ailleurs, si le taux de décès à l'hôpital est stable, la population des patients atteints d'une pathologie cancéreuse ou cérébrovasculaire, elle, décède de plus en plus à l'hôpital. <sup>(16)</sup> Enfin, ces personnes décédant à l'hôpital sont majoritairement atteintes de pathologies susceptibles de relever de soins palliatifs. Ainsi, l'accent doit être mis sur l'amélioration des pratiques dans les services le plus souvent confrontés aux décès : réanimation et urgences. En ce sens, les sociétés savantes telles que la SFMU ou la Société Française d'Anesthésie et Réanimation (SFAR) ont publié des recommandations en 2003 <sup>(3)</sup> et 2009 <sup>(4)</sup>. Pourtant, l'IGAS déplore que dans la pratique l'offre de soins palliatifs repose sur les initiatives locales.

De nombreux hôpitaux se sont dotés d'équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), destinées à aider les équipes de l'ensemble des services dans la prise en charge des patients en fin de vie. Certains auteurs recommandent le recours systématique à une EMSP dès lors que le diagnostic de fin de vie est posé. <sup>(22)</sup> Leurs objectifs sont multiples : soutenir l'équipe médicale dans les situations de fin de vie, apporter leur expertise, évaluer le patient, apporter leur aide aux proches. Elles peuvent être sollicitées tant par un professionnel de santé que par un patient ou un proche. Elles participent surtout au questionnement éthique que soulèvent souvent la fin de vie et la proportionnalité des soins.

## II - SITUATION À NANTES

---

Le service des urgences du CHU de Nantes accueille chaque année plus de 70 000 patients (75 567 en 2015), et ce chiffre est en constante augmentation. A l'issue de leur passage aux urgences, environ un tiers de ces patients est hospitalisé dans un des 2867 lits du CHU (répartis entre les services de médecine et de chirurgie (1361 lits), la psychiatrie (560 lits), et les moyens et longs séjours ainsi que les hébergements (946 lits) ). Parmi eux, 25 lits sont identifiés « soins palliatifs » : 23 lits adultes, et deux lits pédiatriques. Ils sont dans la plupart des cas désignés par codage (effectué par le médecin responsable à la fin du séjour) à l'exception des 10 lits du service de soins palliatifs qui jouit d'un effectif paramédical renforcé (un binôme infirmier/aide soignant pour 5 patients hors garde).

Le service des urgences est organisé en différents secteurs : traumatologie, médecine, et unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Cette dernière a vu sa capacité augmenter en 2009, passant de 12 à 20 lits avec 6 chambres individuelles. Elle est gérée par un interne (qui change chaque semaine) et un senior. Elle a vocation à accueillir des patients pour un très court séjour puisque 90% d'entre eux doit en sortir en moins de 24 heures, qu'ils soient hospitalisés dans un autre service ou en mesure de regagner leur lieu de vie habituel.

Les médecins urgentistes (ainsi que les paramédicaux, les patients et leurs proches) peuvent faire appel à une unité mobile de soins de support et de soins palliatifs (EMSP), au même titre que tous les services du CHU. Elle est constituée de trois médecins, un infirmier, une assistante sociale, une psychologue et d'un cadre (à temps partiel) et a vocation à apporter son aide dans les situations de soins palliatifs au CHU. Le versant ambulatoire est assuré par le réseau COMPAS (Coordination Mutualisée de Proximité pour l'Appui et le Soutien), financé par l'ARS. Cette association assure des actions auprès des praticiens intervenant à domicile, organise des rencontres et des formations, et est également mobilisable par les patients et leurs proches. Enfin, les services de Médecine Polyvalente d'Urgence comptent en leur sein un praticien hospitalier spécialisé dans les soins palliatifs, qui intervient

également en UHCD, le plus souvent à la demande des internes, ou plus rarement des seniors.

Au CHU de Nantes, l'EMSP est très peu sollicitée par le service d'accueil des urgences puisque ses appels représentaient en 2017 2,8% des appels à l'EMSP (soit 9 appels du SAU et 11 appels de l'UHCD, pour la plupart pendant les congés du médecin spécialisé en soins palliatifs de MPU). Il s'agissait pour la plupart de patients présentés par l'urgentiste en vue d'un transfert en unité fixe de soins palliatifs, et dans une moindre mesure de situations où la rédaction de directives anticipées, la demande de sédation terminale, poussaient l'urgentiste à baliser sa prise en charge et à l'étayer d'un avis expert. Enfin, les questions de gestion pratique des soins palliatifs ou de la relation avec les proches étaient marginales. Il est à noter que les situations de fin de vie aux urgences concernent dans leur majorité des patients non oncologiques, mais très âgés, et que dans ce cas de figure les urgentistes ont facilement recours à l'équipe mobile de gériatrie (EMG) plutôt qu'à celle de soins palliatifs, recours facilité par l'implantation de l'EMG au sein même du SAU.

L'UHCD au contraire a eu plus souvent recours à l'avis d'un médecin spécialisé en soins palliatifs. Cette dernière est surtout sollicitée dans les situations considérées par les soignants comme à risque d'acharnement thérapeutique. Elle permet de structurer et d'argumenter la réflexion éthique. Elle peut participer à la décision collégiale en apportant son expertise. On fait également appel à elle lorsque des symptômes réfractaires n'ont pas pu être soulagés par les thérapeutiques « usuelles ». Elle peut également assurer le lien avec les familles, organiser des temps de rencontre (nécessairement longs), là où l'équipe médicale n'en a pas toujours la possibilité, et ainsi préparer le deuil, étape essentielle et déterminante pour les proches <sup>(6)</sup>.

L'EMSP permet aussi d'entretenir le lien au sein même de l'équipe, de soutenir chacun de ses membres qui en ressentirait le besoin, par le biais par exemple de sa psychologue. Hors clinique, l'EMSP assure aussi des missions de formation institutionnelle (formation continue) et universitaire (auprès des étudiants en médecine, soins infirmiers, kinésithérapie, ostéopathie, etc).

Enfin, à l'échelle de l'établissement, le Comité de Lutte contre la Douleur et prise en charge des Soins Palliatifs (CLUD-SP) a été créé en 2011. Les cadres de ses missions sont : la promotion des soins, l'information et la formation, la recherche clinique, l'évaluation des pratiques professionnelles et la communication extérieure. Il est composé de représentants médicaux de chacune des disciplines, de représentants des filières de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, de maïeutique, d'un représentant de la direction, d'un psychologue et enfin de représentants des usagers privés.

Afin d'améliorer la prise en charge et de clarifier les situations de soins palliatifs, un formulaire standardisé de LATA a été mis en place aux urgences. Dans les services, la consigne dans les dossiers est rendue nécessaire par l'obligation de traçabilité de toute décision médicale, et surtout par la perspective qu'un médecin et une équipe de garde se trouvent confrontés à une situation aiguë de fin de vie et aient alors besoin de directives. Aux urgences, par essence, toute l'équipe est renouvelée plusieurs fois par jour. Ainsi, il apparaît indispensable de poser au plus vite les jalons de la prise en charge, et de consigner, pour tous, les éléments recueillis auprès d'un patient dont on fait la connaissance et de son entourage, ainsi que des médecins qui le suivent.

Un travail de thèse a été mené en 2004 sur la mise en place de la procédure de LATA aux urgences. <sup>(17)</sup> Lors de cette étude, 42% des patients décédés avaient fait l'objet d'une telle procédure. Nous avons reproduit le formulaire en annexe.

Les enjeux d'une décision de LATA dans le contexte de l'urgence sont multiples : respecter la dignité du patient, mais aussi ses volontés, satisfaire les proches en leur accordant le temps d'écoute, l'accompagnement du cheminement et la préparation au deuil, mais également répartir correctement les ressources humaines et matérielles entre les patients, et enfin protéger les professionnels qui interviennent autour du patient en fin de vie.

### III - MATÉRIEL ET MÉTHODES

---

L'objet de ce travail était de dresser un état des lieux de l'épidémiologie des décès dans le service des urgences du CHU de Nantes en 2016 afin de la comparer à celle de 2006.

Nous avons mené une étude épidémiologique rétrospective, observationnelle, descriptive, monocentrique sur deux périodes de recueil de données : l'une entre novembre et décembre 2015, l'autre entre avril et mai 2016. Ces périodes étaient identiques dans l'étude d'origine de 2006.

#### 1. POPULATION

---

Nous avons inclus tous les patients majeurs décédés au service des urgences du CHU de Nantes (accueil, boxes de médecine ou de traumatologie, SAUV, ou bloc opératoire). Ont été exclus les deux patients décédés en pré-hospitalier ou durant un transport n'ayant pas pour destination le service des urgences bien qu'ils soient administrativement considérés décédés aux urgences.

#### 2. MÉTHODE

---

Nous avons obtenu la liste des patients décédés par une requête au Service d'Information Médicale (SIM) du CHU. Le recueil a été fait via le logiciel utilisé quotidiennement aux urgences du CHU de Nantes, Millenium. Toutes les données ont été anonymisées, un numéro a été attribué à chaque patient dans l'ordre chronologique des décès sur la période de recueil.

Les données ont été colligées sur Libre Office puis exploitées sur PASW Statistics. Un test t de Student a été utilisé pour les variables continues, un test du Khi 2 de Pearson pour les variables discrètes, et nous avons retenu un seuil de significativité pour  $p < 0,05$ .

Les éléments suivants étaient relevés : date et heure d'admission et de décès, âge, sexe, lieu de vie, statut marital, limitation fonctionnelle pré-existante (selon la classification de Knaus), comorbidités (échelle de Mc Cabe, antécédents médicaux personnels), motif de recours, défaillances éventuelles à l'admission, prise en charge SMUR (et ses caractéristiques : remplissage vasculaire, intubation/ventilation, transfusion, amines vasopressives, réanimation d'un arrêt cardio-respiratoire, ainsi que les horaires de chaque thérapeutique éventuelle), décision de LATA (date et heure, nombre d'intervenants, limitation ou arrêt des thérapeutiques), mise en place éventuelle de soins palliatifs (morphine, scopolamine, nursing, soins de bouche), support relationnel du patient et/ou des proches, et enfin localisation dans les urgences du décès.

Nous avons retenu les définitions suivantes :

- Antécédents coronariens : mention de cardiopathie ischémique, insuffisance cardiaque d'origine ischémique, stents ou pontages coronariens ;
- Antécédents neurologiques : toute pathologie neurologique à l'inclusion des démences ;
- Antécédents oncologiques : toute pathologie cancéreuse, y compris guérie ;
- Antécédent d'insuffisance respiratoire chronique : toute pathologie respiratoire, quel que soit son stade de sévérité ;
- Antécédent de démence : toute mention de pathologie telle qu'Alzheimer, démence vasculaire, démence mixte, MMS < 20/30 ;
- Antécédent d'insuffisance cardiaque : toute mention d'une classe NYHA 2 ou plus ;
- Antécédent de diabète : toute maladie diabétique ;
- Antécédent hépatique : toute pathologie hépatique y compris cancéreuse isolée ;

- Antécédent d'immunosuppression : diabète évolué, hémopathie, leucopénie pré-existante, cirrhose, pancytopénie, lymphopénie, neutropénie, greffe d'organe, traitement immunosuppresseur.

Concernant les défaillances à l'admission :

- Circulatoire : tachycardie avec FC > 120/min, hypotension avec PAS < 80mmHg, mention de signes d'insuffisance circulatoire périphérique ;
- Respiratoire : hypoxémie avec SpO2 < 95%, polypnée avec FR > 20, recours à une oxygénothérapie dès la phase pré-hospitalière ou à une ventilation, invasive ou non ;
- Rénale : augmentation de la créatinine > 2 fois la valeur habituelle, ClCr < 50mL/min, oligurie si quantifiée < 50mL/h ;
- Hématologique : leucopénie (leucocytes < 5000/mm3), neutropénie (<1500/mm3), lymphopénie (<500/mm3), ou bicytopénie (anémie et thrombopénie).

Pour définir l'autonomie des patients, nous avons utilisé le score de Knaus (état fonctionnel) décrit comme suit :

A : santé normale

B : limitation modérée, présence d'un traitement chronique

C : limitation importante : handicap à l'effort, traitement anticancéreux, hémodialyse

D : patient grabataire, restriction majeure : hospitalisation long séjour, visite hebdomadaire d'un médecin, incapacité à 100 %

Et nous rappelons ici l'échelle de Mac Cabe :

1 – Pas de maladie mortelle

2 - Maladie mortelle à 5 ans : insuffisant cardiaque stade III NYHA, insuffisant respiratoire sous O2 à domicile, cancer non métastasé, hypertension portale.

3 - Maladie mortelle à 1 an : insuffisant cardiaque stade IV NYHA, insuffisant respiratoire déjà ventilé, cancer métastasé, décompensation hémorragique de cirrhose.

### 3. RÉFÉRENCE

---

La population de référence était constituée des 98 patients nantais inclus dans une étude multicentrique menée en 2006 sur deux périodes identiques de quatre mois, chez qui étaient recueillies les mêmes informations, et définies les mêmes défaillances selon les mêmes critères.

## IV – RÉSULTATS

---

### 1. STATISTIQUES DESCRIPTIVES DE LA POPULATION GLOBALE

---

#### 1.1. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION : DONNÉES DESCRIPTIVES

---

Les patients étaient âgés de 18 à 105 ans, l'âge moyen était de 78,3 ans (écart type : 16,0).

Tableau 1 : caractéristiques de la population globale, données descriptives

		N	%
Sexe	Homme	110	50,2
	Femme	107	48,9
Lieu de vie	Domicile	148	67,6
	Institution	57	26,0
	SDF	1	0,5
Score de Knaus	A	20	9,1
	B	65	29,7
	C	65	29,7
	D	55	25,1
	<i>Manquantes</i>	14	6,4
Echelle Mc Cabe	1	81	37
	2	78	35,6
	3	43	19,6
	<i>Manquantes</i>	16	7,3

---

La population était âgée, sans prédominance de sexe. La majorité provenait du domicile, mais plus d'un quart était adressé d'un établissement de vie (EHPAD pour la plupart). Il s'agissait de patients atteints, dans plus de la moitié des cas (55 %) d'une pathologie considérée comme mortelle dans un délai de 1 à 5 ans. Plus de 90% de la population présentait une restriction d'activité (score de Mc Cabe B à D).

## 1.2. CONCERNANT LES ANTÉCÉDENTS

Tableau 2 : antécédents (population globale)

		N	%	
Pathologies chroniques	Coronariens	32	14,6	
	<i>Manquantes</i>	39	17,8	
	Neurologiques	32	14,6	
	<i>Manquantes</i>	39	17,8	
	Oncologiques	30	13,7	
	<i>Manquantes</i>	40	18,3	
	IRS chronique	27	12,3	
	<i>Manquantes</i>	41	18,7	
	Démence	36	16,4	
	<i>Manquantes</i>	38	17,4	
	IC chronique	31	14,2	
	<i>Manquantes</i>	41	18,7	
	Nombre de pathologies chroniques	0	71	32,4
		1	75	34,2
2		34	15,5	
3		22	10,0	
4		6	2,7	
5		1	0,5	
<i>Manquantes</i>		10	4,6	

On constate que les antécédents étaient très également répartis dans la population de l'étude puisqu'ils concernaient chacun environ 15% des patients inclus. Un tiers environ (32%) des patients ne présentaient aucune pathologie chronique telle que définie dans notre étude. Plus d'un quart (29%) souffraient d'au moins deux pathologies chroniques.

Les données suivantes n'ont pas été recueillies en 2006, les calculs sont donc effectués sur la seule période de 2016 :

**Tableau 3 : antécédents (population de 2016)**

	N	%
Diabète	18	14,8
<i>Manquantes</i>	12	9,9
Hépatiques	11	9,1
<i>Manquantes</i>	12	9,9
Immunosuppression	15	12,3
<i>Manquantes</i>	12	9,9

### 1.3. CONCERNANT L'ADMISSION

Tableau 4: défaillances à l'admission et motifs de recours (population globale)

		N	%
Défaillances à l'admission	Circulatoire	93	42,5
	<i>Manquantes</i>	67	30,6
	Respiratoire	117	53,4
	<i>Manquantes</i>	65	29,7
	Rénale	63	28,8
	<i>Manquantes</i>	92	42,0
	Hématologique	14	6,4
	<i>Manquantes</i>	102	46,6
Nombre de défaillances	0	60	27,2
	1	77	35,2
	2	50	22,8
	3	21	9,6
	4	1	0,5
	<i>Manquantes</i>	10	4,6
Motif de recours	Cardiaque	34	15,5
	Respiratoire	70	32,0
	Neurologique	51	23,3
	Infectieux	5	2,3
	Digestif	19	8,7
	Traumatique	18	8,2
	<i>Manquantes</i>	22	10,1

La population étudiée était majoritairement concernée par les défaillances respiratoire et circulatoire. La première notamment est constituée de symptômes difficiles à prendre en charge en médecine ambulatoire, et qui sont souvent intolérables pour les proches d'une personne en fin de vie. Au contraire de la douleur, qui peut être anticipée par la prescription d'antalgiques notamment, les signes de détresse respiratoire ou circulatoire (incluant les troubles de conscience) surviennent de manière brutale et imprévisible.

A l'admission, la plupart des patients étaient monodéfaillants (35%) ou non défaillants (27%).

Le premier motif de recours était respiratoire, puis venaient les motifs neurologique et cardiaque.

Il est à noter que la douleur a été classée avec les motifs de recours neurologiques.

#### 1.4. MESURES DE RÉANIMATION ET RECOURS AU SMUR

---

Tableau 5 : intervention SMUR et mesures de réanimation (population globale)

	N	%
SMUR	12	5,5
Remplissage	28	12,8
Transfusion	2	0,9
Amines	21	9,6
Réanimation ACR	6	2,7

Une infime partie (5,5%) des patients décédés aux urgences a fait l'objet d'un envoi de SMUR. Parmi ces 12 patients pris en charge par le SMUR, 9 sont décédés au bloc opératoire (il s'agissait majoritairement de ruptures d'anévrismes de l'aorte abdominale ou d'arrêts cardio-respiratoires réfractaires transférés pour prélèvement multi-organe). Il s'agissait de patients plus jeunes (moyenne d'âge : 55,4 ans) souvent atteints d'une pathologie chronique (éthylisme chronique, anévrisme de l'aorte abdominale, cardiopathie rythmique et malformative sévère). Seuls deux patients étaient admis pour un motif traumatique (plaie par arme blanche et accident de la voie publique).

### 1.5. DÉCISIONS DE LATA

---

Tableau 6 : nombre d'intervenants dans la décision de LATA (population globale)

Nombre d'intervenants	N	%
1	43	19,6
2	78	35,6
3	54	24,7
4	8	3,7
5	3	1,4
<i>Manquantes</i>	33	15,1

On note ainsi que plus de 80% des décisions de LATA ont respecté l'obligation de collégialité (faisant intervenir au moins deux médecins). Nous verrons plus loin l'évolution de cette habitude entre les deux phases de l'étude.

172 patients (79%) ont fait l'objet d'une décision de LATA avant leur décès. La plupart des décisions de LATA étaient consignées sur le formulaire dédié, toutefois inégalement rempli (manquaient la plupart du temps la mention « limitation ou arrêt », les noms des spécialistes consultés, et ceux des paramédicaux).

## 1.6. DÉLAI MOYEN AVANT LA DÉCISION DE LATA

Tableau 7 : délais (population globale)

	Moyenne	Médiane	Ecart-type	Maximum	Minimum
Admission – décès	31,37	23,25	31,76	176,77	0,20
LATA – décès	24,63	14,63	28,56	104,78	0
Admission - LATA	8,22	5,1	9,47	60,23	0,08

*LES DURÉES SONT EXPRIMÉES EN HEURES*

On constate ainsi que les patients décédés aux urgences y ont effectué des séjours potentiellement très longs puisque la moitié d'entre eux décède plus de 23 heures après l'admission.

Les écarts-types supérieurs aux moyennes témoignent de la grande dispersion des données. Nous verrons ensuite la répartition précise de ces données.

## 1.7. SOINS PALLIATIFS

---

Tableau 8 : soins palliatifs dispensés (population globale)

	N	%
Nursing	117	53,4
Midazolam	79	36,1
Morphine	144	65,8
Scopolamine	68	31,1
Soins de bouche	47	21,5
Support relationnel	109	49,8

Les thérapeutiques les plus engagées avant un décès sont la morphine (66% des patients), le nursing (53% des patients), puis le support relationnel au patient ou à ses proches. Les soins de bouche semblent peu pratiqués (22%).

## 1.8. LOCALISATION DU DÉCÈS

---

Tableau 9 : localisation du décès (population globale)

Localisation	N	%
Box	58	26,5
SAUV	3	1,4
UHCD	144	65,8
Autre	12	5,5

La majorité des patients (66%) décède à l'UHCD. Sur la période de 2016, neuf patients sont décédés au bloc opératoire, deux durant un transport et un au scanner.

## 2. STATISTIQUES COMPARATIVES 2006 VERSUS 2016

---

### 2.1. COMPARABILITÉ DES POPULATIONS

---

La population de 2006 est constituée de 98 patients, celle de 2016 en comprend 119.

Tableau 10 : âge de la population, comparaison 2006 versus 2016

	2006	2016	<i>p value</i>
Âge moyen	78,9 (13,3)	77,8 (17,9)	0,588

---

L'ÂGE EST EXPRIMÉ EN ANNÉES, ÉCARTS-TYPES ENTRE PARENTHÈSES

En 2016, la population décédée aux urgences était constituée comme en 2006 de patients âgés.

Tableau 11 : caractéristiques générales, comparaison 2006 versus 2016

		2006	2016	<i>p value</i>
Sexe	Homme	54 (55,1)	56 (46,3)	0,238
	Femme	44 (44,9)	63 (53,7)	
Lieu de vie	Domicile	66 (67,3)	82 (67,8)	0,009*
	EHPAD	29 (29,6)	28 (23,1)	
	SDF	1 (1)	0 (0)	
	<i>manquantes</i>	2 (2,0)	9 (7,6)	
Score Knaus	1	11 (11,2)	9 (7,4)	0,003*
	2	37 (37,8)	28 (23,1)	
	3	34 (34,7)	31 (25,6)	
	4	14 (14,3)	41 (33,9)	
	<i>manquantes</i>	3 (3,0)	10 (8,4)	
Echelle McCabe	1	43 (43,9)	38 (31,4)	0,277
2	35 (35,7)	43 (35,5)		
3	16 (16,3)	27 (22,3)		
<i>manquantes</i>	4 (4,1)	10 (8,4)		

POURCENTAGES ENTRE PARENTHÈSES

L'âge et le sexe des populations étaient comparables, tout comme l'échelle de Mc Cabe. En revanche, en 2016 les patients étaient plus dépendants (selon le score de Knaus), et provenaient moins d'EHPAD.

## 2.2. ANTÉCÉDENTS

Tableau 12 : antécédents, comparaison 2006 versus 2016

	2006	2016	<i>p value</i>
Coronariens	21 (21,4)	11 (9,1)	0,001*
Neurologiques	17 (17,3)	15 (12,4)	0,081
Oncologiques	10 (10,2)	20 (16,5)	0,170
Respiratoires	5 (5,1)	22 (18,2)	0,019*
Démence	10 (10,2)	26 (21,5)	0,100
IC	5 (5,1)	26 (21,4)	0,004*

POURCENTAGES ENTRE PARENTHÈSES

En 2016, on observait moins de patients insuffisants coronariens, mais plus d'insuffisances respiratoire et circulatoire. Pour le reste, les populations étaient comparables.

Les antécédents de diabète, de maladie hépatique et d'immunosuppression n'étaient pas disponibles dans l'étude de 2006.

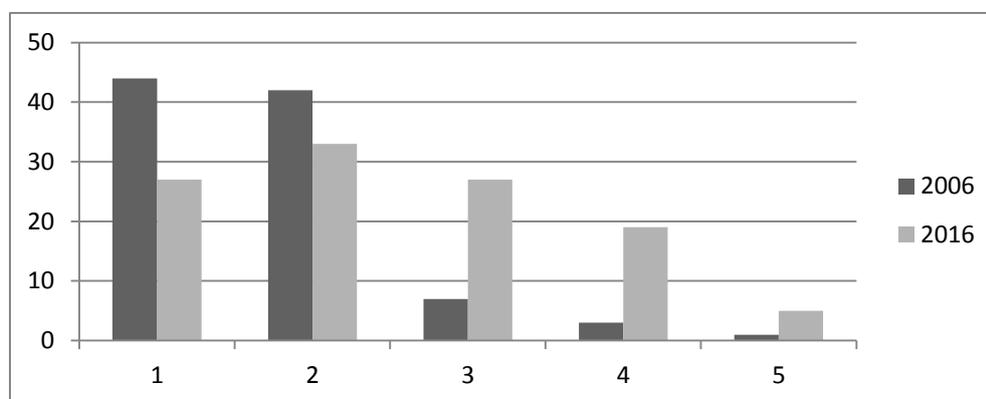


Figure 1 – nombre de pathologies chroniques par patient

Les patients décédés sur la deuxième période de 2016 étaient atteints de plus nombreuses pathologies chroniques qu'en 2006 ( $p < 0,001$ ).

### 2.3. DÉFAILLANCES A L'ADMISSION

---

Tableau 13 : défaillances à l'admission, comparaison 2006 versus 2016

	2006	2016	<i>p value</i>
Circulatoire	43 (43,9)	50 (41,3)	0,704
Respiratoire	45 (45,9)	72 (59,5)	0,045*
Rénale	18 (18,4)	45 (37,2)	0,002*
Hématologique	8 (8,2)	6 (5,2)	0,335

*POURCENTAGES ENTRE PARENTHÈSES*

Les défaillances respiratoire et rénale à l'admission ont plus été observées en 2016 qu'en 2006. Les défaillances circulatoire et hématologique n'ont pas été significativement différentes.

## 2.4. MOTIF PRINCIPAL DE RECOURS

---

Figure 2 : motifs de recours en 2006

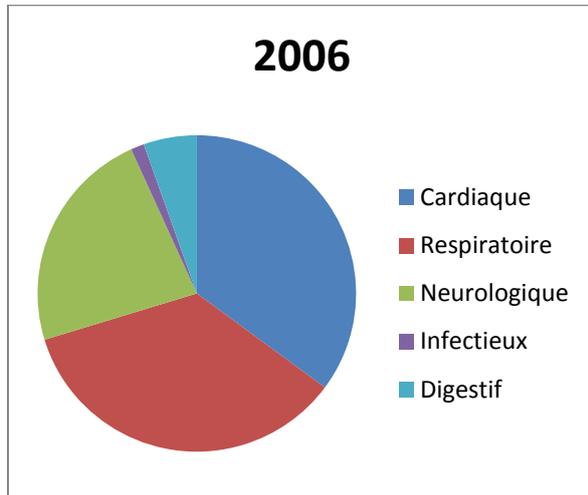
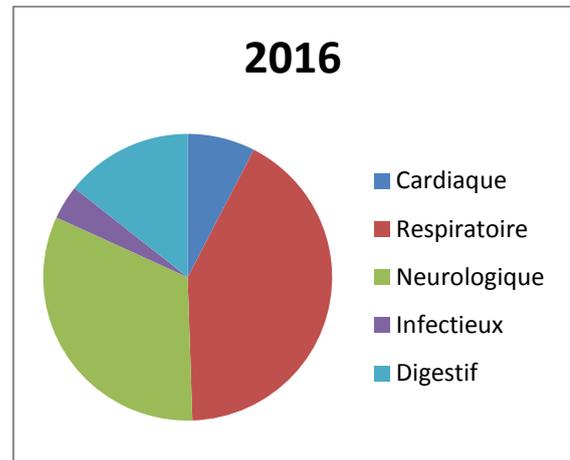


Figure 3 : motifs de recours en 2016



Si, en 2006, on observait une répartition relativement homogène entre motifs respiratoires, cardiaques et neurologiques, la tendance en 2016 était plutôt à une domination des motifs respiratoires et neurologiques. L'analyse statistique a permis d'établir une différence significative dans la répartition des motifs d'admission entre les deux périodes de recueil ( $p < 0,001$ ).

## 2.5. INTERVENTION SMUR ET MANŒUVRES DE RÉANIMATION

Tableau 14 : intervention SMUR et mesures de réanimation 2006 versus 2016

	2006	2016	<i>p value</i>
Intervention SMUR	4 (4,1)	8 (6,6)	0,413
IOT/VM	4 (4,1)	3 (2,5)	0,503
Remplissage vasculaire	25 (25,5)	3 (2,5)	<0,001*
Amines vasopressives	19 (19,4)	2 (1,6)	<0,001*
Transfusion	2 (2,0)	0 (0)	0,199
Réanimation ACR	1 (1,0)	1 (0,8)	0,881

POURCENTAGES ENTRE PARENTHÈSES

En 2006 comme en 2016, les interventions du SMUR représentaient une part infime des décès aux urgences. On remarque en revanche une diminution nette du recours au remplissage vasculaire et aux amines vasopressives en 2016.

## 2.6. DÉCISIONS DE LATA

Tableau 15 : décisions de LATA, comparaison 2006 versus 2016

	2006	2016	<i>p value</i>
Décision de LATA	83 (84,7)	89 (82,4)	0,710

POURCENTAGES ENTRE PARENTHÈSES

La proportion des décisions de LATA n'était pas significativement différente entre les deux périodes de recueil, ce qui peut être dû aux caractéristiques proches des deux populations étudiées.

Parmi les patients faisant l'objet d'une décision de LATA :

Tableau 16 : modalités des LATA, comparaison 2006 versus 2016

	2006	2016	<i>p value</i>
>2 intervenants	51 (61,4)	78 (79,6)	<0,001*
Arrêt de soins	47 (56,6)	64 (71,9)	
Limitation de soins	36 (43,4)	25 (28,1)	<0,001*

POURCENTAGES ENTRE PARENTHÈSES

L'évolution des pratiques entre 2006 et 2016 s'est faite vers plus de collégialité.

Nos analyses semblent établir que les médecins ont tendance désormais à prononcer plus d'arrêts que de limitations de soins.

## 2.7. SOINS PALLIATIFS

Tableau 17 : modalités des soins palliatifs, comparaison 2006 versus 2016

	2006	2016	<i>p value</i>
Nursing	41 (41,8)	76 (62,8)	0,002*
Midazolam	26 (26,5)	53 (43,8)	0,008*
Morphine	53 (54,1)	91 (75,2)	0,001*
Scopolamine	34 (34,7)	34 (28,1)	0,294
Soins de bouche	38 (38,8)	9 (7,4)	<0,001*
Support relationnel	25 (25,5)	84 (69,4)	<0,001*

POURCENTAGES ENTRE PARENTHÈSES, EXPRIMÉS SUR LA TOTALITÉ DES PATIENTS, QU'ILS AIENT FAIT OU NON L'OBJET D'UNE PROCÉDURE DE LATA

On a ainsi mis en évidence une différence significative entre 2006 et 2016 avec :

- Une augmentation de l'utilisation de morphine et de midazolam, mais pas de scopolamine ;
- Une augmentation de la mention dans les dossiers de soins de nursing et surtout de support relationnel ;
- Mais une diminution de la mention de soins de bouche.

## 2.8. DÉLAIS

Tableau 18 : délais comparés 2006 versus 2016

	2006			2016			p
	Moyenne	Médiane	Min/max	Moyenne	Médiane	Min/max	
Admission – décès	30,83 (32,40)	23,33	0,23 – 135,0	31,85 (31,18)	23,20	0,20 – 176,77	0,824
LATA – décès	26,98 (31,78)	9,08	0 – 99,83	22,98 (25,93)	15,75	0 – 104,78	0,618
Admission - LATA	8,18 (8,05)	5,82	0,07 – 36,17	8,25 (10,46)	4,78	0,08 – 60,23	0,916

LES DURÉES SONT EXPRIMÉES EN HEURES, LES ÉCARTS-TYPES ENTRE PARENTHÈSES

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux périodes de recueil. Les délais nuls entre LATA et décès représentent des situations où une réanimation a été interrompue, ou bien où l'arrêt d'un traitement de suppléance entraînait immédiatement le décès. Il s'agit pour la plupart d'arrêts de soins au bloc opératoire.

Comme vu précédemment, les données très dispersées gênent l'interprétation des moyennes et des médianes. Nous avons donc représenté différemment la répartition des délais ci-après.

---

DÉLAI ADMISSION – DÉCÈS :

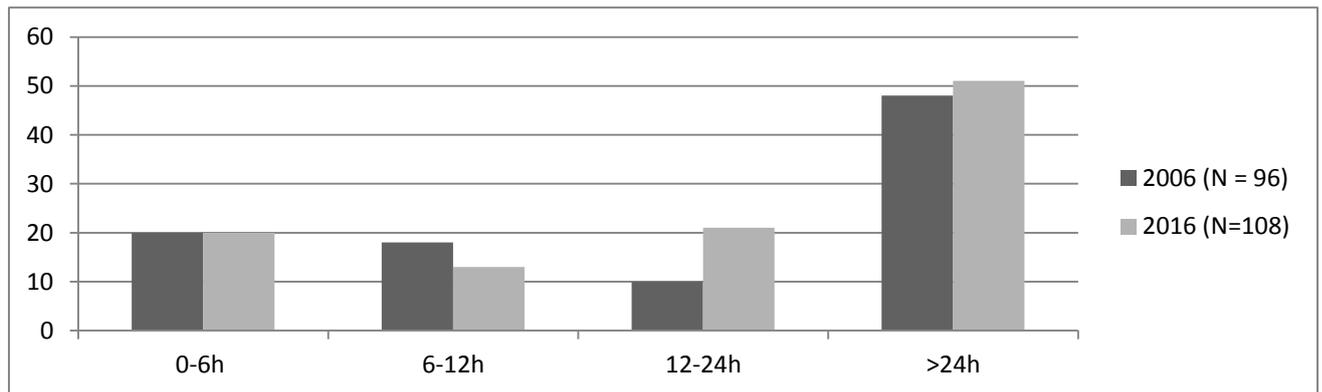


Figure 4 : délais admission – décès 2006 versus 2016

On constate ainsi que près de la moitié (48%) des patients décèdent aux urgences après un séjour de plus de 24 heures. Dans environ 20% des cas, le décès survient moins de 6 heures après l'admission.

---

DÉLAI LATA – DÉCÈS :

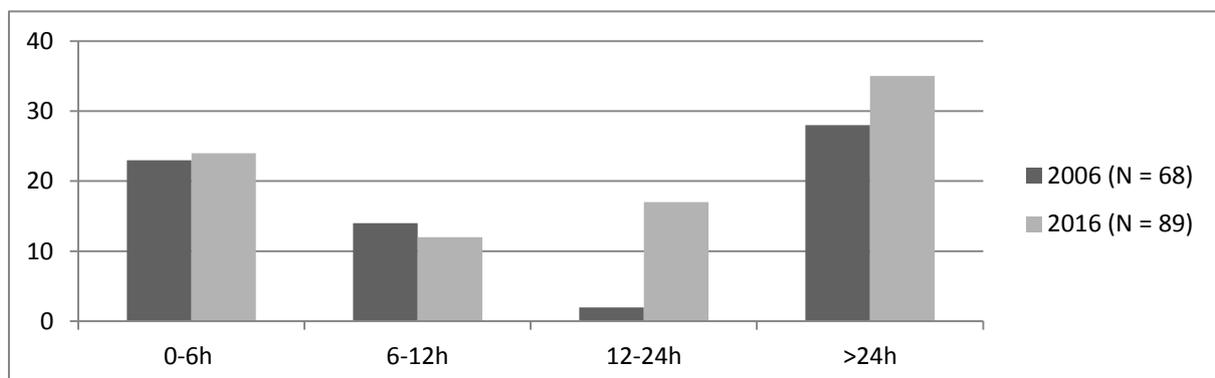


Figure 5 : délais LATA – décès 2006 versus 2016

On observe deux pics de fréquence des décès dans les suites d'une décision de LATA : moins de 6h après, et surtout à plus de 24 heures (40% des patients). Cette tendance est présente dans les deux périodes de recueil, même si la répartition semble s'homogénéiser en 2016.

---

DÉLAI ADMISSIION – LATA :

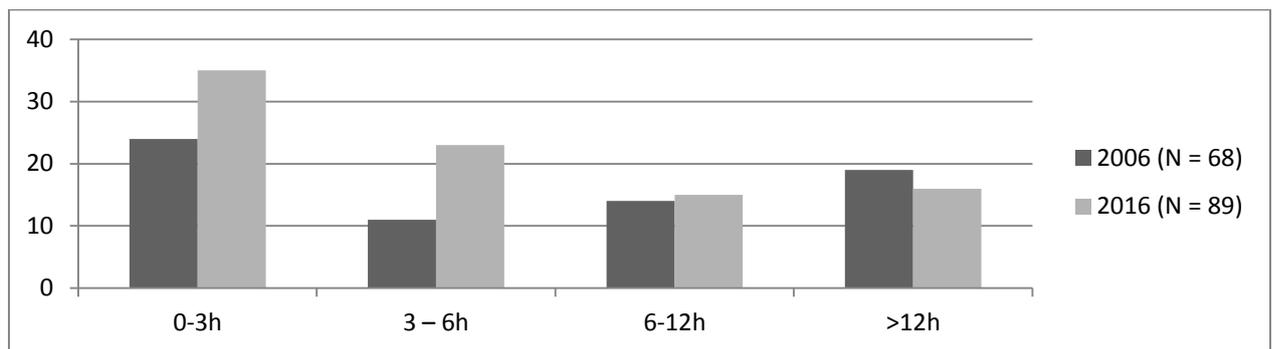


Figure 6 : délais admission – LATA 2006 versus 2016

Environ 40% des décisions de LATA sont prises dans les trois heures suivant l'admission, ce qui concerne probablement des patients d'emblée défailants, et dont le terrain ne laisse pas espérer d'issue favorable ou à l'aune duquel les soins invasifs semblent démesurés. La tendance en 2016 est à une prise de décision plus précoce qu'en 2006.

## 2.9. LOCALISATION DES DÉCÈS

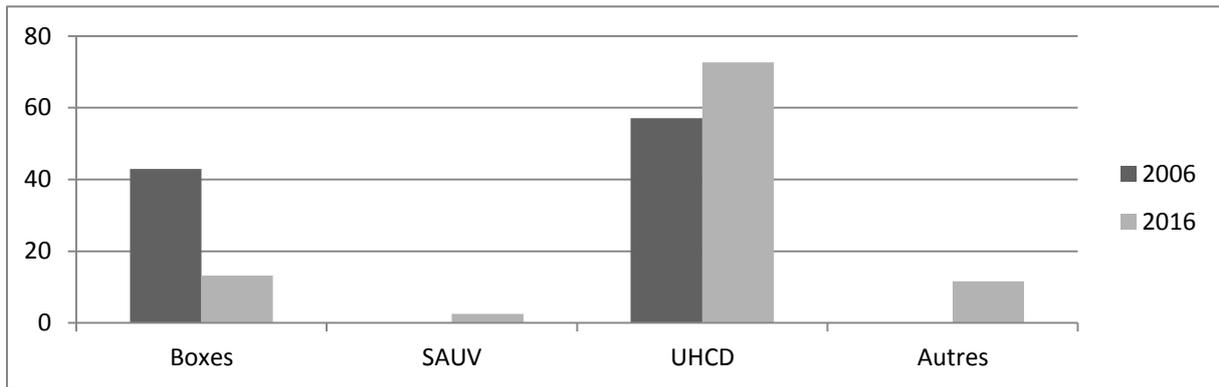


Figure 7 : localisation des décès 2006 versus 2016

Entre les deux périodes de recueil, on a vu augmenter significativement le nombre de décès à l'UHCD (72% versus 57% en 2006,  $p < 0,001$ ) et diminuer celui des décès en boxes (13% versus 42% en 2006,  $p < 0,001$ ).

Les localisations « autres » regroupaient, en 2016, le bloc opératoire et le scanner des urgences.

## V - DISCUSSION

---

### 1. RÉSULTATS PRINCIPAUX

---

---

#### ÂGE, MODE DE VIE, ANTÉCÉDENTS

Dix ans après le premier recueil, les patients décédés aux urgences du CHU de Nantes étaient donc plus nombreux (119 versus 98, en lien avec l'augmentation du nombre d'entrées), et toujours âgés (78,5 ans en moyenne), ce qui est comparable aux résultats d'autres recherches sur le sujet. <sup>(7)</sup> S. Pennec met en évidence dans son étude (« Le dernier mois de l'existence : les lieux de fin de vie et de décès en France » <sup>(10)</sup> ) le fait que si la situation majoritaire, un mois avant le décès, est de vivre à domicile, l'hospitalisation concerne 30% de la population et l'institutionnalisation 15% des hommes et 38% des femmes (ceci est à mettre en lien avec leur espérance de vie supérieure, et leur veuvage plus fréquent). Au moment du décès, plus de la moitié des personnes avait changé de lieu, mais cette étude met tout de même en exergue la médicalisation croissante de la fin de vie des personnes âgées. De plus, 86% des personnes hospitalisées un mois avant leur décès finissent leurs jours à l'hôpital.

En revanche, la population de 2016 s'est révélée plus dépendante (selon le score de Knaus) et majoritairement adressée du domicile, avec une diminution significative de la part des patients adressés d'un EHPAD. Là encore, l'on rejoint les constats de L. Morin et R. Aubry qui avaient étudié les lieux de décès des personnes âgées en France entre 1990 et 2010. <sup>(23)</sup> Ceci est certainement à mettre en relation avec la diffusion (bien que toujours modeste) des directives anticipées, et des perspectives de prise en charge de la fin de vie en institution sans recours à l'hôpital : HAD, médecin coordonnateur d'EHPAD, équipe mobile de soins palliatifs...

Les patients qui étaient adressés aux urgences pour y décéder étaient atteints de plus nombreuses pathologies chroniques. Alors qu'en 2006, la majorité des patients souffraient d'insuffisance coronarienne, les antécédents de la population de 2016 étaient plus également répartis entre insuffisance coronarienne, respiratoire, démence, etc. On a mis en évidence une différence significative avec une augmentation de la part des insuffisants respiratoires et cardiaques en 2016. Ceci rejoint certainement notre réflexion sur les motifs de recours : il s'agit de pathologies pourvoyeuses de symptômes respiratoires soudains, bruyants, pénibles, et difficiles à prendre en charge en ambulatoire.

Une des grandes difficultés pour les soignants face à une personne âgée devenue dépendante, parfois polypathologique, est l'identification tardive de la situation de fin de vie, puisque celle-ci tend à désigner une période de plus en plus longue. L'épuisement des proches, notamment dans les derniers mois d'une personne âgée dépendante, encourage aussi le recours hospitalier. Enfin, l'éventail d'offres de soins de dispositifs cloisonnés (HAD, EMSP, réseau COMPAS) ne permet pas une lecture claire par les professionnels de santé, les proches ou les patients, des recours possibles.

Il importe également de rappeler qu'un quart des résidents d'EHPAD décèdent à l'hôpital et que les principaux déterminants du décès hospitalier sont l'absence de personnel infirmier la nuit (et l'impossibilité, dans 75% des établissements n'en disposant pas, d'en joindre un), l'absence de formation du médecin coordonnateur aux soins palliatifs (20% des médecins coordonnateurs n'ont aucune formation diplômante dans le domaine), et l'absence de sensibilisation du médecin traitant ou du personnel infirmier aux situations de fin de vie. Le recours au dispositif de l'HAD pour la fin de vie était, en 2013, toujours très marginal puisqu'il ne concernait que 8% des EHPAD. <sup>(11)</sup>

En 2005, B. Tardy et A. Viallon <sup>(5)</sup> avaient déterminé que les patients décédés aux urgences adressés de leur domicile l'étaient majoritairement par leur médecin traitant (puis par le SAMU et par un médecin de garde), ce qui semblait confirmé par plusieurs études effectuées à la même période. Le médecin ne mentionnait malheureusement que rarement dans son courrier la situation de fin de vie. Les auteurs mettaient également en lumière le fait que

40% des patients avaient été déjà hospitalisés dans la semaine précédant leur décès, et 60% dans le mois précédent.

---

#### DÉFAILLANCES À L'ADMISSION, MOTIFS DE RECOURS

Il est intéressant de noter que plus d'un quart des patients qui sont décédés aux urgences ne présentaient aucune défaillance à l'admission. Cette population a probablement été victime d'une dégradation rapide de son état clinique, ou d'un évènement intercurrent grave dans un contexte d'état général très fragile ou d'autonomie limitée. En effet, les patients sans antécédents notables décédés aux urgences étaient dans leur quasi-totalité admis dans un état préoccupant d'emblée. Ces patients non défaillants à l'admission représentaient au contraire des personnes âgées, pour la plupart à l'autonomie très altérée, adressées aux urgences faute de prise en charge adaptée à domicile d'une pathologie aiguë.

Les motifs de recours les plus représentés en 2016 étaient respiratoires et neurologiques. Comme nous l'expliquions plus tôt, la détresse respiratoire et les troubles de conscience, constituent des symptômes très impressionnants, tant pour l'entourage que pour les équipes des EHPAD. Il est difficile dans ces situations de ne pas médicaliser la fin de vie, ou d'apporter une prise en charge suffisante en médecine ambulatoire (en l'absence de dispositifs comme l'HAD, qui reste très marginal). De plus, le motif neurologique a pu être sur-représenté en raison de notre choix d'inclure la douleur dans cette catégorie. En effet, les symptômes douloureux non soulagés par les thérapeutiques habituelles ou disponibles en médecine ambulatoire sont malheureusement une situation fréquente dans les pathologies oncologiques terminales.

---

#### LATA ET RÔLE DES PARAMÉDICAUX

On a montré que le principe de collégialité était beaucoup plus respecté en 2016 (près de 80% des cas) qu'en 2006. Néanmoins, dans la pratique, les médecins consultés sont souvent l'autre senior des urgences, ou le réanimateur ayant récusé le patient. L'interne est presque

systématiquement mentionné, tandis que les paramédicaux n'apparaissent que rarement dans les formulaires. Ils ont pourtant la même légitimité que le médecin à l'initiative du formulaire, et sont des interlocuteurs privilégiés dans les situations où se pose la question de la proportionnalité des soins. Enfin, il ne semble pas souhaitable qu'un refus d'admission en réanimation soit le déclencheur unique d'une procédure de LATA.

Par ailleurs, il est intéressant de noter que si la collégialité était largement respectée dans les décisions de LATA, elle n'est pas censée supplanter l'avis du patient. Le recueil de celui-ci n'est que rarement mentionné, et ceci est à mettre en rapport certainement avec l'impossibilité fréquente du patient de s'exprimer, soit du fait de troubles cognitifs pré-existants, soit de troubles de conscience.

On l'a vu, les paramédicaux ont un rôle clé à jouer dans la prise en charge de la fin de vie <sup>(6,24)</sup>. Aux urgences pourtant, plusieurs obstacles s'opposent à leur implication : la vision du médecin considérant les paramédicaux comme des témoins plus que comme des acteurs, et sa solitude face à la prise de décision thérapeutique <sup>(19)</sup>. Mais aussi le refus de la part des paramédicaux de poser un « diagnostic » de fin de vie et des conséquences possibles d'une erreur de jugement en la matière, surtout dans les cas où la fin de vie, bien qu'actée, n'est pas imminente <sup>(9)</sup>. Enfin, au CHU de Nantes comme dans d'autres centres certainement, aucune formation ciblée sur les soins palliatifs n'est organisée auprès des paramédicaux du SAU par l'EMSP de manière régulière, et le renouvellement fréquent des équipes gêne la mise en place d'initiatives émanant du personnel des urgences. Il existe également une certaine réticence d'une partie du personnel (médical et paramédical) à considérer les soins palliatifs comme une mission des services d'urgences <sup>(21)</sup>, et ce alors même qu'on a vu que les SAU font quotidiennement face à des décès (ils sont le deuxième service hospitalier le plus exposé aux décès, après l'oncologie) et que la fin de vie est indissociable d'une réflexion en lien avec les soins palliatifs.

On a mis en évidence, par ailleurs, entre les deux périodes de recueil une inversion des proportions de limitations et d'arrêts des soins, ces derniers étant devenus majoritaires en 2016. Malheureusement, ce résultat semble peu fiable : le type de LATA est difficilement analysable, car on notait beaucoup d'incohérence entre la décision consignée dans le formulaire et le type de LATA constaté (via les prescriptions médicamenteuses et de soins).

Dans les faits, il y a eu beaucoup plus de décisions de limitation que d'arrêt des soins. De plus, le très faible nombre de patients bénéficiant de thérapeutiques invasives est en défaveur d'une proportion croissante des décisions d'arrêt de soins. On peut également supposer, au contraire, que les procédures d'arrêt concernent des thérapeutiques non répertoriées dans notre étude (comme l'antibiothérapie, l'hydratation, etc) et reflètent alors un approfondissement de la réflexion des médecins sur les soins du patient en fin de vie. On constate également aux urgences - comme ailleurs - une confusion fréquente entre les notions de fin de vie, de soins palliatifs, de patients « réanimatoires » ou non.

---

## THÉRAPEUTIQUES INVASIVES ET SOINS PALLIATIFS

Très peu de patients décédés aux urgences ont bénéficié d'une intervention du SMUR et de manœuvres de réanimation, au contraire de ce qui pouvait être constaté en 2005 par B. Tardy et A. Viallon, qui faisaient, eux, état d'un envoi de SMUR dans près de 80% des situations « concernant des patient identifiés comme relevant de soins palliatifs » <sup>(5)</sup>. Les raisons avancées à ces interventions presque systématiques, et au recours fréquent à des thérapeutiques invasives étaient « le contexte de l'urgence, la méconnaissance des antécédents médicaux, de l'évolutivité de la pathologie sous-jacente, et de l'autonomie du patient ». Enfin il serait intéressant de comparer ce faible taux de recours à l'envoi d'une équipe SMUR avec le taux de patients régulés (c'est-à-dire ayant fait l'objet d'un appel au 15) avant leur arrivée aux urgences.

Il n'y avait pas de différence significative sur l'intervention du SMUR entre les deux périodes de recueil, mais il nous paraît important de noter que des efforts sont tout de même faits dans le domaine. Une étude a été menée en France sur les décisions de LATA à la phase pré-hospitalière en 2006 <sup>(25)</sup> qui a établi que la majorité (78%) des patients décédaient avant leur arrivée à l'hôpital, ce qui explique que cette population n'apparaisse pas dans notre étude. Il s'agissait d'une population également âgée (78 ans en moyenne), souvent victime d'une détresse respiratoire aiguë, d'un coma post-anoxique, d'un AVC ou d'une décompensation cardiaque. Les facteurs associés à ces décisions de LATA pré-hospitalières étaient le contexte de polytraumatisme, le recours à une intubation, une pathologie chronique avec insuffisance

cardiaque terminale, la provenance du médecin d'un CHU et le sexe masculin. Pour certains auteurs, comme G. Rocker <sup>(26)</sup> les limitations de soins à la phase pré-hospitalière sont dangereuses, en ce sens qu'elles ne peuvent respecter les principes légaux de la LATA, et toute décision doit donc être retardée jusqu'à l'arrivée du patient à l'hôpital. Ce n'est, de toute évidence, pas le choix qui est fait à Nantes en 2016. En 2013, F. Braun et M. Bailly <sup>(27)</sup> mettaient en garde sur les obstacles aux décisions de LATA par le régulateur médical : une détresse aiguë chez une personne en fin de vie n'est pas synonyme de LATA, et même s'il importe d'appliquer l'esprit de la loi aux situations pré-hospitalières, tout n'y est pas transposable, et le temps et la collégialité nécessaires manquent, par essence. Surtout, ils réaffirmaient le besoin d'anticipation de ces situations, qui requiert une collaboration entre HAD, réseau COMPAS, EMSP, EHPAD, médecins libéraux et la régulation du SAMU. A Nantes sont développées les fiches SAMU pallia depuis 2009, mises en place par la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) pour tenter de faciliter la communication avec les urgentistes (en pré-hospitalier ou au SAU) autour des situations de soins palliatifs. Ce fichier est le fruit de la collaboration étroite entre SAMU et HAD, l'un assurant la permanence des soins de l'autre, qui partage les informations et dossiers médicaux des patients auprès de qui il intervient.

On a, par ailleurs, mis en évidence une diminution drastique du recours au remplissage vasculaire et aux amines vasopressives. Bien qu'une telle évolution ne permette pas d'exclure une différence de recueil, on est probablement face à un réel changement des pratiques et un questionnement plus précoce sur le niveau de soins maximal à apporter au patient en fin de vie. Peut-être la liste d'items du formulaire de LATA oblige-t-elle le médecin à s'interroger sur l'opportunité et la proportionnalité de chaque thérapeutique. Enfin, il faut préciser que le recueil des données des patients décédés au bloc opératoire était gêné par le recours à un autre logiciel. Ainsi, les thérapeutiques entreprises n'étaient pas nécessairement toutes consignées dans le compte-rendu opératoire accessible au recueil.

Concernant les modalités pratiques de soins palliatifs, on a constaté une augmentation du recours à la morphine et au midazolam, mais pas à la scopolamine. En effet, cette dernière est peut-être d'utilisation plus marginale pour les urgentistes, bien habitués à manier au

contraire les drogues de sédation. La tendance était à une mention plus fréquente des soins de nursing, à l'exception des soins de bouche, et du soutien à la famille. Ceci peut être relié à plusieurs phénomènes : les praticiens accordent de plus en plus d'attention au dossier en tant que preuve médico-légale <sup>(9,19)</sup>, et ont pu avoir tendance à consigner de manière plus rigoureuse les interactions avec les proches, les annonces, et le soutien apporté. Concernant les soins de bouche, le changement de logiciel intervenu entre les deux périodes de recueil a pu influencer la consigne, plus facile à faire par écrit que dans ce nouveau logiciel. Enfin la prescription de soins de bouche peut ne pas sembler nécessaire car elle fait partie des soins « automatiques » lors de la toilette d'un patient (a fortiori s'il souffre de troubles de conscience), et relève pour nombre de paramédicaux de leur propre initiative. On rappelle tout de même que ne font partie du rôle propre de l'infirmier (régé par le décret 2004-802 du 29 juillet 2004, dans l'article R. 4311-3) et, par délégation de tâche, de l'aide-soignant, que les soins sur bouche saine. Sinon, l'infirmier doit agir sur prescription médicale et réaliser l'acte lui-même.

---

## TEMPS ET LIEUX DES DÉCÈS

Les différents délais étudiés (admission – décès, admission – LATA et LATA – décès) étaient tous marqués par une grande dispersion des données. On a mis en évidence que près de la moitié des décès survenaient après un séjour aux urgences de plus de 24 heures, majoritairement dans l'UHCD. Cette situation paradoxale de prime abord s'explique par plusieurs phénomènes. Tout d'abord, il est impossible la plupart du temps de prévoir le délai dans lequel un patient va décéder. Pourtant, dans les faits, obtenir le transfert d'un patient déclaré mourant dans un service d'hospitalisation est très difficile : soit le décès est imminent, et on interroge l'urgentiste sur l'opportunité d'entamer un transfert nécessairement inconfortable, d'impliquer une nouvelle équipe auprès du patient et de sa famille. Soit le patient ne semble pas immédiatement mourant, et dans ce cas il est argué qu'un lit (obligatoirement en chambre individuelle) va être bloqué pendant un séjour potentiellement long (l'IGAS indique que les patients qui meurent pendant leur hospitalisation restent en moyenne deux fois plus longtemps que les autres <sup>(9)</sup>), faible

pourvoyeur d'actes, et donc économiquement défavorable au service receveur. Cet effet pervers du mode de financement de l'hôpital a été également mis en évidence par Couillot et Vassy <sup>(9)</sup>. Dans leur étude, elles relatent des situations où les urgentistes taisent volontairement l'état des malades, ou insistent sur leur incertitude quant au pronostic à court terme, pour obtenir un transfert plus rapide et plus facile de leurs patients en fin de vie. Dans les situations de conflit, ils font appel à la direction administrative de l'hôpital pour imposer le transfert des patients. P. Valette <sup>(28)</sup>, doctorant en philosophie pratique, exprime plus élégamment que si l'urgentiste est en permanence pris par le temps, le spécialiste « des étages » est, lui, ancré dans l'espace délimité de son service, et il appartient au patient de rentrer dans un cadre nosologique déterminé pour permettre au spécialiste de se l'approprier. Mais à nouveau, la réalité nosologique se confronte aux critères de la cotation et de la tarification à l'activité et pousse le médecin « des étages » à raisonner en termes financiers, pour assurer la survie de son service...

On constate par ailleurs qu'un cinquième des patients décèdent moins de six heures après leur admission à l'hôpital et on est alors en mesure de questionner la pertinence de leur transfert vers l'hôpital, au moins dans la population des patients institutionnalisés ou à l'autonomie déjà très limitée. Ceci rejoint notre réflexion initiale sur la médicalisation croissante de la fin de vie en France.

L'augmentation de capacité de l'UHCD du CHU de Nantes en 2009 avec la création notamment de six chambres individuelles a apporté une réponse à ces situations conflictuelles en offrant une possibilité de repli aux urgentistes face à un patient en fin de vie. Mais on s'éloigne de plus en plus de la vocation première de l'UHCD censée ne concerner que des séjours de moins de 24 heures, et on risque d'observer un glissement de cette fonction vers la « zone d'attente diagnostique » créée au sein des boxes, zone dont relèvent les patients en attente d'examens ou de résultats. Et de fait, la nette augmentation de la proportion des décès à l'UHCD traduit bien qu'il s'agit désormais de la solution privilégiée par les urgentistes dans les situations de fin de vie quel que soit le délai dans lequel le décès est estimé. Pourtant, on l'a vu, c'est dans les cas où l'agonie se prolonge que l'équipe médicale et paramédicale se trouve le plus en difficulté et en contradiction avec ce qu'elle considère comme son rôle habituel.

Enfin, la plupart des LATA sont prononcées dans les trois heures suivant l'admission du patient. Ces décisions concernent probablement les situations de défaillances d'emblée. Les décisions plus tardives peuvent être reliées à plusieurs cas de figure : un patient manifestement en fin de vie et non priorisé malgré la gravité de son état, ou bien un patient pour lequel les thérapeutiques mises en œuvre sont en échec, et pour qui on décide de ne pas intensifier la prise en charge invasive. Il serait intéressant de comparer ces décisions de LATA avec la première connexion d'un médecin senior sur le dossier du patient, ou bien avec le premier contact médical afin de mettre en perspective nos considérations.

## 2. LIMITES ET PERSPECTIVES DE L'ÉTUDE

---

Il s'agissait d'une étude épidémiologique nécessairement rétrospective, mais sa limite principale résidait dans son caractère monocentrique et donc dans le faible effectif. Il serait intéressant de pouvoir refaire un état des lieux dans tous les services concernés par l'étude initiale de 2006 afin d'observer l'évolution des pratiques à l'échelle nationale.

Malgré l'informatisation de l'intégralité du dossier médical, force est de constater que certaines informations sont tout de même perdues, notamment concernant les soins infirmiers. De plus, le recueil des données « à la main » et non sur requête informatique a pu donner lieu à des erreurs.

En 2006, la défaillance neurologique à l'admission n'avait pas été recueillie, elle ne l'a donc pas été en 2016 non plus. Il s'agit pourtant d'un déterminant fort de la décision de LATA qui aurait pu nous éclairer sur nombre de situations.

Par ailleurs, nous n'avons pas différencié les intervenants dans la décision de LATA, ce qui peut artificiellement augmenter le nombre de cas où la collégialité est respectée. Il n'est pas mentionné si le patient se trouve dans un état conscient et compétent, capable de s'exprimer sur ses souhaits, ou non. Nous n'avons pas non plus d'éléments sur les différences qualitatives des procédures de LATA et leur mise en œuvre en fonction des ressources disponibles, et notamment selon les périodes de prise en charge des patients (en

journée, ou sur les horaires de garde). L'hétérogénéité des ressources est pourtant majeure, comme l'expliquait le Dr Féral-Pierssens lors de sa présentation portant sur les décisions de LATA aux urgences, lors du congrès annuel de la SRLF en 2018 <sup>(29)</sup>. Qu'il s'agisse d'accès au dossier médical (dans les cas où il n'est pas informatisé), de disponibilité des intervenants habituels du patient (médecin traitant, spécialistes libéraux), d'ergonomie des locaux (selon l'engorgement du service des urgences au moment de la prise en charge), ou d'injonctions logistiques, l'heure est déterminante.

La confusion entre limitation et arrêt des thérapeutiques, ainsi que la faible mention des paramédicaux dans les formulaires, sont autant d'indices que tout n'est pas encore maîtrisé pour les urgentistes. Après un état des lieux épidémiologique, un complément plus libre, axé sur le vécu et le ressenti des soignants viendrait opportunément compléter cette vision de la fin de vie dans le contexte de l'urgence.

Contrairement à ce qui pouvait être attendu, les urgentistes nantais n'ont que très rarement recours à leurs confrères spécialisés en soins palliatifs, et ceci est probablement à mettre en lien avec le fait que les situations de fin de vie sont devenues courantes, et que la plupart d'entre elles ne pose pas de grande difficulté. Les formations des médecins sont informelles (les internes apprennent au lit du malade, avec leurs aînés, en s'appuyant sur les acquis de l'ECN) et celles des paramédicaux sont ponctuelles et rares. Gageons pourtant que chacun bénéficierait de telles sessions, qu'il s'agisse alors de valider des acquis ou de découvrir un nouveau pan de son activité quotidienne.

Enfin, notre recueil a été fait très peu de temps après la promulgation de la loi Claeys-Leonetti, ne permettant malheureusement pas d'en mesurer les effets sur nos pratiques.

## CONCLUSION

---

Au CHU de Nantes, les décès sont devenus le quotidien des urgentistes, par l'effet conjoint de changements sociétaux et de choix politiques plaçant l'hôpital en pierre angulaire du système de santé, et les urgences à l'interface entre ville et hôpital, en recours ultime quand l'imminence de la fin de vie apparaît flagrante et insoutenable aux proches ou aux soignants, quand la survenue d'un événement aigu menace le pronostic, ou simplement quand l'organisation d'une prise en charge ambulatoire semble trop complexe.

Les progrès de la médecine, depuis des décennies, ont allongé l'espérance de vie. Si l'on s'y penche, la chronicisation de pathologies autrefois aiguës et fatales, la suppléance, organe par organe, facteur de risque par facteur de risque, jusqu'à l'écueil de la démence, la généralisation de l'extrême vieillesse, n'ont-elles pas en réalité allongé la fin de vie ? Cette période s'étend désormais sur des semaines et des mois, et modifie les limites de la bienfaisance, du respect de l'autonomie, et de l'obstination déraisonnable.

En lien étroit avec la société, de grands efforts sont faits dans le corps médical pour accepter la mort, le lâcher-prise, le non-recours à une escalade thérapeutique agressive, douloureuse et vaine. La mort n'est plus vécue comme un échec de la médecine, et l'accompagnement du malade en fin de vie par les soins palliatifs est devenue une mission à part entière, une spécialité dynamique, complexe et riche, au carrefour de l'expertise médicale et de la réflexion éthique.

La loi Claeys-Leonetti, promulguée en 2016, place plus que jamais le patient au centre de la prise en charge, en décisionnaire ultime des thérapeutiques engagées, et lui alloue un nouveau droit, celui à une sédation profonde et continue, s'il en fait la demande, jusqu'à son décès. La réflexion sur la prise en charge de la fin de vie se poursuivra en 2018 puisqu'elle figure au programme des états généraux de la bioéthique.

En dix ans, aux urgences du CHU de Nantes, nous avons observé une évolution favorable des pratiques.

La population décédée dans notre service est toujours âgée ( $77,8 \pm 17,9$  ans), polyopathologique, issue en majorité du domicile (pour deux tiers d'entre eux, tandis qu'un

quart provenait d'EHPAD), et peu autonome (un quart de patients grabataires ou présentant une restriction majeure d'activité). Les principaux motifs de recours, en 2016, étaient neurologiques et respiratoires, ce qui reflète des situations pourvoyeuses de symptômes pénibles et difficiles à prendre en charge en médecine ambulatoire.

Le recours à une décision de LATA concerne plus de 80% des patients, les soins palliatifs prodigués sont de meilleure qualité avec un élargissement du recours aux drogues de sédation. Surtout, les thérapeutiques invasives sont beaucoup moins entreprises (dix fois moins de recours au remplissage ou aux amines vasopressives), en lien certainement avec une réflexion plus précoce sur le niveau de soins à apporter, réflexion collégiale et pluridisciplinaire. Les patients décèdent dans leur majorité (72%) à l'UHCD, en chambre individuelle, accompagnés de leurs proches.

Une des difficultés rencontrées par les équipes soignantes est d'apprécier l'imminence du décès d'une personne en fin de vie. On a observé qu'un cinquième des patients sont décédés moins de six heures après leur admission, et que 40% des décisions de LATA sont prononcées moins de trois heures après l'admission, ce qui pose la question de l'opportunité d'un transfert vers l'hôpital dans les derniers instants de l'existence. A l'opposé, près de la moitié des patients décèdent aux urgences plus de vingt-quatre heures après leur admission, ce qui reflète les difficultés des urgentistes à faire admettre un patient en fin de vie dans un service d'hospitalisation, et met en lumière les limites de la gestion actuelle de l'hôpital.

La réflexion devra se poursuivre : cette tendance nantaise est-elle le reflet de ce qui se passe en France et en Europe ? Quels seront les apports de la loi Claeys-Leonetti sur les pratiques des urgentistes ? Verra-t-on un texte spécifique à la gestion de la fin de vie aux urgences et en pré-hospitalier ? Quelles formations continues ou ponctuelles proposer au personnel des urgences ?

Surtout : comment améliorer encore nos pratiques, afin que chacun puisse finir ses jours dignement, y compris aux urgences, où se croisent tant de trajectoires de vies, celles de patients toujours plus nombreux et aux problématiques complexes, et celles de soignants soucieux de pouvoir y faire face, à chaque instant ?

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Le Conte P, Riochet D, Batard E, Volteau C, Giraudeau B, Arnaudet I, et al. Death in emergency departments : a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. *Intensive Care Med.* mai 2010;36(5):765-72.
2. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie | Legifrance.
3. SFMU. Ethique et urgences - réflexions et recommandation de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. 2003
4. SRLF. Actualisation des recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française concernant les LATA en réanimation adulte. 2009
5. Tardy B, Venet C, Zeni F, Berthet O, Viallon A, Lemaire F, et al. Death of terminally ill patients on a stretcher in the emergency department: a French speciality ? *Intensive Care Med.* nov 2002;28(11):1625-8.
6. Isaacs E. Grief Support in the ED: Overview, Why Is Death Different in the ED?, Framework for Care of the Bereaved Family. Medscape. 2015
7. Lalande F, Veber O. La mort à l'hôpital. IGAS; 2010 janv p. 164.
8. Haegy J-M. Éthique et fin de vie aux urgences. EMC Elsevier Masson SAS. 2007 ; *Médecine d'urgence*(25-210-A-30).
9. Couillot M-F, Vassy C. Fins de vie aux Urgences. Temporalité et définition de la mort à l'hôpital. In: De la vie biologique à la vie sociale Approches sociologiques et anthropologiques. La Découverte. 2011 . p. 215-41.
10. Pennec S, Gaymu J, Monnier A, Riou F, Aubry R, Pontone S, et al. Les lieux de la fin de vie des personnes de 80 ans et plus en France. *Soins Gériatrie.* nov 2014;19(110):12-5.

11. Observatoire National de la Fin de Vie. Fin de vie des personnes âgées. Observatoire National de la Fin de Vie ; 2013.
12. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
13. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. 2005-370 avr 22, 2005.
14. BVA opinion. Le regard des Français et des médecins généralistes sur les directives anticipées – Sondage BVA pour le Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie . 2018 janv
15. Schmidt TA, Tolle SW. Emergency physicians' responses to families following patient death. *Ann Emerg Med.* févr 1990;19(2):125-8.
16. Conte PL, Baron D, Trewick D, Touzé MD, Longo C, Vial I, et al. Withholding and withdrawing life-support therapy in an Emergency Department: prospective survey. *Intensive Care Med.* 1 déc 2004;30(12):2216-21.
17. Guilbaudeau S. Evaluation de la mise en place d'une procédure de limitation et d'arrêt des soins actifs aux urgences du CHU de Nantes [Thèse pour le diplôme de docteur en médecine]. Nantes ; 2004.
18. Massard F. Epidémiologie des décès dans les services d'urgences [Thèse pour le diplôme de docteur en médecine]. Nantes ; 2006.
19. Tourneret M, Mino J-C. Les décisions de limitation de thérapeutiques actives aux urgences, une étude qualitative exploratoire | Cairn.info. *Santé Publique.* juin 2008;20:112.
20. Fin de vie, un premier état des lieux [Internet]. Observatoire National de la Fin de Vie; 2011.

21. Couillot M-F, Vassy C, Leboul D. Le temps du mourir et le temps de l'hôpital : prise en charge des patients en fin de vie aux Urgences. *Santé Publique*. 2011;23(4):269-78.
22. Grange C. Accompagnement de la fin de vie aux urgences. *Médecine Hygiène Rev Int Soins Palliatifs*. mars 2012;27:85-90.
23. Morin L, Aubry R. Où meurent les personnes âgées ? Étude nationale en France (1990–2010). *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique*. juin 2015;14(3):179-90.
24. Deith P. Maintaining Dignity at the end of life in the Emergency Department. *End Life J*. 1 janv 2013;3(1):1-8.
25. Ferrand E, Marty J. Prehospital withholding and withdrawal of life-sustaining treatments. The French LATASAMU Survey. *Intensive Care Med*. 29 sept 2006;32(10):1498-505.
26. Rocker G. Life-support limitation in the pre-hospital setting. *Intensive Care Med*. 29 sept 2006;32(10):1464-6.
27. Braun F, Bailly M. Les limitations et arrêts des thérapeutiques actives en régulation médicale. In 2013.
28. Valette P. Du tri à l'Autre : éthique et médecine d'urgence [Internet] [Philosophie]. Paris-Est; 2011.
29. Féral-Pierssens A-L. Limitation et arrêt des thérapeutiques : décisions aux urgences - position SRLF/SFMU. *Réanimation* 2018; 2018 janv; Paris.

## ANNEXE

---

### Formulaire de LATA utilisé au CHU de Nantes

#### DATE ET HEURE DE LA PRISE DE DECISION

---

#### INTERVENANTS DANS LA DECISION

---

- Médecin responsable
- Médecin consultant (si absent, motif ?)
- Membres de l'équipe soignante
- Interne
- Autres

#### ARGUMENTS RETENUS DANS LA PRISE DE DECISION

---

- Expression du souhait du patient en faveur d'une limitation (oui/non)

Si oui, préciser : expression directe/indirecte, directives anticipées, personne de confiance, famille/proches

- Autonomie et qualité de vie antérieure altérée

Autonomie avant l'épisode aigu : à domicile/en institution ; autonome/partiellement dépendant/totalement dépendant ; score OMS ; score MMS

- Comorbidités importantes ou maladie grave évolutive en phase avancée

Cancer (évolutif/métastasé/chimiothérapie/radiothérapie)

Insuffisance respiratoire chronique sévère (obstructive/restrictive/oxygénodépendance ?)

Insuffisance cardiaque sévère

Insuffisance rénale chronique (dialyse ?)

Immunosuppression (diabète/corticothérapie/greffe ?)

AVC massif

Démence évoluée

Cirrhose Child C

Autre

- Sévérité de la pathologie actuelle

Diagnostic médical initial :

Choc (septique/cardiogénique/hémorragique non contrôlable ?)

Neurologique (AVC massif/coma hors AVC ?)

Digestif (cirrhose terminale/cancer terminal ?)

Respiratoire (Détresse respiratoire aiguë ?)

Autre

- Décision et prescriptions des mesures de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques

Arrêt des soins courants :

Hydratation (oui/non)

Oxygénothérapie (oui/non)

Antibiothérapie (oui/non)

Anticoagulation (oui/non)

Alimentation entérale (oui/non)

Alimentation parentérale (oui/non)

Examens biologiques (oui/non)

Examens radiologiques (oui/non)

Explorations endoscopiques (oui/non)

Intervention/réintervention (oui/non)

Arrêt de certaines thérapeutiques de réanimation (ventilation mécanique, amines, transfusion, autre ?)

Arrêt de toutes les thérapeutiques de réanimation (extubation, oxygène, autre ?)

En cas d'aggravation, limitation de certaines thérapeutiques de réanimation : réanimation, remplissage, chirurgie, ventilation mécanique, amines, transfusion, intubation, autres ?

- Informations et explications données

A la personne hospitalisée (oui/non/non pertinent)

Auprès de la personne de confiance (oui/non/non pertinent)

A la famille (oui/non/non pertinent)

Famille absente ou injoignable

En présence de l'équipe soignante (oui/non)

Doit-on appeler la famille 24h/24 en cas de dégradation (oui/non)

Noms et coordonnées de la famille

Information du médecin traitant (oui/non)

POURSUITE DES SOINS DE CONFORT ET MISE EN PLACE DE SOINS PALLIATIFS

---

Présence d'un symptôme d'inconfort physique nécessitant une prise en charge soutenue (oui/non)

Recours à : un psychologue/un acteur « autre »

Si oui, lequel et pour quel motif ?

Vu, le Président du jury,  
Professeur Eric Batard

Vu, le Directeur de thèse,  
Professeur Philippe Le Conte

Vu, le Doyen de la Faculté,  
Professeur Pascale Jolliet

NOM : MEURICE

PRÉNOM : LAURA

TITRE : ÉPIDÉMIOLOGIE DES DÉCÈS AUX URGENCES DU CHU DE NANTES - ÉTUDE  
COMPARATIVE ENTRE 2006 ET 2016

---

RÉSUMÉ

*Contexte* - Les urgences du CHU de Nantes enregistrent un décès par jour en moyenne. En 2006, une étude épidémiologique prospective des décès aux urgences a été menée à l'échelle nationale. Il s'agissait de patients âgés de  $77 \pm 15$  ans, polyopathologiques (81 % avaient des antécédents médicaux) et peu autonomes (46 % avaient une limitation). Une thérapeutique de suppléance d'organe avait été mise en place dans 73 % des cas. Une décision de limitation des thérapeutiques a été prise dans 79 % des cas et des soins palliatifs mis en œuvre chez 56 %. La décision était prise par un seul médecin dans 20 % des cas. Elle était discutée avec les proches dans 58 % des cas.

*Objectif* - Décrire l'évolution des pratiques nantaises dix ans plus tard en effectuant le recueil des mêmes données sur une période identique de quatre mois, afin de comparer ces patients à la population nantaise de l'étude d'origine.

*Patients et méthode* - Nous avons inclus rétrospectivement les 119 patients majeurs et décédés aux urgences du CHU de Nantes entre novembre et décembre 2015, et entre avril et mai 2016. Les mêmes informations qu'en 2006 étaient recueillies (état civil, antécédents, autonomie, motif de recours, défaillances, thérapeutiques invasives, LATA, soins palliatifs, délais et lieux des décès) afin de les comparer à celles des 98 patients nantais de 2006.

*Résultats* - La population de 2016 représentait toujours des patients âgés ( $77,8$  ans  $\pm 17,9$ ), mais plus dépendants et plus souvent polyopathologiques. Ils provenaient plus fréquemment du domicile mais moins souvent d'EHPAD. Les principaux motifs de recours étaient respiratoires et neurologiques. Concernant les procédures de LATA (plus de 80% des décès), on a observé plus de collégialité (79 versus 61%), et l'utilisation plus fréquente de morphine et de midazolam. En revanche, le recours au remplissage vasculaire et aux amines a été dix fois moins fréquent en 2016. Près de la moitié (48%) des décès sont survenus plus de 24 heures après l'admission, dans leur grande majorité (72%) à l'UHCD.

*Conclusion* - En dix ans, des progrès ont été faits concernant la prise en charge des patients en fin de vie aux urgences du CHU de Nantes. Il apparaît nécessaire de poursuivre les efforts de formation et de coordination en amont entre ville et hôpital afin que chacun puisse vivre dignement les derniers instants de son existence.

---

MOTS - CLÉS

Décès – urgences – LATA – éthique – épidémiologie