



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

GARCIA DARENNES
(CC BY-NC-ND 2.0)



Université Claude Bernard



Lyon 1



ANNÉE 2021

N°12

Quelles sont les personnes âgées qui décèdent aux urgences ?

Étude rétrospective descriptive des décès de patients adressés par les établissements pour personnes âgées au service des urgences de l'hôpital Saint Luc Saint Joseph

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 12 Janvier 2021

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine Par

GARCIA DARENNES Clothilde, née le 4 Mai 1988 à Lyon 8ème

Sous la direction du Dr FAURE Théophile

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2019-2020

Président de l'Université

Frédéric FLEURY

Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales

Pierre COCHAT

Directeur Général des Services

Damien VERHAEGUE

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST

Doyen : Gilles RODE

UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE
LYON SUD - CHARLES MERIEUX

Doyen : Carole BURILLON

INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES
ET BIOLOGIQUES (ISPB)

Directeur : Christine VINCIGUERRA

UFR D'ODONTOLOGIE

Doyen : Dominique SEUX

INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE
READAPTATION (ISTR)

Directeur : Xavier PERROT

DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE
DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE

Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Directeur : Fabien DE MARCHI

UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES
ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)

Directeur : Yannick VANPOULLE

POLYTECH LYON

Directeur : Emmanuel PERRIN

I.U.T. LYON 1

Directeur : Christophe VITON

INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES
ET ASSURANCES (ISFA)

Directeur : Nicolas LEBOISNE

OBSERVATOIRE DE LYON

Directeur : Isabelle DANIEL

ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT
ET DE L'EDUCATION (ESPE)

Directeur Alain MOUGNIOTTE

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive,
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie,
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophtalmologie,
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales,
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie,
FOUQUE Denis	Néphrologie,
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie,
GILLY François-Noël	Chirurgie générale,
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale,
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie
médicale,	
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence,
LAFRASSE RODRIGUEZ- Claire	Biochimie et Biologie moléculaire,
LAVILLE Martine	Nutrition – Endocrinologie,
LINA Gérard	Bactériologie,
MION François	Physiologie,
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie,
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile,
NICOLAS Jean-François	Immunologie,
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale,
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion,
SIMON Chantal	Nutrition,
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques,
THOMAS Luc	Dermato – Vénérologie,
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie,
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ALLAOUCHICHE Bernard	Anesthésie-Réanimation Urgence,
BERARD Frédéric	Immunologie,
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie,
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie,
CERUSE Philippe	O.R.L,
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie,
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie,
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale,
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire,
FESSY Michel-Henri	Anatomie – Chirurgie Ortho,
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire,
FRANCO Patricia	Physiologie – Pédiatrie,
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes,
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie,
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie,
KASSAI KOUPI Behrouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique,
LANTELME Pierre	Cardiologie,
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire,
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale,
LONG Anne	Médecine vasculaire,
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique,
PAPAREL Philippe	Urologie,

PEYRON François	Parasitologie et Mycologie,
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie,
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie,
REIX Philippe	Pédiatrie,
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie,
RUFFION Alain	Urologie,
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction,	
SANLAVILLE Damien	Génétique,
SAURIN Jean-Christophe	Hépatogastroentérologie,
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique,
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique,
THOBOIS Stéphane	Neurologie,
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio,
WALLON Martine	Parasitologie mycologie,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BACHY Emmanuel	Hématologie,
BARREY Cédric	Neurochirurgie,
BELOT Alexandre	Pédiatrie,
BOHE Julien	Réanimation urgence,
BOSCHETTI Gilles	Gastro-entérologie Hépat.
BREVET-QUINZIN Marie	Anatomie et cytologie pathologiques,
CHO Tae-hee	Neurologie,
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile,
COTTE Eddy	Chirurgie générale,
COURAND Pierre-Yves	Cardiologie,
COURAUD Sébastien	Pneumologie,
DALLE Stéphane	Dermatologie,
DEMILY Caroline	Psy-Adultes,
DESESTRET Virginie	Histo.Embryo.Cytogénétique,
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie,
DISSE Emmanuel	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques,
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale,
GHEQUIERES Hervé	Hématologie,
GILLET Pierre-Germain	Biologie Cellulaire,
HAUMONT Thierry	Chirurgie Infantile,
LASSET Christine	Epidémiologie., éco. Santé,
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique – Médecine Interne,
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie,
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MARIGNIER Romain	Neurologie,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie,
PASSOT Guillaume	Chirurgie Générale,
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale,
ROUSSET Pascal	Radiologie imagerie médicale,
TAZAROURTE Karim	Médecine Urgence,
THAI-VAN Hung	Physiologies – ORL,
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologie pathologiques,
TRINGALI Stéphane	O.R.L.
VOLA Marco	Chirurgie thoracique cardiologie vasculaire,
WALTER Thomas	Gastroentérologie – Hépatologie,
YOU Benoît	Cancérologie,

PROFESSEUR ASSOCIE sur Contingent National

PIERRE Bernard

Cardiologie,

PROFESSEUR ASSOCIE – Autre Discipline

Pr PERCEAU-CHAMBARD,

PROFESSEURS - MEDECINE GENERALE (2^{ème} Classe)

BOUSSAGEON Rémy,
ERPELDINGER Sylvie,

PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE

DUPRAZ Christian,
PERDRIX Corinne,

PROFESSEUR AUMG Assistants Universitaires de médecine générale

DE CASTRO Remy,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire,
CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion,
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques,
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction,	
RABODONIRINA Meja	Parasitologie et Mycologie,
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hygiène .hospitalière,
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie,
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques,
FRIGGERI Arnaud	Anesthésiologie,
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie,
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la
reproduction,	
HAFILON DOMENECH Pierre-Yves	Pédiatrie,
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire,
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie,
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire,
PERROT Xavier	Physiologie – Neurologie,
PETER DEREK Laure	Physiologie,
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie cellulaire,
RASIGADE Jean-Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière,
ROSSIGNOL Audrey	Immunologie,
SKANJETI Andréa	Biophysique. Médecine nucléaire.
SUJOBERT Pierre	Hématologie – Transfusion,
VALOUR Florent	Mal infect.
VUILLEROT Carole	Médecine Physique Réadaptation,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

AUFFRET Marine	Pharm.fond.pharm clinique,
BERHOUMA Moncef	Neurochirurgie,
BOLZE Pierre-Adrien	Gynécologie Obstétrique,
CHATRON Nicolas	Génétique,
DANANCHE Cédric	Epid.éco.santé,
JAMILLOUX Yvan	Médecine Interne – Gériatrie,
KOPPE Laetitia	Néphrologie,
LE QUELLEC Sandra	Hémato.transfusion,
PERON Julien	Cancérologie ; radiothérapie,
PETER DEREK	Physiologie – Neurologie,
PUTOUX DETRE Audrey	Génétique,
RAMIERE Christophe	Bactériologie-virologie,
SUBTIL Fabien	Bio statistiques,
VISTE Anthony	Anatomie,

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

BENEDINI Elise,
DEPLACE Sylvie,

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie,
ANNAT Guy	Physiologie,
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale,
ECOCHARD René	Bio-statistiques,
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie; Hygiène hospitalière,
LAVILLE Maurice	Thérapeutique – Néphrologie,
LLORCA Guy	Thérapeutique,
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé,
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention,
MOYEN Bernard	Orthopédiste,
PACHECO Yves	Pneumologie,
PRACROS Jean-Louis	
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire,
TEBIB Jacques	Rhumatologie,

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury,

Monsieur le Professeur Yves ZERBIB,

Merci de me faire l'honneur de présider mon Jury de thèse. Vous m'avez assuré un soutien sans faille tout au long de mon internat. Vous représentez ce guide protecteur qui m'a permis de grandir au sein de la médecine générale. Juger ce travail représente l'accomplissement de cet accompagnement.

Monsieur le Professeur Karim TAZAROURTE,

Merci d'avoir accepté de participer à l'évaluation et à la critique de ce travail de thèse malgré le contexte sanitaire malmenant particulièrement les services d'urgence.

Madame le Professeur Élise PERCEAU-CHAMBARD,

Merci d'avoir accepté très spontanément de juger mon travail. Ce semestre de soins palliatifs à tes côtés a été l'un des plus marquants de mon internat. Tu sais accompagner aussi bien les patients que les internes, trouvant toujours un mot, une critique, juste et mesuré.

Madame le Docteur Sylvie MEYRAN,

Merci d'avoir permis ce travail de thèse en acceptant le recueil de données dans votre établissement.

Monsieur le Docteur Théophile FAURE,

Merci de m'avoir proposé ce sujet de thèse. Merci de m'avoir guidée au fil des lignes d'écriture pour rendre lisible un paquet de chiffres. Merci de ta réactivité, de ta réassurance dans mes moments de doute.

Je souhaite également remercier le **Docteur Isabelle CHAZOT** pour sa présence dans l'ombre de ce travail, relisant et corrigeant de manière bienveillante lors des coups de rush.

A ma famille,

A grand-mère : tu as supporté et accompagné toutes ces générations de médecins. Des plus excentriques aux plus studieux, tu as vécu à travers nous toutes ces études de médecine. Tu as été emportée trop tôt.

A grand-père : tu ne vivais que pour tes patients, tu aimais ton métier. La retraite et la solitude te pèsent. Voilà maintenant cette fichue maladie à corps de Lewy. Si tu surmontes ce satané Covid, profitons des instants qu'il nous reste lorsque tu es encore toi.

A ma « ptite » maman : merci de tous nous soutenir inconditionnellement dans les épreuves que nous affrontons dans la vie. Pas de « pourquoi moi », on avance vers le positif.

A mon père : et ses passions. Tu as su nous faire découvrir l'équitation, et me voilà menant une expérience privilégiée avec Zola que je n'aurais jamais pensée possible.

A Tridou et à baleineau : après de nombreuses années à se crêper le chignon, nous avons appris à nous entendre. Merci d'avoir patiemment lu et relu ce manuscrit malgré une miss qui te remonte dans les côtes.

A Hugues et à Léon : merci pour toutes les astuces informatiques. Bien que tu passes une période difficile, votre passage est toujours une source de joie et de rires pour la maison.

A Arthur : ah ces formules Excel, heureusement que tu les maîtrisais ! Merci d'avoir partagé tes soirées pour qu'Astrid relise tout ça.

A Bertrand STOS : je ne deviendrai pas prof, je ne révolutionnerai pas l'échographie anténatale en modélant un cœur fœtal. Tu nous as entouré petits et se retrouver en famille avec toi est toujours si agréable. Tu fais figure de modèle et je suis fière de te dire : ça y est, elle est faite cette thèse !

A mes amis,

A Laure et sa famille, à nos interminables appels téléphoniques, nos séances d'orchestre ou de fanfare, nos révisions respectives. Que de souvenirs ! Ta famille me paraît être une extension de la mienne. Je te revois travailler sur ton mémoire de master de droit en pensant naïvement que je ne passerais pas par là. La thèse était encore loin à l'époque. Tu me montres la voie de la réussite professionnelle et personnelle.

A Basma : tu as tant d'enthousiasme et de joie à partager, un vrai rayon de soleil ! Tu m'as accueillie sans réticence dans ta famille malgré une mauvaise compagnie. C'est un bonheur que de te connaître depuis toutes ses années. Nos amis respectifs se demandent comment notre amitié est possible tant nos personnalités diffèrent. Il me semble que nous nous acceptons telles que nous sommes avec respect l'une envers l'autre. N'est-ce pas ça la clé de notre amitié ? Je te souhaite de continuer à t'épanouir dans la voie que tu as choisie, je suis persuadée que ceux qui n'en sont pas convaincus le deviendront un jour.

A Alice : nous partageons cette passion commune du cheval, mais également cet intérêt pour la science. Nous aimons la preuve ! Quand le monde animal rencontre la médecine... Merci de tes précieux conseils et tes nombreuses astuces malgré ces difficiles moments que 2020 t'a fait vivre.

A Solenne : ce semestre à Montélimar n'aurait pas eu la même saveur sans cette machine à laver et nos dîners. Tu m'as fait découvrir d'autres horizons pour la médecine en m'introduisant dans ce monde à toi qu'est les scouts, et je t'en remercie. Je te souhaite plein de bonheur pour cette nouvelle vie à trois.

A Marie-Victoire : à tes sages réflexions sur la vie et ton sourire, à nos échanges dans ce TER qui nous menait jusqu'à Tain ou Saint Rambert. Brompty ne sort plus aussi souvent...

A Théo : à ce semestre à Annemasse où je te découvrais. Tu me paraissais si serein dans l'enchaînement des gardes. Tu sais aussi bien faire la fête que t'investir dans ton travail. A ce projet de MSP pour lequel tu m'as convié.

A Noémie : Nono, nous ne nous voyons pas si souvent mais le temps ne semble pas influencer sur nos rencontres. Nous reprenons toujours là où nous nous sommes arrêtées. Quand est-ce qu'on la découvre cette nouvelle maison ?

Aux amis de la faculté : Karima, Heidi, Elsa, Chloé, Clémentine, Sandra, Hugo,... toute cette promo liée autour de quelques descentes à ski.

Aux copains du CHAL : Mélanie, Caroline, Sarah, Clémence, Laurianne et Clément, Raphaëlle, Anna, Guillaume, Alban, Thibaut, Charles et ceux que j'oublie

Aux copains d'enfance que j'aimerais voir plus souvent.

A ceux que j'oublie de citer.

Aux différents médecins m'ayant accompagnée lors de mon apprentissage et notamment,

Au **Docteur Bénédicte GUIBERT** : tu m'as ouvert les portes de ton cabinet de médecine générale. Tu m'as fait découvrir ce métier de médecin généraliste.

Au **Professeur Marilène FILBET** : à votre excentricité et votre détermination. Votre travail ouvre tant de possibles aux patients.

Aux équipes soignantes,

Celles qui nous accompagnent dans nos formations, notre métier et sans qui nos prises en charge seraient très incomplètes.

Table des matières

REMERCIEMENTS	8
Liste des tableaux	14
Liste des figures	15
Liste des annexes	15
Liste des abréviations	16
I_ INTRODUCTION	18
II_ MATERIEL ET METHODES	22
1/ Hypothèse de travail et objectifs de l'étude	22
2/ Type d'étude	22
3/ Population de l'étude	23
4/ Critères d'inclusion et d'exclusion	23
5/ Recueil et exploitation des données	23
a/ Les caractéristiques générales	24
b/ Les caractéristiques de passages aux urgences	25
c/ Les caractéristiques du traitement.....	25
III_ RESULTATS	26
1/ Caractéristiques de la population étudiée	27
a/ Caractéristiques générales	27
b/ Les établissements pour personnes âgées.....	32
c/ Les directives et les prescriptions anticipées	34
d/ L'intervention d'une EMSP	34
e/ Le décisionnaire du transfert	35
2/ Caractéristiques du passage aux urgences	36
a/ Le motif d'admission	36
b/ Le temps passé aux urgences.....	37
c/ La fiche urgence pallia	37
d/ Les diagnostics	37
e/ Le nombre de passages précédents en service d'urgence.....	39
f/ L'orientation des patients.....	40

3/ Caractéristiques des soins reçus.....	41
a/ Objectif du traitement	41
b/ Type de traitement administré	41
c/ Les soins palliatifs.....	46
4/ Caractéristiques du décès	47
a/ Causes du décès	47
b/ Service du décès	47
c/ Délai entre la prise en charge et le décès.....	48
IV_ DISCUSSION	49
1/ Discussion des résultats	50
a/ Caractéristiques de la population étudiée	50
b/ Caractéristiques du passage aux urgences	52
c/ Caractéristiques des soins reçus	54
2/ Forces et limites de l'étude	55
3/ Perspectives.....	56
V_ CONCLUSION.....	57
ANNEXES.....	60
BIBLIOGRAPHIE.....	64

Liste des tableaux

Tableau 1 - Caractéristiques sociodémographiques de la population	27
Tableau 2 - Liste des antécédents présentés par les patients	28
Tableau 3 - Antécédents neurologiques	28
Tableau 4 - Antécédents cardiovasculaires.....	29
Tableau 5 - Antécédents psychiatriques	29
Tableau 6 - Antécédents endocrinologiques	30
Tableau 7 - Antécédents carcinologiques	30
Tableau 8 - Antécédents urologiques et néphrologiques	30
Tableau 9 - Antécédents pneumologiques	30
Tableau 10 - Antécédents digestifs.....	31
Tableau 11 - Antécédents rhumatologiques.....	31
Tableau 12 - Antécédents divers.....	31
Tableau 13 - Caractéristiques des établissements pour personnes âgées	33
Tableau 14 - Directives anticipées	34
Tableau 15 - Décisionnaire du transfert aux urgences	35
Tableau 16 - Motif d'admission aux urgences	36
Tableau 17 - Diagnostic - Pathologies infectieuse et respiratoire	37
Tableau 18 - Diagnostic - Pathologie cardiovasculaire	38
Tableau 19 - Diagnostic - Pathologie neurologique	38
Tableau 20 - Diagnostic - Pathologie digestive	38
Tableau 21 - Diagnostic - Troubles métaboliques.....	39
Tableau 22 - Diagnostic - Pathologies diverses.....	39
Tableau 23 - Nombre de passage précédents aux urgences et en hospitalisation.....	39
Tableau 24 - Traitements à visée antalgique	41
Tableau 25 - Traitements à visée respiratoire	42
Tableau 26 - Traitements anti-infectieux.....	42
Tableau 27 - Traitements à visée sédatrice.....	42
Tableau 28 - Hydratations Intraveineuses (IV).....	43
Tableau 29 - Traitements à visée cardiologique	43

Tableau 30 - Traitements à visée psychotrope	44
Tableau 31 - Traitements à visée neurologique.....	44
Tableau 32 - Traitements divers	45
Tableau 33 - Décision de limitation des soins	46
Tableau 34 - Causes du décès	47

Liste des figures

Figure 1 - Diagramme de flux.....	26
Figure 2 - Carte des établissements pour personnes âgées	32

Liste des annexes

Annexe 1 - Grille de recueil de données	60
Annexe 2 - Fiche URGENCE PALLIA	62
Annexe 3 - Fiche PALLIA 10 GERONTO.....	63

Liste des abréviations

ACFA : Arythmie Cardiaque par Fibrillation Auriculaire
AIT : Accident Ischémique Transitoire
AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs
ARS : Agence Régionale de Santé
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
AVK : Anti-Vitamine K
BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CH : Centre Hospitalier
CHLS : Centre Hospitalier Lyon Sud
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CPAP : Continuous Positive Airway Pressure (Ventilation en Pression Positive Continue)
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DIM : Département de l'Information Médicale
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs
EP : Embolie Pulmonaire
ESPIC : Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
GHM : Groupe Homogène de Malade
GIR : Groupe Iso-Ressources
HAS : Haute Autorité de Santé
HCL : Hospices Civils de Lyon
HTA : Hypertension Artérielle
IC : Insuffisance Cardiaque
IDE : Infirmière Diplôme d'État
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
IPP : Inhibiteurs de la Pompe à Protons
IV : Intra-Veineuse
LATA : Limitations et l'Arrêt des Thérapeutiques Actives
MCE : Massage Cardiaque Externe

OAP : Œdème Aigu du Poumon

ONFV : Observatoire National de la Fin de Vie

PICC-line : Peripherally Inserted Central Catheter (Cathéter Central à Insertion Périphérique)

PM : Pacemaker

PNP : Pneumopathie

RUM : Résumé d'Unité Médicale

SAD : Sonde à Demeure

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SC : Sous-Cutanée

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs

SNG : Sonde Nasogastrique

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UHP : Unité d'Hospitalisation Polyvalente

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

I INTRODUCTION

La réflexion autour d'une démarche d'accompagnement global des personnes en fin de vie représente une question sociétale majeure. En effet, les français revendiquent de plus en plus de « mourir dans la dignité ». Cette problématique survient aussi bien à domicile qu'au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées ou à l'hôpital. Les différents rapports de l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) montrent que la définition de la fin de vie n'est pas unanime, puisqu'elle diffère au fil des rapports. En 2014, une personne atteinte d'une maladie grave est en « fin de vie », si l'équipe médico-soignante est en accord avec l'affirmation : « je ne serais pas surpris qu'il décède au cours des six prochains mois » (1). En 2013, la période de fin de vie est définie comme étant les trois dernières semaines avant le décès du patient (2). En 2012, il a été proposé de l'identifier comme la période correspondant aux situations « lorsqu'une maladie progresse et que la guérison n'est plus envisageable » (3).

Jusque dans les années 50, les décès survenaient principalement à domicile (4). L'accompagnement des « mourants » se faisait alors par la famille. L'évolution des sociétés occidentales a progressivement transféré cette prise en charge à des établissements hospitaliers. La mort est ainsi exclue de la scène sociale, rendue taboue, indicible et impensable (5). Elle ne se produit plus à domicile entouré de ses proches mais à l'hôpital, loin de tous hormis les soignants. Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) en 2018, 53,3% des décès surviennent en établissements spécialisés (hôpital ou clinique), contre 12,7% en maison de retraite et 23,6% à domicile (6). Cependant, un sondage auprès des français met en évidence que 81% d'entre eux souhaitent décéder sur leur lieu de vie (7). En effet, le domicile constitue le lieu où les personnes malades ont leurs repères et où elles peuvent maintenir leurs habitudes. Il existe également une pensée selon laquelle la mort au domicile est plus « naturelle » qu'à l'hôpital (7).

En 2015, on dénombrait 10 600 établissements pour personnes âgées, incluant :

- Des Unités de Soins de Longue Durée (USLD), correspondant à des structures d'hébergement et de soins dédiées aux personnes âgées et adossées à un établissement

hospitalier. Les moyens médicaux mis en œuvre sont les plus importants.

- Des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), accueillant des résidents en perte d'autonomie physique ou psychique dans un cadre de vie sécurisé et médicalisé.
- Des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées (EHPA) non EHPAD, correspondant aux résidences seniors, où les résidents ne nécessitent pas un projet de soins personnalisé.
- Des résidences autonomie, anciennement foyer logement.

Sept cent vingt-huit mille (728 000) Français de 65 ans et plus résidaient dans ces différents établissements, soit 5,7% d'entre eux. La majorité (80%) était accueillie en EHPAD (8).

La mort appartient au quotidien des EHPAD, car ils représentent la dernière demeure des résidents (5,9). On recensait 150 000 décès dans les EHPAD en 2015 (10). Plus récemment en 2018, 59 117 personnes sont décédées en établissement pour personnes âgées. L'accompagnement de la fin de vie constitue, aux yeux des professionnels, une partie essentielle de leur activité de soins. Tous les soignants d'EHPAD expriment le souhait d'accompagner les résidents « jusqu'au bout » (11). Ils décrivent souvent l'hospitalisation d'un résident en fin de vie comme une mort volée ou un échec (11). En France, 25% des résidents des EHPAD décèdent à l'hôpital, ce chiffre est à 17% dans le Rhône (7,12).

Le transfert d'un résident en milieu hospitalier est une décision difficile pour les équipes, notamment quand il s'approche de la fin de vie (11). En effet, les résidents qui vont mourir bénéficient d'un statut d'exception auprès des soignants. L'équipe privilégie un travail émotionnel plutôt qu'une protocolisation des soins. Accompagner « jusqu'au bout » leur permet de ne pas se sentir dépossédé de leur rôle par le transfert du résident. Le transfert est aussi vécu difficilement par les familles (11). Selon l'ONFV, les proches redoutent principalement l'hospitalisation et l'acharnement thérapeutique pour la fin de vie d'un résident (2).

Certaines équipes se sont intéressées à la fin de vie et à l'agressivité de certains soins. L'équipe d'Earle et al. en 2003 a réalisé des focus group avec des patients atteints de cancer, leur famille et des médecins spécialisés dans la fin de vie (oncologues, médecin de soins palliatifs, et de premier recours) (13). Ils ont identifié plusieurs facteurs d'agressivité des soins ayant un retentissement sur la qualité de vie :

- Les hospitalisations en unité de soins dits aigus (soins intensifs, réanimation ou urgences) dans les derniers jours de vie,
- Les hospitalisations répétées en fin de vie,
- L'instauration ou la poursuite de traitements antinéoplasiques en fin de vie.

Une seconde étude de la même équipe fait apparaître une nouvelle notion (14). Le recours à une équipe de soins palliatifs dans les 3 jours précédant le décès est défini comme un soin agressif.

En revanche d'autres travaux, toujours réalisés en oncologie, mettent en avant que le recours à une Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP), suffisamment en amont du décès, permet de réduire l'agressivité des soins en fin de vie (15). Évoquer les directives anticipées avec les patients et ouvrir une réflexion autour des objectifs de prise en charge permettent une réduction des soins agressifs. Cette démarche peut être menée en ayant recours à une équipe de soins palliatifs.

Ces critères d'agressivité des soins en fin de vie ont été identifiés dans le cadre de l'oncologie mais peuvent être extrapolés à la fin de vie en général quelle que soit la ou les pathologie(s).

L'objectif des soins palliatifs est l'optimisation de la qualité de vie en prévenant et traitant la souffrance, tout en englobant les besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels du patient. Dans le cadre des soins palliatifs, les EMSP sont des équipes multidisciplinaires et pluri-professionnelles rattachées à un établissement de santé (16). Elles se déplacent au lit du malade et auprès des soignants. Elles exercent un rôle de conseil et de soutien auprès d'eux, tout en diffusant la démarche palliative (17).

Les soins palliatifs en France ont été confortés par la loi du 9 Juin 1999. Plusieurs plans triennaux de développement des soins palliatifs se sont succédés afin de poursuivre cette démarche, permettant un essor intra-hospitalier des soins palliatifs grâce aux EMSP. Devant ce constat, la circulaire du 25 mars 2008 établit la volonté gouvernementale de développer des EMSP, notamment dans les EHPAD (16). Une des mesures du plan de développement 2008-2012 vise ainsi « à rendre effective l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et à diffuser la culture palliative dans les établissements médico-sociaux » (18). L'instruction de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du 15 Juillet 2010 fixe comme objectif aux interventions

des EMSP « d'éviter, chaque fois que possible, des transferts de résidents vers un établissement de santé » (17). Elle précise également que cette démarche doit être à l'initiative des EHPAD. On observe donc en 2008 et 2010 qu'il existe une volonté gouvernementale d'amener les soins palliatifs au cœur de ces établissements, alors qu'ils étaient initialement destinés aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital, notamment carcinologiques. En 2016, la Haute Autorité de Santé (HAS) a aussi souhaité étendre leur champ d'action à « toutes les personnes, quel que soit leur âge, vivant avec une(des) affection(s) médicale(s) chronique(s) ou récidivante(s) qui altère(nt) leur fonctionnement quotidien ou diminue(nt) leur espérance de vie » (19).

La loi du 2 Février 2016, dite « Leonetti-Claeys », réaffirme le droit des malades à l'arrêt des traitements et met l'accent sur la rédaction des directives anticipées ainsi que leur mise en application par les équipes médicales (20). Le décret du 3 Août 2016 précise que seul le principe de collégialité, c'est-à-dire la concertation entre les différents intervenants auprès du patient, peut s'opposer au suivi des directives anticipées (21). Ces mesures viennent recentrer les souhaits du patient dans sa prise en charge. A n'importe quel âge, celui-ci a le droit d'être entendu.

II MATERIEL ET METHODES

1/ Hypothèse de travail et objectifs de l'étude

L'exercice de la médecine générale de ville et au sein des services d'urgence nous fait expérimenter que les personnes âgées sont fréquemment hospitalisées lors de leur fin de vie. De plus, le cadre d'un service d'urgence ne semble pas adapté pour accueillir les patients en fin de vie dans les meilleures conditions, ne disposant de moyens humains et techniques suffisants, ni assez de temps à leur consacrer (22).

Par conséquent, notre hypothèse de travail est que de nombreuses hospitalisations via les urgences sont en lien avec les situations de fin de vie au sein des établissements pour personnes âgées. De plus, le cadre d'un service d'urgences n'offre pas une prise en charge idéale pour la fin de vie. Les facteurs déclenchants les transferts n'ont été que peu étudiés (11). Il serait intéressant d'analyser les hospitalisations des patients en fin de vie afin de comprendre comment les éviter.

L'objectif principal de notre étude est de déterminer le nombre de décès de patients en service de soins aigus en provenance d'un établissement pour personnes âgées.

Les objectifs secondaires sont :

- Décrire les caractéristiques de cette population : âge, niveau de dépendance, type d'établissement de provenance, prise en charge anticipée,
- Décrire la prise en charge en service d'urgences : motif d'admission, diagnostic,
- Décrire les soins reçus en fin de vie dans les services étudiés,
- Décrire les caractéristiques du décès : recenser les critères d'agressivité des soins en fin de vie, les interventions des équipes mobiles de soins palliatifs.

2/ Type d'étude

Il s'agissait d'une étude épidémiologique observationnelle, rétrospective et descriptive.

3/ Population de l'étude

La population étudiée était les patients adressés par les établissements pour personnes âgées de la région lyonnaise, et décédés aux urgences de l'hôpital Saint Joseph Saint Luc entre le 1^{er} Janvier 2017 et le 31 Décembre 2019. Cette période a été sélectionnée afin d'inclure un nombre de patients supérieur à 100.

4/ Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Être décédé pendant l'hospitalisation dans un service de soins aigus de l'hôpital Saint Joseph Saint Luc :
 - Service d'Accueil des Urgences (SAU),
 - Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD),
 - Unité d'Hospitalisation Polyvalente (UHP).
- Être âgé de 65 ans et plus.
- Provenir d'un établissement pour personnes âgées.

Les critères d'exclusion étaient :

- Ne pas provenir d'un établissement pour personnes âgées.

5/ Recueil et exploitation des données

La saisie des données et leur exploitation ont été effectuées grâce au logiciel Excel®, version 16.19.

Le recueil et l'exploitation ont été autorisés par le Département de l'Information Médicale (DIM) de l'hôpital Saint Joseph Saint Luc et le Dr Meyran, chef de service des urgences. Le DIM nous a permis d'obtenir la liste des patients à exploiter, en nous fournissant les paramètres suivants : l'année de décès, le numéro du patient, le numéro de séjour, le nombre de Résumé d'Unité Médicale (RUM correspondant au nombre de services dans lesquels le patient a séjourné), l'âge, la date de naissance, le sexe des patients, leur code

postal, les dates d'entrée et de sortie d'hospitalisations, la durée d'hospitalisation, le service du décès, le codage, le libellé Groupe Homogène de Malades (GHM), et le type du diagnostic.

Le reste des données a été recueilli dans chaque dossier grâce aux logiciels Orbis production® et DMU web®. Le recueil des données a été réalisé selon une grille préétablie (Annexe 1). Ceci afin de collecter des renseignements concernant les caractéristiques générales (date de naissance, âge, sexe, ...), les caractéristiques du passage aux urgences (diagnostic, utilisation de la fiche urgence pallia [Annexe 2], ...), et enfin les caractéristiques du traitement avant le décès (objectif du traitement, type de traitement administré, mise en place de soins palliatifs).

a/ Les caractéristiques générales

La provenance des patients a été établie grâce à l'adresse des patients, ou à la présence d'un dossier de liaison de l'établissement, ou encore grâce aux comptes rendus médicaux.

Les principaux antécédents des patients retenus se trouvaient dans le dossier de liaison de l'établissement ou dans l'observation médicale du service.

Le temps passé en établissement pour personnes âgées a été calculé à partir de la date d'entrée en institution, lorsque celle-ci était connue, et la date d'entrée aux urgences.

Le niveau de Groupe Iso-Ressource (GIR) retenu était celui colligé dans le dossier de liaison de l'établissement ou dans l'observation médicale. Lorsque le patient était déclaré autonome, nous avons considéré que le GIR était supérieur à 4.

Les prescriptions du patient ont été considérées comme anticipées lorsqu'il existait une notion de prescription personnalisée anticipée au sein des établissements. Les prescriptions dites « conditionnelles » n'ont pas été retenues comme telle.

Les directives anticipées ont été considérées présentes lorsqu'elles étaient rapportées dans le dossier de liaison mais également lorsque l'observation médicale les mentionnait.

Pour les données manquantes du patient, les médecins coordinateurs, les infirmières coordinatrices ou les cadres de santé des différents établissements ont été contactés pour compléter les données manquantes. N'ont été retenues que les informations provenant des archives des dossiers des patients.

Le décisionnaire du transfert a été identifié soit par le courrier d'adressage du patient, soit par l'observation médicale. Le motif d'admission au service d'urgence a été identifié de la

même manière.

b/ Les caractéristiques de passages aux urgences

Nous avons recensé et classé les motifs d'admission selon les symptômes de la fin de vie. Les autres motifs ont été regroupés dans un intitulé « motifs divers ».

Le diagnostic établi aux urgences par le médecin urgentiste et colligé dans l'observation médicale était celui retenu.

Les antécédents de passage dans un service d'urgences ont été identifiés grâce au dossier médical du patient dans Orbis production® et DMU web® mais également grâce au dossier de liaison.

Le temps passé au sein du SAU a été calculé entre l'heure d'arrivée et l'heure de sortie du service.

La cause de décès retenue était celle inscrite par le médecin dans le compte-rendu d'hospitalisation. Le délai entre l'entrée et le décès a été calculé à partir de l'entrée au SAU, et non en hospitalisation.

c/ Les caractéristiques du traitement

L'objectif du traitement a été déterminé en fonction de l'observation des urgences et du compte rendu d'hospitalisation. Nous avons considéré que l'objectif était :

- La guérison lorsque les soins suivaient les recommandations et constituaient une prise en charge globale.
- Le traitement d'un épisode aigu lorsqu'ils ne visaient qu'une seule pathologie.
- Le confort quand ils étaient clairement identifiés comme soins de confort ou soins palliatifs par le médecin, ou dans le cadre d'allègement des thérapeutiques (mise en place de soins de confort ou arrêt des traitements invasifs).

Tous les traitements reçus par les patients, qui étaient enregistrés dans l'observation des urgences et le compte rendu d'hospitalisation, ont été colligés et classés selon le type de molécule. Concernant les traitements antalgiques, nous les avons classés selon les paliers de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

III RESULTATS

Entre le 1^{er} Janvier 2017 et le 31 Décembre 2019, 317 décès sont survenus chez les patients âgés de 65 ans et plus au sein des services étudiés de l'hôpital Saint Joseph Saint Luc. Parmi eux, 140 patients ont été inclus dans l'étude ; 54 en 2017, 42 en 2018 et 44 en 2019.

Figure 1

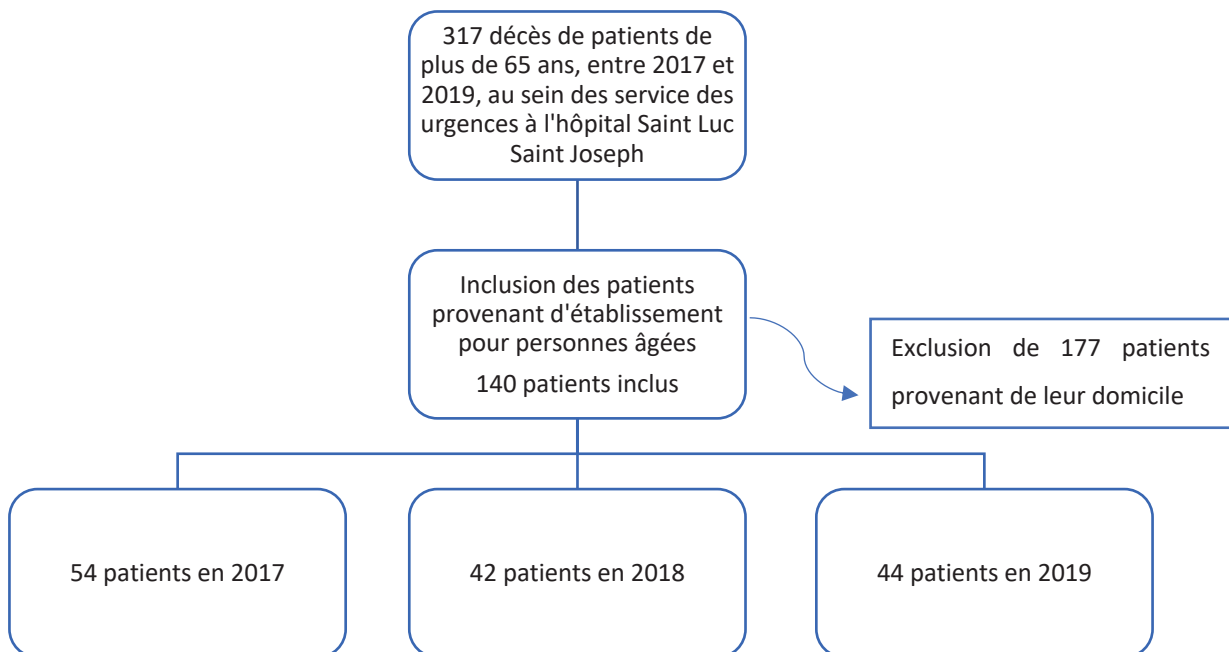


Figure 1 - Diagramme de flux

1/ Caractéristiques de la population étudiée

a/ Caractéristiques générales

Parmi les 140 patients, 48 étaient des hommes et 92 étaient des femmes, soit respectivement 34 et 66% de notre population. *Tableau 1*

La médiane d'âge était de 89,5 ans, avec un écart-type de 5,66 ans.

Le GIR moyen des patients était de 2,2. Vingt-deux (22) patients étaient GIR1 (16%), 46 patients GIR2 (33%), 21 patients GIR3 (15%), 8 patients GIR4 (n=6%), et 34 patients n'avaient pas de cotation GIR dans leur dossier (24%).

La médiane du temps passé à l'EHPAD était de 1 an et demi. Ce délai n'était pas connu pour 30 patients (21%) par manque de données.

Tableau 1 - Caractéristiques sociodémographiques de la population

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage de la population (%)	Médiane	1 ^{er} -3 ^{ème} quartiles	Moyenne	Écart-type	
Caractéristiques sociodémographiques des patients	Sexe	Femme	92	66	-	-	-	-	
		Homme	48	34	-	-	-	-	
	Âge		-	-	90 ans	86-94 ans	89,5 ans	5,66 ans	
	GIR ¹	1		22	16	-	-	-	-
		2		46	33	-	-	-	-
		3		21	15	-	-	-	-
		4		8	6	-	-	-	-
		> 4		6	5	-	-	-	-
		Donnée manquante		34	24	-	-	-	-
	Temps passé EPHAD			-	-	18 mois	6-42,5 mois	2 ans 9 mois	3 ans 11 mois
Donnée manquante			30	21	-	-	-	-	

¹ : Groupe Iso Ressource

Les patients présentaient divers antécédents répertoriés dans le *Tableau 2*, que nous avons classés par type d'atteinte. Dans certains cas, le patient ne présentait qu'un seul antécédent. Dans d'autres, le patient pouvait présenter plusieurs antécédents associés.

Tableau 2 - Liste des antécédents présentés par les patients

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Antécédents médicaux	Pathologie neurologique		102	73
	Pathologie cardiovasculaire		93	66
	Pathologie psychiatrique		39	28
	Pathologies endocrinologiques		28	20
	Pathologies cancéreuses		16	11
	Pathologies urologiques et néphrologiques		12	8,6
	Pathologie respiratoire		9	6
	Pathologie digestive		5	3,6
	Pathologies rhumatologiques		5	3,6
	Pathologie infectieuse		1	1
	Autre		11	7,9

Il s'agissait :

- De pathologie neurologique pour 102 patients (73%). Les résidents présentaient une ou plusieurs des pathologies énoncées dans le *Tableau 3*.

Tableau 3 - Antécédents neurologiques

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Antécédent neurologique			102	73
	AVC ¹		32	22,9
		Dont AVC isolé	9	6,4
		Dont AVC associé	17	12,1
		Dont AIT ² associé	6	4,3
	Alzheimer		30	21,4
		Dont Alzheimer isolé	22	15,7
		Dont Alzheimer associé	8	5,7
	Troubles cognitifs sans étiologie retrouvée		24	17,1
		Dont ceux isolés	20	14,3
		Dont ceux associés	4	2,9
	Démence		24	17,1
		Dont démence seule	10	7,1
		Dont démence associée	14	10
	Parkinson		10	7,1
		Dont Parkinson seul	5	3,6
		Dont Parkinson associé	5	3,6
Épilepsie		5	3,6	
	Dont épilepsie seule	1	0,7	
	Dont épilepsie associée	4	2,9	
Tremblements sans étiologie retrouvée		1	0,7	

¹ : Accident Vasculaire Cérébral ; ² : Accident Ischémique Transitoire

- De pathologie cardiovasculaire pour 93 patients (66%). *Tableau 4*

Tableau 4 - Antécédents cardiovasculaires

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Antécédent cardiovasculaire			93	66
	ACFA ¹		49	35
		Dont ACFA isolée	15	10,7
		Dont ACFA associée	34	24,3
	HTA ²		30	21,4
		Dont HTA isolée	9	6,4
		Dont HTA associée	21	15
	IC ³		20	14,3
		Dont IC isolée	5	3,6
		Dont IC associée	15	10,7
	Coronaropathie		18	12,9
		Dont coronaropathie seule	4	2,9
		Dont coronaropathie associée	14	10
	AOMI ⁴		11	7,9
		Dont AOMI isolée	1	0,7
		Dont AOMI associée	10	7,1
	Valvulopathie		10	7,1
		Dont valvulopathie seule	1	0,7
		Dont valvulopathie associée	9	6,4
	Pacemaker		9	6,4
		Dont PM isolé	1	0,7
		Dont PM associé	8	5,7
	EP ⁵		4	2,8
		Dont EP seule	3	2,1
		Dont EP associée	1	0,7

¹ : Arythmie Cardiaque par Fibrillation Auriculaire ; ² : Hypertension Artérielle ; ³ : Insuffisance cardiaque ; ⁴ : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs ; ⁵ : Embolie Pulmonaire

- De pathologie psychiatrique pour 39 patients (28%). *Tableau 5*

Tableau 5 - Antécédents psychiatriques

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Antécédent psychiatrique			39	28
	Dépression		22	15,7
		Dont dépression isolée	19	13,6
		Dont dépression associée	13	9,3
	Anxiété		14	10
		Dont anxiété isolée	1	0,7
		Dont anxiété associée	13	9,3
	Bipolarité		5	3,6
		Dont bipolarité seule	2	1,4
		Dont bipolarité associée	3	2,1
	Psychose		4	2,9
		Dont psychose isolée	1	0,7
		Dont psychose associée	3	2,1

- De pathologie endocrinologique pour 28 patients (20%). *Tableau 6*

Tableau 6 - Antécédents endocrinologiques

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Antécédent endocrinologique			28	20
	Diabète		27	19,3
		Dont diabète isolé	23	16,4
		Dont diabète associé	4	2,9
	Adénome parathyroïdien		1	0,7

- De pathologie cancéreuse pour 16 patients (11%). *Tableau 7*

Tableau 7 - Antécédents carcinologiques

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Antécédent cancéreuse			16	11
	Voies urinaires		7	5
		Prostate	4	2,8
		Vessie	3	2,1
	Digestive		5	3,6
		Côlon	4	2,8
		Œsophage	1	0,7
	Gynécologiques		3	2,1
		Sein	2	1,4
		Ovaire	1	0,7
	Hématologiques		3	2,1
		Lymphome	2	1,4
		Leucémie	1	0,7

- De pathologie urologique et néphrologique pour 12 patients (8,6%). *Tableau 8*

Tableau 8 - Antécédents urologiques et néphrologiques

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Antécédents urologiques et néphrologiques			12	8,6
	Insuffisance rénale		10	7,1
		Dont insuffisance isolée	7	5
		Dont insuffisance associée	3	2,1
	Rétention urinaire chronique		2	1,4

- De pathologie respiratoire pour 9 patients (6%). *Tableau 9*

Tableau 9 - Antécédents pneumologiques

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Antécédent respiratoire			9	6
	Insuffisance respiratoire		5	3,6
	BPCO ¹		2	1,4
	Fibrose		2	1,4

¹ : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

- De pathologie digestive pour 5 patients (3,6%). *Tableau 10*

Tableau 10 - Antécédents digestifs

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Antécédent digestif			5	3,6
	Fibrose hépatique		2	1,4
		Dont fibrose isolée	1	0,7
		Dont fibrose associée	1	0,7
	Ulcère		2	1,4
		Dont ulcère isolé	1	0,7
		Dont ulcère associé	1	0,7
	Subocclusion		1	0,7
	Hernie hiatale		1	0,7

- Une pathologie rhumatologique pour 5 patients (3,6%). *Tableau 11*

Tableau 11 - Antécédents rhumatologiques

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Antécédent rhumatologique			5	3,6
	Arthrose sévère		1	0,7
	Chondrocalcinose		1	0,7
	Rhumatisme inflammatoire		3	2,1

- Une pathologie infectieuse pour un patient (1%).
- Et des pathologies diverses (ne répondant pas aux critères des catégories précédentes) pour 11 patients (7,9%). *Tableau 12*

Tableau 12 - Antécédents divers

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Pathologies diverses			11	7,9
	Anémie		4	2,9
		Dont anémie seule	2	1,4
		Dont anémie Associée	2	1,4
	Vascularite		2	1,4
		Horton	1	0,7
		Autre	1	0,7
	Chutes		2	1,4
	Ulcères veineux		1	0,7
	Poliomyélite		1	0,7
	Cécité		1	0,7

b/ Les établissements pour personnes âgées

Les patients provenaient de 60 établissements différents de la région lyonnaise.

- 47 EHPAD, soit 78% des établissements.

- 3 USLD, soit 5% des établissements.

- 3 EHPA non EHPAD (anciennement résidences seniors), soit 5% des établissements.

- 7 résidences autonomie (anciennement foyers logements), soit 12% des établissements.

Parmi ces établissements, 42 se trouvent à Lyon, les 18 autres se répartissent entre les communes de : Limonest, Écully, Caluire, Oullins, Vénissieux, Sainte Foy lès Lyon, Marcy l'Etoile, Saint Martin en Haut, Vaugneray, Tassin la Demi Lune, Chaponost, Francheville et Villeurbanne. Un patient provenait d'un foyer logement dont la commune n'a pu être identifiée. *Figure 2*

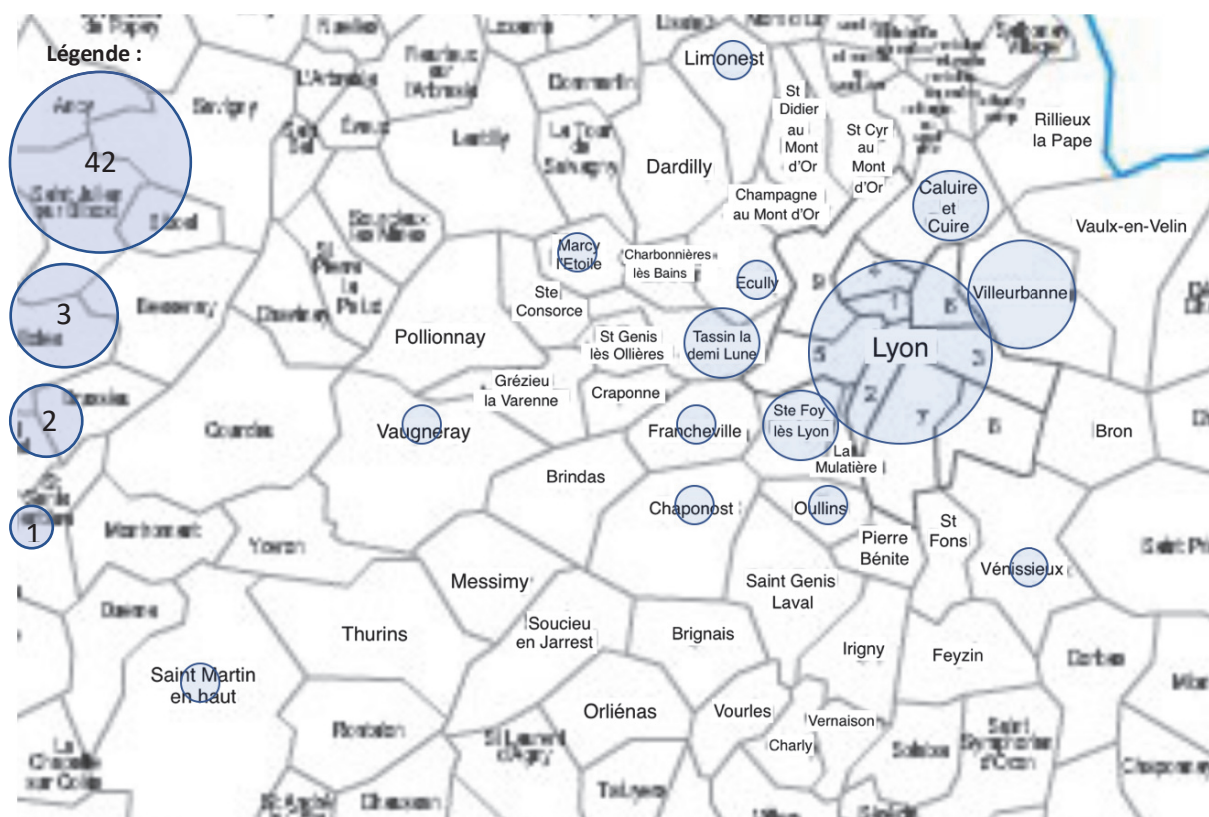


Figure 2 - Carte des établissements pour personnes âgées

Lecture : le nombre d'établissement correspond au chiffre inscrit dans le cercle de taille correspondante

D'un point de vue administratif, 27 de ces établissements étaient privés à but commercial (soit 45%), 24 privés à but non lucratif (soit 40%) et 8 d'entre eux étaient publics (soit 8%).

Concernant le personnel soignant, 75% des établissements ne bénéficiaient pas d'équipe infirmière la nuit, 18% étaient dotés de telles équipes, et pour 8% d'entre eux, le statut était inconnu.

Les conventions établies par les établissements avec les EMSP ont été répertoriées dans le *Tableau 13*.

Tableau 13 - Caractéristiques des établissements pour personnes âgées

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	pourcentage (%)
Type d'établissement	EHPAD ¹		47	78
	USLD ²		3	5
	Résidence séniors		3	5
	Foyer logement		7	12
Statut de l'établissement	Public		8	13
	Privé non lucratif		24	40
	Privé commercial		27	45
Convention EMSP	Centre médico-chirurgical des Massues		25	38,7
		Convention signée	13	21,7
		Ancienne convention	10	13,7
		Collaboration	2	3,3
	HCL ³		7	11,7
		CHLS ⁴	4	6,7
		Croix rousse	1	1,7
	CH ⁵ de Givors		1	1,7
	Équipe non identifiée		3	5
	Aucune		9	15
	Donnée manquante		16	26,7
Équipes d'infirmiers la nuit	Oui		11	18
	Non		45	75
	Donnée manquante		4	7

¹ : Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes ; ² : Unité de Soins de Longue Durée ; ³ : Hospices Civils de Lyon ;

⁴ : Centre Hospitalier Lyon Sud ; ⁵ : Centre Hospitalier

c/ Les directives et les prescriptions anticipées

Les directives anticipées étaient connues pour 22 patients (16%), 17 de ces directives avaient été rédigées (12%) tandis que 5 avaient été transmises oralement par les familles (4%).

Les directives anticipées n'avaient pas été rédigées pour 39 patients (28%). Aucune donnée n'a pu être retrouvée concernant les directives anticipées dans les dossiers pour 79 patients (56% des cas). *Tableau 14*

Tableau 14 - Directives anticipées

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Directives anticipées	Présentes	Rédigées	17	12
		Orales	5	4
	Non rédigées		39	28
	Donnée manquante		79	56

Il existait des prescriptions anticipées pour un seul patient de l'étude, et elles portaient sur une prescription d'antalgiques de palier 3 de type morphine.

d/ L'intervention d'une EMSP

Une équipe mobile de soins palliatifs était intervenue pour 2 résidents, soit dans 1,4% des cas, avant le transfert aux urgences du patient.

e/ Le décisionnaire du transfert

L'équipe soignante de l'EHPAD a pris la décision d'un transfert vers un service d'urgences pour 67 patients (47%).

Cette décision a été prise par un médecin pour 63 patients (45%).

La famille du patient était demandeuse du transfert aux urgences pour 7 patients (5%) et il s'agissait d'un intervenant autre pour 5 patients (3,6%). *Tableau 15*

Tableau 15 - Décisionnaire du transfert aux urgences

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Transfert médical			63	45
		Médecin traitant (MT)	11	7,9
		Médecin coordinateur	16	11,4
		Médecin autre	36	25,7
		SOS médecin	16	11,4
		SAMU ¹	9	6,4
Équipe de l'EHPAD		Médecin hospitalier	10	7,1
		Remplaçant MT	1	0,7
			67	47,9
			7	5
Autre intervenant			5	3,6
		IDE ²	2	1,4
		Auxiliaire de vie	1	0,7
		Ambulanciers	1	0,7
		Non identifié	1	0,7

¹ : Service d'Aide Médicale urgente ; ² : Infirmière Diplômée d'État

2/ Caractéristiques du passage aux urgences

a/ Le motif d'admission

Nos patients ont été adressés pour (*Tableau 16*) :

- Gestion de la douleur pour 5 patients (3,6%),
- Asthénie pour 9 patients (6,4%),
- Dyspnée pour 76 patients (54,3%),
- Des troubles digestifs pour 19 patients (13,6%),
- Une fin de vie clairement identifiée pour un patient (0,7%),
- Des motifs divers pour 39 patients (27,9%),
- Douze patients (8,6%) ont été adressés aux urgences pour plusieurs motifs,
- Aucun patient n'a été adressé pour anorexie, confusion, ou état dépressif.

Tableau 16 - Motif d'admission aux urgences

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Dyspnée			76	54,3
Motifs divers			39	27,9
	Neurologique		18	12,9
		Suspicion d'AVC ¹	12	8,6
		Troubles de conscience	4	2,9
		Crise convulsive	1	0,7
		Coma	1	0,7
	Malaise		3	2,1
	Arrêt cardio-respiratoire		1	0,7
	Fin de vie		1	0,7
	Chute		6	4,3
	Infection		6	4,3
		PNP ² d'inhalation	2	1,4
		Fièvre isolée	3	2,1
		Sepsis	1	0,7
	Troubles métaboliques		2	1,4
		Déshydratation	1	0,7
		Hyperglycémie	1	0,7
	Anémie et choc hémorragique		3	2,1
		Anémie	2	1,4
		Choc hémorragique	1	0,7
Troubles digestifs			19	13,6
Asthénie			9	6,4
Douleur			5	3,6

¹ : Accident Vasculaire Cérébral ; ² : Pneumopathie

b/ Le temps passé aux urgences

La médiane du temps passé au sein du SAU avant le transfert en hospitalisation était de 3H40, avec un premier quartile à 2H12 et un troisième quartile à 6H.

c/ La fiche urgence pallia

Aucun patient ne bénéficiait d'une fiche URGENCE PALLIA avant son transfert aux urgences.

d/ Les diagnostics

Les principaux diagnostics établis lors du passage aux urgences concernaient (*Tableau 17*) :

- Une pathologie infectieuse pour 59 patients (42,1%).
- Une atteinte respiratoire non infectieuse pour 10 patients (7,1%).

Tableau 17 - Diagnostic - Pathologies infectieuse et respiratoire

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Pathologie infectieuse			59	42,1
	Choc septique		2	1,4
	Septicémie		8	5,7
		A point de départ pulmonaire	3	2,1
		A point de départ cutané	1	0,7
	Sepsis		7	5
		A point de départ pulmonaire	1	0,7
		A point de départ digestif	1	0,7
	Infection respiratoire		38	27,1
		Complicquée de détresse respiratoire	5	3,6
Infection urinaire		3	2,1	
Infection digestive		1	0,7	
Pathologie respiratoire non infectieuse			10	7,1

- Une atteinte cardiovasculaire pour 40 patients (28,6%). *Tableau 18*

Tableau 18 - Diagnostic - Pathologie cardiovasculaire

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Pathologie cardiovasculaire			40	28,6
	Arrêt cardiorespiratoire		2	1,4
	Choc cardiogénique		1	0,7
	Insuffisance cardiaque		9	6,4
		Sur étiologie infectieuse	3	2,1
		Sur étiologie rythmique	1	0,7
	OAP ¹		17	12,1
		Sur étiologie infectieuse	4	2,9
		Sur étiologie hémorragique	1	0,7
		Sur étiologie rythmique	1	0,7
	Infarctus du myocarde		5	3,6
	Ischémie de membre		2	1,4
	ACFA ²		1	0,7
	Anévrisme aorte abdominale		1	0,7
	Hypotension		1	0,7

¹ : Œdème Aigu du Poumon ; ² : Arythmie Cardiaque par fibrillation Auriculaire

- Une atteinte neurologique pour 21 patients (15%). *Tableau 19*

Tableau 19 - Diagnostic - Pathologie neurologique

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Pathologie neurologique			21	15
	AVC ¹		13	9,3
		Dont hémorragie cérébrale	5	3,6
	Coma		6	4,3
	Confusion		1	0,7
	Épilepsie		1	0,7

¹ : Accident Vasculaire Cérébral

- Une atteinte digestive pour 11 patients (7,9%). *Tableau 20*

Tableau 20 - Diagnostic - Pathologie digestive

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Pathologie digestive			11	7,9
	Syndrome occlusif		5	3,6
	Fécalome		2	1,4
	Douleur abdominale		2	1,4
	Saignement digestif		2	1,4

- Des troubles métaboliques pour 10 patients (7,1%). *Tableau 21*

Tableau 21 - Diagnostic - Troubles métaboliques

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Troubles métaboliques			10	7,1
	Insuffisance rénale		7	5
	Déshydratation		1	0,7
	Acido-cétose		1	0,7
	Hypoglycémie		1	0,7

- Des pathologies diverses pour 21 patients (15%). *Tableau 22*

Tableau 22 - Diagnostic - Pathologies diverses

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Pathologies diverses			11	7,9
	Fin de vie		2	1,4
	Altération de l'état général		2	1,4
	Anémie		5	3,6
	Hématome de paroi		1	0,7
	Surdosage en AVK ¹		1	0,7
	Fracture du col fémoral		1	0,7
	Rétention aiguë d'urine		1	0,7
Absence de diagnostic			1	0,7

¹: Anti-Vitamine K

e/ Le nombre de passages précédents en service d'urgence

Les patients avaient bénéficié d'une hospitalisation ou d'un passage récent, dans les 3 derniers mois, dans un service d'urgences pour 44 d'entre eux (31%). *Tableau 23*

Tableau 23 - Nombre de passage précédents aux urgences et en hospitalisation

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Nombre de passage au cours du dernier mois			35	25
	Aux urgences		22	16
	En hospitalisation	Dont 2 fois	13	9
Nombre de passage dans les 2 derniers mois			16	10
	Aux urgences		6	4
	En hospitalisation	Dont 2 fois	9	6
Nombre de passage dans les 3 derniers mois			4	2
	Aux urgences		2	1
	En hospitalisation		2	1

f/ L'orientation des patients

Les patients ont été orientés vers l'UHCD pour 112 d'entre eux (80%), et vers l'UHP pour 10 d'entre eux (7%). Le décès est survenu en salle d'examen du SAU avant tout transfert possible pour 18 patients (13%).

3/ Caractéristiques des soins reçus

a/ Objectif du traitement

L'objectif des soins administrés aux patients étaient :

- Des soins de confort en première intention pour 111 patients (79%), et en deuxième intention pour 15 patients (11%),
- De traiter une décompensation aiguë d'une pathologie chronique pour 24 patients (17%),
- La guérison pour 12 patients (9%),
- Pour un patient (1%), l'objectif du traitement n'a pu être déterminé.

b/ Type de traitement administré

Les traitements administrés étaient :

- Un traitement à visée antalgique pour 98 patients (70%). A noter, l'absence d'utilisation de palier 2. *Tableau 24*

Tableau 24 - Traitements à visée antalgique

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Traitements antalgiques			98	70
	Palier 1		12	8,6
	Palier 3		58	41,4
		Dont morphine IV ¹	29	20,7
		Dont morphine SC ²	2	1,4
		Avec bloc ilio-fémoral	1	0,7
	Association palier 1 et 3		24	17,1
		Dont morphine orale	1	0,7
		Dont morphine IV	9	6,4
		Dont morphine SC	1	0,7
	Antispasmodiques		3	2,1
		Seuls	1	0,7
		Associés	2	1,4

¹ : Intraveineuse ; ² : Sous-Cutanée

- Un traitement à visée respiratoire pour 84 patients (60%). *Tableau 25*

Tableau 25 - Traitements à visée respiratoire

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Traitements respiratoires			84	60
	Oxygène		77	55
	Aérosols		22	15,7
	CPAP ¹		3	2,1

¹ : Continuous Positive Airway Pressure (Ventilation en Pression Positive Continue)

- Un traitement à visée anti-infectieuse pour 76 patients (54%). *Tableau 26*

Tableau 26 - Traitements anti-infectieux

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Traitements anti-infectieux			76	54
	Pénicillines		30	20,7
		Seules	1	21,4
		Et Clavulanate	28	20
	Céphalosporines		56	40
		Seules	10	7,1
		Associées	46	32,9
	Autres bêta-lactamines		1	0,7
	Imidazolés		41	29,3
	Macrolides		7	5
	Aminosides		5	3,6
	Glycopeptides		2	1,4
	Lincosamides		2	1,4
	Antirétroviral		1	0,7
	Non précisé		3	2,1
Schéma de traitement	Monothérapie		28	20
	Bithérapie		32	22,9
	Trithérapie		8	5,7

- Un traitement à visée sédatrice pour 67 patients (48%). *Tableau 27*

Tableau 27 - Traitements à visée sédatrice

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Traitements sédatrice			67	48
	Midazolam		58	41,4
		Seul	44	31,4
		Associé à la scopolamine	14	10
	Antisécrétoires seuls		9	6,4

- Une hydratation intraveineuse (IV) pour 92 patients (66%). *Tableau 28*

Tableau 28 - Hydratations Intraveineuses (IV)

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Hydratation IV ¹			92	66
	Sérum salé isotonique		64	45,7
		Seul	62	44,3
		Associé	3	2,1
	Glucosé		29	40
		G2,5	17	12,1
		G5	6	4,3
		G10	1	0,7
		G30	4	2,9
	Bicarbonates		3	2,1
	Polyionique		2	1,4
	Colloïdes		1	0,7
	Non précisé		20	14,3

¹ : Intraveineuse

- Un traitement à visée cardiologique pour 76 patients (54%). *Tableau 29*

Tableau 29 - Traitements à visée cardiologique

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Traitements cardiologiques			76	54
	Diurétiques		41	29,3
		Furosémide	38	27,1
		Spironolactone	1	0,7
		Non précisé	2	1,4
	Bétabloquants		6	4,3
	Antihypertenseurs		3	2,1
	Antiarythmiques		6	4,3
		Digoxine	4	2,9
		Magnésium	1	0,7
		Amiodarone	1	0,7
	Vasodilatateurs		11	7,9
		Dérivés nitrés	10	7,1
		Diltiazem	1	0,7
	Adrénaline		3	2,1
	Anticoagulants		15	10,7
		Oraux	2	1,4
		Injectables	13	9,3
		Non précisé	8	5,7
	Antiagrégants		5	3,6
	Statine		1	0,7

- Un traitement psychotrope pour 7 patients (5%). *Tableau 30*

Tableau 30 - Traitements à visée psychotrope

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Traitements psychotropes			7	5
	Anxiolytiques		5	3,6
		Benzodiazépines	4	2,9
		Antihistaminiques	1	0,7
	Somnifères		1	0,7
	Neuroleptiques		1	0,7

- Un traitement à visée neurologique pour 4 patients (2,9%). *Tableau 31*

Tableau 31 - Traitements à visée neurologique

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Traitements neurologiques			4	2,9
	Antiépileptiques		3	2,1
	Antiparkinsoniens		1	0,7

- Aucun patient n'a reçu de traitement à visée antinéoplasique.

- En revanche, 53 patients (38%) ont reçu d'autres traitements ne répondant pas aux catégories sus citées. *Tableau 32*

Tableau 32 - Traitements divers

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Traitements autres			53	38
	Antidotes		7	5
		Vitamine K	2	1,4
		Anexate®	3	2,1
		Naloxone	2	1,4
	Digestif		6	4,3
		IPP ¹	4	2,9
		Antinauséieux	2	1,4
		Laxatifs	1	0,7
	Insuline		8	5,7
	Corticoïdes		9	6,4
	Kayexalate®		3	2,1
	Potassium		8	5,7
	Fer		1	0,7
	Transfusion sanguine		6	4,3
	Manœuvres de réanimation		5	3,6
		MCE ²	4	2,9
		Chocs électriques	1	0,7
	Soins infirmiers		31	22,1
		Soins de bouche	9	6,4
		Soins oculaires	3	2,1
		SAD ³	9	6,4
		SNG ⁴	4	2,9
		Pansements	1	0,7
		Lavements	4	2,9
		Contention	1	0,7
	Autres		2	1,4
		Ponction sous écho	1	0,7
		Pose de PICC-line ⁵	1	0,7

¹: Inhibiteurs de la Pompe à Protons ; ²: Massage Cardiaque Externe ; ³: Sonde à Demeure ; ⁴: Sonde Nasogastrique ;

⁵: Peripherally Inserted Central Catheter (Cathéter Central à Insertion Périphérique)

c/ Les soins palliatifs

Lors de l'hospitalisation, l'avis de l'EMSP n'a été sollicité que pour 3 patients (2%). A noter, un cas pour lequel l'avis a été demandé mais n'a pas eu le temps d'avoir lieu. En revanche, il y a eu recours à l'équipe mobile de gériatrie pour 6 patients (4%) et pour un patient, un recours à l'équipe d'infectiologie.

La décision de limitation des thérapeutiques a été prise de façon collégiale pour 61 patients (43%). Dans un cas, la décision collégiale a été prise avec la personne de confiance du patient qui n'était pas un membre de la famille. *Tableau 33*

Tableau 33 - Décision de limitation des soins

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Décision de limitation des soins	Collégiale			
		Sans la famille	61	43
		Avec famille	32	22,9
		Avec famille seulement	53	37,9

L'allègement des thérapeutiques, arbitrairement déterminé par l'arrêt des traitements non indispensables, a eu lieu pour 116 patients (82,9%), et notamment le jour ou la veille du décès pour 13 patients (9,3%).

Aucune prise en charge psychologique n'a été retrouvée.

4/ Caractéristiques du décès

a/ Causes du décès

Les causes du décès des patients étaient (Tableau 34) :

- D'origine cardiovasculaire pour 48 patients (34,3%). Il s'agissait de décompensations cardiaques, d'arrêts cardiaques ou de chocs cardiogéniques.
- D'origine respiratoire pour 36 patients (25,7%). Il s'agissait de détresses respiratoires ou de pneumopathies.
- D'origine infectieuse pour 25 patients (17,9%). Il s'agissait de septicémies ou de chocs septiques.
- D'origine neurologique pour 14 patients (10%). Il s'agissait de coma, d'AVC ou d'hématome sous-dural.
- D'origine digestive pour 6 patients (4,3%). Il s'agissait de syndrome occlusif ou cholécystectomie.
- D'origine néoplasique pour 1 patient (0,7%). Il s'agissait d'un cancer de la prostate.
- D'origine autre pour 10 patients (7,1%). Il s'agissait de défaillances multi-viscérales et de troubles métaboliques

Tableau 34 - Causes du décès

Catégorie	Indicateur	Modalités	Effectif (n=)	Pourcentage (%)
Causes du décès	Étiologie cardiovasculaire		48	34,3
	Étiologie respiratoire		36	25,7
	Étiologie infectieuse		25	17,9
	Étiologie neurologique		14	10
	Étiologie digestive		6	4,3
	Étiologie néoplasique		1	0,7
	Étiologie autre		10	7,1

b/ Service du décès

Le décès des patients est survenu dans le service d'UHCD pour 76 d'entre eux (54%), dans celui d'UHP pour 46 d'entre eux (33%) et directement au sein du SAU pour 18 d'entre eux (13%).

c/ Délai entre la prise en charge et le décès

Le délai moyen entre la prise en charge au SAU et la survenue du décès du patient était de 2 jours et 19H avec une écart type de 8H12.

IV DISCUSSION

Notre étude permet de décrire la population de personnes âgées adressées par les établissements médico-sociaux de la région lyonnaise aux urgences de l'hôpital Saint Joseph Saint Luc, et qui y sont décédées entre le 1^{er} Janvier 2017 et le 31 Décembre 2019. Nous avons recensé 317 décès dont 140 patients âgés de plus de 65 ans, la plupart souffrant de poly-pathologie, décédés sur cette période. La grande majorité d'entre eux n'a pas bénéficié de l'intervention d'une EMSP, mais les équipes des urgences avaient mis en place des limitations de soins. Cela vient confirmer le besoin de développer une démarche de soins palliatifs au sein des établissements médico-sociaux, bien que cette étude se limite à une partie de la population âgée lyonnaise.

Nous avons choisi l'hôpital Saint Joseph Saint Luc. Il s'agit d'un Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC). Son service d'urgences représente le 2^{ème} de la région avec 40 322 passages en 2019 (23). Le nombre annuel de passages dans les services d'urgences des Hospices Civils de Lyon (HCL) était de plus de 100 000 pour l'hôpital Édouard Herriot(24), et de 31 000 pour le CHLS (25).

Nous avons retenu le service d'UHP car le parcours du patient admis aux urgences inclut ce service. Pour les services de réanimation et d'Unité de Soins Continus (USC), les personnes âgées sont peu nombreuses à être acceptées dans ce type de service. Il existe un risque accru de dépendance définitive aux techniques de suppléance (26). A titre d'exemple, le nombre de décès par an, tout âge confondu, en USC à l'hôpital Saint Joseph Saint Luc est très faible (7, 10 et 12, respectivement en 2017, 2018 et 2019). Parmi eux, le nombre de patients âgés de plus de 65 ans est inférieur. Nous n'avons donc pas inclus les patients admis en USC et en réanimation.

Il aurait certainement été intéressant d'inclure les patients admis directement en service conventionnel, ce qui n'a pas été fait pour des raisons organisationnelles. En effet, l'hospitalisation directe est privilégiée pour les personnes âgées car elle favorise le confort du patient, et optimise sa prise en charge dans un service adapté. Cependant, le nombre de transferts en hospitalisation conventionnelle est probablement limité par un défaut d'anticipation des situations d'urgence.

1/ Discussion des résultats

a/ Caractéristiques de la population étudiée

Dans notre population, la moyenne d'âge des patients était de 89 ans et 6 mois, dont 52% étaient âgés de 90 ans et plus. Il y avait 66% de femmes. Les patients GIR 1 et 2 représentaient 49% de la population étudiée, dont 62,9% d'entre eux présentant une pathologie neurodégénérative. La durée médiane de séjour en institution était de 1 an 6 mois, pour une moyenne à 2 ans et 9 mois.

Selon la DREES en 2015, la moyenne d'âge nationale des patients en établissements pour personnes âgées est de 89 ans et 5 mois, avec 35% de patients de 90 ans et plus. Les femmes représentent 75% des résidents. Les patients présentant un GIR 1 et 2 représentent également 49% de la population, avec 35% de pathologies neurodégénératives (27). La durée moyenne de séjour en établissement avant le décès est de 3 ans et 4 mois avec une médiane à 1 an et 9 mois (10).

Notre population est comparable à la population générale. Elle est équivalente en termes de niveau de dépendance GIR. On constate cependant qu'elle est plus âgée, avec une proportion d'hommes plus importante et présentant plus de pathologies neurodégénératives. Par ailleurs, notre durée de séjour en institution est plus courte que la moyenne nationale.

Seuls 16% de notre population avaient établi ses directives anticipées, dont 12% étaient rédigées. L'avis d'une EMSP a été sollicité pour 2% des patients avant leur transfert aux urgences et un seul patient bénéficiait de prescriptions anticipées personnalisées.

Selon l'ONFV, 5% des résidents d'EHPAD avaient rédigé leurs directives anticipées et seulement 1,5% des personnes âgées hospitalisées en 2013 (2). La mise en place de directives anticipées ne semble donc pas encore répandue dans la population générale. Par ailleurs, identifier les personnes relevant de soins palliatifs est une des premières difficultés (28). Il existe une réticence de la part des patients et de leur famille à avoir recours aux soins palliatifs. Ce changement de statut est vécu comme un abandon face à la maladie (29). La fiche PALLIA 10 GERONTO a été créée afin d'identifier les patients nécessitant un avis d'EMSP (Annexe 3). Il s'agit d'un questionnaire développé à l'initiative de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) composé de dix questions fermées. Une réponse positive à la

première question ainsi qu'à n'importe quelle autre de la fiche est suffisante pour envisager le recours à une EMSP. Cette fiche est destinée à adapter au mieux la prise en charge de la fin de vie du résident au sein de son établissement. Elle n'a pas vocation d'être rédigée en situation d'urgence lors d'un transfert, ni d'influencer la prise en charge en service d'urgences.

Dans notre étude, le taux de transmission de directives anticipées est trois fois supérieur à la moyenne nationale de 2013. Cette différence entre nos résultats et ceux de l'étude de l'ONFV peut s'expliquer par les sept années qui se sont écoulées ainsi que la volonté nationale de développer les soins palliatifs en encourageant la rédaction de directives anticipées. Leur écriture constitue un critère de qualité HAS évaluant les EHPAD ainsi que la signature d'une convention avec une EMSP. Cependant la validation de ceux deux critères qualité HAS ne semble pas être suffisante pour déclencher une prise en charge palliative au sein des établissements. Pourtant, il a été montré que le recours à une EMSP permettait de diminuer les critères d'agressivité des soins en fin de vie, notamment le taux d'admission en hospitalisation, le recours à une consultation d'urgence, les procédures invasives ou encore l'administration de chimiothérapie dans les 15 derniers jours de vie (14,15,30). L'EMSP a pour rôle de définir collégialement un projet de soins adapté aux besoins du patient, à son niveau de dépendance et aux moyens déployables au sein de l'établissement. Le recours à une EMSP en amont de la prise en charge en EHPAD permettrait sûrement de diminuer le taux de transfert en hospitalisation.

Concernant les établissements pour personnes âgées de notre étude, 78% étaient des EHPAD. Seulement 13% d'entre eux avait un statut public, pour 45% d'établissements privés à but lucratif et 40% à but non lucratif. Parmi ces EHPAD, 18% disposent d'une équipe infirmière la nuit.

En France en 2015, 80% des personnes âgées institutionnalisées le sont dans des EHPAD. Ces EHPAD sont composés à 50% d'établissements publics, 24% d'établissements privés à but lucratif et 31% à but non lucratif (8). En 2013, l'ONFV constate que la présence d'une infirmière la nuit au sein des établissements permet de diminuer la survenue de décès à l'hôpital (2). En effet, la présence d'une infirmière la nuit permet la continuité des soins, le suivi de thérapeutiques plus lourdes, notamment IV, ainsi qu'une surveillance clinique (7).

La proportion d'EHPAD de notre étude semble conforme à la moyenne nationale mais leur répartition entre établissement public, privé à but lucratif ou non ne l'est pas. Les

établissements privés sont beaucoup plus nombreux dans notre étude. Par ailleurs, on peut penser que le faible taux d'infirmière la nuit dans les établissements étudiés favorise les transferts en service d'urgences des résidents faute de personnel qualifié pour les surveiller et les soigner.

Dans notre étude, un médecin prenait la décision de transférer un résident aux urgences dans 45% des cas. Pourtant, la plupart de nos établissements étaient médicalisés. Dans la littérature, la décision de transfert relevait de l'équipe médicale de l'établissement dans 85% des cas (31). Notre taux observé est inférieur à la moyenne nationale. Lorsque l'équipe soignante est seule à décider de la prise en charge, cela semble favoriser les transferts des résidents aux urgences. En effet, quand la situation dépasse leurs compétences, l'équipe soignante s'en remet au SAMU.

b/ Caractéristiques du passage aux urgences

Le temps moyen passé au sein du SAU dans notre étude était de 5H15 avec une médiane à 3H40. Selon un rapport intermédiaire de la Mission nationale d'expertise et d'audit Hospitaliers (MeaH) de 2006, le temps moyen des patients varie de 2H à 5H55 pour la population générale, augmente à 2H30-11H pour les patients transférés en hospitalisation et à 2H50-8H30 pour les patients âgés de plus de 75 ans (32). Le temps de prise en charge aux urgences de nos patients paraît meilleur que la moyenne nationale, bien que le service étudié soit le 2^{ème} de la région en termes de passages. Or selon la DREES, le temps passé aux urgences augmente dans les points d'accueil de forte affluence (33). On peut néanmoins se demander quelle durée de prise en charge aux urgences d'un patient en fin de vie est éthiquement acceptable, mais également humainement et techniquement possible.

Couilliot et al. s'intéresse à la prise en charge des situations de fin de vie dans les services d'urgences. L'étude met en lumière les difficultés des équipes soignantes à faire cohabiter leur éthique et la demande de rentabilité du service dans l'accompagnement de la fin de vie (22). En effet, dans un contexte d'optimisation constante du système de santé, il est inconcevable de rentabiliser l'accompagnement des patients en fin de vie. Les services d'urgences sont toujours plus sollicités avec toujours moins de moyens. Dans quelles mesures peuvent-ils réaliser décemment leur travail tant pour les patients et leur famille que pour eux-

mêmes ?

Notre population a été principalement adressée pour des difficultés respiratoires (54,3%), puis des problèmes digestifs (13,6%), et des troubles neurologiques, notamment des suspicions d'AVC (12,9%). Les principaux diagnostics retenus étaient une pathologie infectieuse (42,1%), dont des infections respiratoires (27,1%), puis une affection cardiovasculaire (28,6%), et neurologique (15%). A noter, deux diagnostics d'arrêt cardio-respiratoire et deux de fin de vie ont été posés. Parmi nos patients, 13% sont décédés en salle d'examen du SAU.

En 2020, l'étude de Gosset et al. s'intéressait aux Limitations et à l'Arrêt des Thérapeutiques Actives (LATA) sur 503 patients admis sur une période de 4 ans aux urgences du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Amiens. L'âge moyen des patients était de 81,8 ans et les principales pathologies entraînant une limitation de soins étaient une instabilité hémodynamique (38,8%), une détresse respiratoire (34,6%) et des pathologies cardiovasculaires (19,7%). Ils ont recensé 9,6% de décès aux urgences (26). Bien que notre échantillon soit plus âgé, nous retrouvons des similitudes entre nos populations dans les pathologies présentées par les patients, qu'ils soient en limitation de soins ou décédés aux urgences.

Dans notre étude, la fiche URGENCE PALLIA n'a pas été utilisée pour les patients. En 2016, Rannou et al. s'intéressait à la fiche précurseur, SAMU PALLIA, à sa rédaction en aval des urgences et à son impact lors des appels au centre 15. Cette étude a montré qu'il existait un besoin de diffusion de ce type d'outil (34).

La fiche URGENCE PALLIA créée par la SFAP est le fruit d'une synthèse de 56 fiches déjà existantes en France, et publiée en 2017 (35,36). Son objectif est d'améliorer la prise en charge des patients en fin de vie à domicile, en anticipant les complications possibles et en transmettant des informations clés au médecin qui serait amené à prendre en charge en urgence le patient concerné. Cela permet d'adapter les soins à la situation du patient, en garantissant le respect de son autonomie et de sa volonté. Pour autant, cette fiche n'a pas vocation à remplacer les directives anticipées du patient. Elle les collecte ainsi que d'autres informations concernant le patient, sa prise en charge, les protocoles préétablis, et les lits de repli possibles. Une étude s'intéressant à cette fiche en 2018 en Isère a montré que la moitié

des médecins interrogés en ignorait l'existence, mais que 90% d'entre eux souhaitaient être mieux informés. Cela leur permettrait une meilleure coordination afin d'optimiser la prise en charge de leurs patients (36). L'absence d'utilisation de la fiche URGENCE PALLIA dans notre étude peut être liée à la récente diffusion de cet outil, ainsi qu'à une méconnaissance de son existence de la part des praticiens intervenant auprès des personnes âgées dans la région.

L'étude de Rannou et al. montrait également que l'anticipation des situations d'urgence permettait de prévenir les hospitalisations intempestives. Lorsque cette anticipation manque, l'hospitalisation devient une réponse par défaut du médecin régulateur qui n'a pas connaissance de la situation du patient (34). On peut ainsi se demander si le taux d'hospitalisation des patients en fin de vie de notre étude est en lien avec le faible taux de directives anticipées rédigées et l'absence d'anticipation et d'utilisation de la fiche URGENCE PALLIA en amont.

c/ Caractéristiques des soins reçus

Concernant les soins administrés au SAU ou par la suite en service, les patients ont reçu principalement des antalgiques (70%) dont 58,6% de palier 3 type morphine, des soins à visée respiratoire (60%), des anti-infectieux (54%). Une sédation proportionnée aux symptômes était mise en place dans 48% des cas, dont 37,9% des cas en association avec un palier 3. Cette association morphine et midazolam était fréquemment rencontrée lors de l'instauration de soins de confort sans retrouver les symptômes en regard. Une hydratation était instaurée dans 66% des cas

Selon les recommandations de l'HAS de Janvier 2020, la pratique sédative doit être le traitement d'un symptôme réfractaire (37). L'introduction simultanée de midazolam et de morphine devrait être appliquée uniquement si les indications sont présentes, et non de manière systématisée lors de la mise en place de soins de confort.

Dans l'étude de Gosset et al. sur les LATA, l'oxygénothérapie était poursuivie dans 95,6% des cas, l'hydratation dans 90,8%, et l'antibiothérapie dans 70,5% (26). Nos données concernant l'oxygénothérapie, l'hydratation et l'antibiothérapie sont inférieures. On peut se demander si ces résultats sont le reflet d'une meilleure formation aux LATA au sein des services d'urgences de l'hôpital Saint Joseph Saint Luc, leur permettant une meilleure cohérence dans leur prise en charge de la fin de vie.

Dans notre étude, la totalité des patients sont hospitalisés en fin de vie et 24,3% d'entre eux ont bénéficié d'une hospitalisation ou d'un passage aux urgences dans le mois précédant leur décès. Seulement 2,1% des patients ont bénéficié de l'avis d'une EMSP lors de l'hospitalisation.

En oncologie, l'hospitalisation des personnes en fin de vie ainsi que le passage d'une EMSP dans les 3 jours précédant le décès sont des critères d'agressivité des soins, tout comme les passages répétés en hospitalisations dans le mois précédant le décès (13).

Malgré un décès au décours d'une hospitalisation pour nos patients, on observe un faible nombre d'hospitalisations ou de passages répétés aux urgences. Les critères d'agressivité des soins semblent être minimisés bien que nous soyons dans un contexte d'urgence, et non d'oncologie. On peut se demander si l'intervention de l'EMSP des Massues au sein de l'hôpital de Saint Joseph Saint Luc ne sensibilise pas tous les praticiens aux soins palliatifs.

[2/ Forces et limites de l'étude](#)

La principale force de notre étude repose sur le fait d'établir un état des lieux de la démarche palliative au sein des établissements pour personnes âgées entre 2017 et 2019 dans la région lyonnaise.

Les limites reposent sur un biais de sélection et un biais d'information. Le biais de sélection est lié au fait de s'être focalisé uniquement sur les services d'urgences de l'hôpital Saint Joseph Saint Luc. En effet, pour les personnes fragiles, les médecins favorisent parfois l'admission directe en service de médecine conventionnelle. Nous n'avons pu étudier ces transferts pour des raisons pratiques d'organisation de l'étude. D'après l'équipe médicale des urgences, environ 1000 patients par an sont adressés aux services de gériatrie de l'hôpital de Fourvière, mais également à l'hôpital des Massues et de Sainte Foy lès Lyon. Cela pourrait sous-estimer le nombre de patients décédés à la suite d'un transfert aux urgences chaque année.

Le biais d'information est lié au biais de mémorisation. Nous avons étudié les dossiers informatisés de chaque patient, mais il se peut que certains éléments des dossiers n'aient pu être numérisés. D'autre part, l'analyse de chaque dossier a été faite par un seul examinateur, ce qui peut influencer sur le mode de recueil des données.

3/ Perspectives

Un nouveau mode de fonctionnement se met en place dans les EHPAD de la région lyonnaise : la présence d'une infirmière la nuit qui assure la permanence des soins pour plusieurs établissements lors d'une même garde (38). Ce système a l'avantage de permettre l'administration continue des traitements complexes. En effet, l'ONFV en 2013 avait pointé du doigt la difficulté que représentait l'absence d'infirmier la nuit (2).

D'autre part, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes souhaite développer les interventions extrahospitalières de toutes les EMSP de la région lyonnaise dans les EHPAD. En effet, en 2017 dans le Rhône, seulement 3 EMSP sur les 8 existantes avaient signé une convention avec les EHPAD (12). Ces partenariats permettraient de développer les soins palliatifs au sein des établissements tout en formant leurs équipes soignantes.

L'étude de Ciais et al. à Nice a recruté et formé une équipe paramédicale d'urgence spécialisée de soins palliatifs, composée d'une infirmière et d'un bénévole (39). Cette équipe était susceptible d'intervenir de jour comme de nuit, 7 jours sur 7. Elle intervenait au domicile du patient en complément d'un médecin (généraliste ou urgentiste), pour analyser la situation et recueillir les souhaits du patient. Son rôle était de mettre en œuvre le traitement adapté à la situation puis de surveiller le malade sur un temps suffisamment long pour obtenir le soulagement de ce dernier. Sur l'année étudiée, le recours à ce type d'équipe a permis « de diviser par 3 à 4 le taux d'hospitalisation pour les patients en phase terminale à domicile » (39). Les patients relevaient principalement d'une prise en charge oncologique, mais également de situations de « poly-pathologie du grand âge ». La dyspnée était le principal motif de recours aux urgences comme dans notre étude. Devant cette similitude, on peut se demander si un tel dispositif pourrait s'appliquer dans les établissements pour personnes âgées, EHPAD ou non EHPAD, afin de diminuer les hospitalisations de résidents en fin de vie.

V CONCLUSION



Nom, prénom du candidat : GARCIA DARENNES Clothilde

CONCLUSIONS

La question de la fin de vie et de la promotion des soins palliatifs est un enjeu sociétal et médical majeur, que ce soit dans les services hospitaliers ou au domicile, et par extension dans les établissements pour personnes âgées, dernier lieu de vie pour de nombreuses personnes.

Le développement des soins palliatifs a permis d'améliorer la prise en charge de la fin de vie, initialement en USP. Puis cette démarche a été portée par la création d'EMSP intra-hospitalière. L'un des axes des différents plans triennaux de soins palliatifs porte la volonté de développer une démarche d'accompagnement en dehors des établissements sanitaires. A ce titre, le champ d'action des EMSP a été élargi, afin qu'elles puissent intervenir dans des établissements extrahospitaliers et à domicile.

Pour certaines personnes âgées, l'accompagnement de la fin de vie se fait au sein de structures médico-sociales. Néanmoins, il est fait le constat qu'un nombre non négligeable de personnes âgées décèdent en milieu hospitalier dans les suites d'un transfert vers un service d'urgences. La question de la fin de vie et du développement de la démarche palliative se doit donc d'être centrée sur les besoins des résidents pour limiter ces transferts. Il nous semblait intéressant d'établir un profil des personnes âgées décédant aux urgences.

L'objectif principal de notre étude est de décrire la population de patients décédés aux urgences de l'hôpital Saint Joseph Saint Luc, et adressés par les établissements pour personnes âgées. Nous avons donc inclus tous les décès des patients âgés de plus de 65 ans, survenus au sein des services des urgences de cet hôpital entre le 1^{er} Janvier 2017 et le 31 Décembre 2019, et provenant d'un établissement pour personnes âgées.

Sur cette période, nous avons recensé 140 décès correspondant à nos critères d'inclusion. Ces patients provenaient de nombreux établissements médico-sociaux de la région lyonnaise. Les patients étaient en moyenne âgés de 89,5 ans, il y avait 92 femmes, et 48 hommes, près de la moitié (49%) étaient classés GIR 1 et 2. La majorité des patients présentaient un tableau poly-pathologique avec comme principale pathologie évolutive, une atteinte neurologique, puis cardiovasculaire, puis oncologique.

En termes de fréquence, les patients étaient adressés pour la survenue de difficultés respiratoires, puis pour les problèmes digestifs (suspicion d'occlusion, suspicion d'hémorragie digestive, et vomissements), puis les suspicions d'AVC. Le principal diagnostic de décès retenu par les médecins urgentistes était une décompensation cardiaque (n=48), puis une détresse respiratoire (n=36) et une septicémie (n=25). Le décès survenait en moyenne 2,5 jours après leur admission aux urgences.

Les principaux soins reçus par les patients avant leur décès reposaient sur des traitements à visée antalgique (n=98), respiratoire (n=84), anti-infectieuse (n=76) et sédatrice (n=67). Une décision collégiale de limitation des soins a eu lieu pour 61 patients (43%). Dans notre population, la quasi-totalité des patients (n=131) n'avait pas bénéficié de l'intervention d'une EMSP.

Le décès dans un service de soins aigus constitue un critère d'agressivité des soins en fin de vie. Les services d'urgence ne sont pas des lieux adaptés à de telle prise en charge pour les personnes âgées fragiles. D'autant que ces situations sont vécues difficilement à la fois par le personnel des urgences, les familles, et les équipes des lieux de vie des personnes âgées. Le développement d'une démarche palliative et d'une réflexion collégiale sont indispensables à mettre en œuvre en amont de la prise en charge de la fin de vie. Cela passe par la poursuite de la formation du personnel médical, soignant et administratif, l'identification des personnes âgées relevant de cette prise en charge, et la sensibilisation des résidents à rédiger leurs directives anticipées.

Il existe plusieurs outils pour aider à cette identification. Ils pourraient être développés auprès des différents acteurs intervenant au sein des établissements. Cela permettrait d'établir,

de manière pluridisciplinaire, un projet de soins autour de la fin de vie adapté à chaque situation singulière.


Anticiper, de manière collégiale, la réponse thérapeutique adaptée lors de la survenue d'épisodes aigus, permet à l'ensemble des professionnels de santé de pouvoir prendre connaissance du projet de soin établi au préalable et de les aider dans leur prise de décision. En ce sens, la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs a développé un outil : la fiche URGENCE PALLIA. Cette fiche permet d'adapter les soins au sein des structures et de ne pas avoir recours à un transfert vers des structures d'urgence.

Les EMSP, de par leur promotion de la démarche palliative au sein des établissements pour personnes âgées, aident à cette réflexion en amont des situations d'urgence. Elles diminuent donc l'agressivité des soins en fin de vie. L'accent pourrait être mis sur une meilleure collaboration entre les établissements pour personnes âgées et les EMSP d'une part, et les services d'urgence et les EMSP d'autre part.

Le Président de jury,
Professeur ZERBIB Yves
Signature


MSPU Bel-Air
Dr Yves ZERBIB
21 rue Bel-Air - 69800 SAINT PRIEST
69 1 098305

VU,
Le Doyen de la Faculté de Médecine
et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux


Professeur Carole BURILLON

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 04/12/2020

	Maladie de l'appareil digestif			
	Maladie infectieuse			
	Troubles mentaux et psychiatriques			
	Autres causes			
	Non connu			
Service du décès		Nom du service		
Délai entre entrée dans le service et décès		Nombre d'heures ou jours		
Délai entre PEC SAU et décès		Nombre d'heures ou jours		
Objectif du traitement administré		Oui	Non	Donnée absente
	Guérison			
	Traitement d'un épisode aigu d'une maladie chronique			
	Confort du patient			
	Non connu			
Type de traitement administré				
	Anti infectieux			
	Anti néoplasique			
	Antalgique			
	Cardiologique (diurétique,...)			
	Neurologique			
	Nutrition/hydratation			
	Psychiatrique (anxiolytiques,...)			
	Chirurgical			
Mise en route de soins palliatifs				
	Établissement d'une fiche Urgence Pallia			
	Demande d'avis de l'EMSP pendant l'hospitalisation ?			
	Prise de décision collégiale ?			
	Allègement des thérapeutiques			
	Prise en charge psychologique ?			

Fiche URGENCE PALLIA

Concernant une personne en situation palliative ou palliative terminale

Fiche destinée à informer un médecin intervenant lors d'une situation d'urgence. Celui-ci reste autonome dans ses décisions.



RÉDACTEUR Nom : Statut du rédacteur :
 Téléphone : ou tampon :
 Fiche rédigée le :

PATIENT M. Mme **NOM** : **Prénom** :
 Rue : **Né(e) le** :
 CP : **Ville** : **Téléphone** :
 N° SS : Accord du patient pour la transmission des informations : Oui Non Impossible

Médecin traitant : Joignable la nuit Oui Non NA¹ Tél :
 Médecin hospitalier référent : Tél :
 Service hospitalier référent : Tél :
 Lit de repli possible² : Tél :
 Suivi par HAD : Oui Non NA Tél :
 Suivi par EMSP : Oui Non NA Tél :
 Suivi par réseau : Oui Non NA Tél :
 Autres intervenants à domicile :
 (SSIAD, IDE libérale...)
 avec leur(s) numéro(s) de téléphone

Pathologie principale et diagnostics associés :

Le patient connaît-il son diagnostic ? Oui Non En partie NA Son pronostic ? Oui Non En partie NA
 L'entourage connaît-il le diagnostic ? Oui Non En partie NA Le pronostic ? Oui Non En partie NA
 Réflexion éthique collégiale sur l'orientation des thérapeutiques : Oui Non En partie NA

Projet thérapeutique :
 Symptômes et risques possibles : Douleur Dyspnée Vomissement
 Encombrement Anxiété majeure
 Agitation Convulsions Occlusion
 Autres (à préciser dans cette zone →)
 Produits disponibles au domicile :
 Prescriptions anticipées : Oui Non NA

DÉMARCHE PRÉVUE Avec accord patient le Projet d'équipe si accord patient impossible
 Hospitalisation : Souhaitée si aggravation Envisageable Refusée autant que possible NA
 Soins de confort exclusifs : Oui Non NA Décès à domicile : Oui Non NA
 Réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire : Oui Non NA Massage cardiaque : Oui Non NA
 Ventilation non invasive : Oui Non NA Intubation : Oui Non NA
 Usage d'amines vaso-actives : Oui Non NA Trachéotomie : Oui Non NA
 Sédation en cas de détresse aiguë avec pronostic vital engagé : Oui Non NA Remplissage : Oui Non NA

Directives anticipées Oui Non NA Rédigées le Copie dans le DMP
Personne de confiance Lien : Tél :
Où trouver ces documents ?
Autre personne à prévenir Lien : Tél :

1) NA = Non Applicable ou inconnu

2) Validé au préalable avec le service concerné

Version fiche 2017-05

QUE SONT LES SOINS PALLIATIFS¹ ?

Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Dans une approche globale et individualisée, ils ont pour objectifs de :

- Prévenir et soulager la douleur et les autres symptômes, prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée.
- Limiter la survenue de complications, en développant les prescriptions anticipées personnalisées
- Limiter les ruptures de prises en charge en veillant à la bonne coordination entre les différents acteurs de soin.

La démarche de soins palliatifs vise à éviter les investigations et les traitements déraisonnables tout en refusant de provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel.

ET L'ACCOMPAGNEMENT¹ ?

L'accompagnement d'un malade et de son entourage consiste à apporter attention, écoute, réconfort, en prenant en compte les composantes de la souffrance globale (physique, psychologique, sociale et spirituelle). Il peut être mené en lien avec les associations de bénévoles. L'accompagnement de l'entourage peut se poursuivre après le décès pour aider le travail de deuil.

A QUI S'ADRESSENT-ILS¹ ?

Aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale, en accompagnant leurs familles et leurs proches.

¹ Soins palliatifs et accompagnement. Coll. Repères pour votre pratique. Inpes, mai 2009.

QUEL EST LE CADRE LEGAL ?

Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs : « Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement »

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (« loi Léonetti ») : propose aux professionnels de santé un cadre de réflexion reposant sur le respect de la volonté de la personne malade (directives anticipées, personne de confiance), le refus de l'obstination déraisonnable. Elle indique les procédures à suivre dans les prises de décisions : collégialité et traçabilité des discussions, de la décision et de son argumentation.

LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie : Cette loi clarifie les conditions de l'arrêt des traitements au titre du refus de l'obstination déraisonnable. Elle instaure un droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès pour les personnes dont le pronostic vital est engagé à court terme. Les directives anticipées deviennent l'expression privilégiée de la volonté du patient hors d'état de le faire et s'imposent désormais aux médecins.

OU TROUVER UNE EQUIPE DE SOINS PALLIATIFS EN FRANCE ?

Répertoire national des structures :

www.sfap.org

Accompagner la fin de la vie, s'informer, en parler :



PALLIA 10 GERONTO

Quand faire appel à une équipe de soins palliatifs ?

Outil d'aide à la décision en 10 questions

Accès aux soins palliatifs :
→ un droit pour les patients
→ une obligation professionnelle pour les équipes soignantes

(version mai 2016)

Chaque professionnel de santé aura à mettre en place une démarche palliative et d'accompagnement au cours de son exercice.

Qui peut utiliser PALLIA 10 GERONTO ?

Tout soignant dans le cadre d'une réflexion collégiale

Dans quel but utiliser PALLIA 10 GERONTO ?

Pallia géronto est un outil conçu pour vous aider à mieux repérer le moment où une démarche de soins palliatifs doit être envisagée avec, si besoin, le recours à une équipe spécialisée de soins palliatifs

Quand utiliser PALLIA 10 GERONTO ?

Chez des personnes âgées de plus de 75 ans atteintes d'une maladie ou de polyopathologies évolutives qui ne guériront pas en l'état actuel de nos connaissances.

Quand l'accumulation des besoins rend complexe la démarche d'accompagnement : élaboration du projet de soins le plus adapté, priorisation et coordination des interventions.

Comment utiliser PALLIA 10 GERONTO ?

Répondez à chacune des questions.

La présence de l'item 1 est obligatoire. Une seule réponse positive aux autres items peut suffire à envisager le recours à une équipe spécialisée en soins palliatifs.

	QUESTIONS	COMPLEMENT	Cocher si item présent
1	La personne âgée de plus de 75 ans est atteinte d'une maladie grave évolutive ou de polyopathologies qui ne guériront pas, en l'état actuel des connaissances	Une réponse positive à cette question est une condition nécessaire pour utiliser la grille PALLIA GERONTO et passer aux questions suivantes.	
2	Il existe un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité somatique péjoratifs	<ul style="list-style-type: none"> • GIR 1 et 2 • MMS inférieure 10 • Albuminémie inférieure à 25g/l • Difficulté persistante d'hydratation/alimentation par voie orale • Escarre stade supérieur ou égal à 3 • Chutes à répétition 	
3	La maladie prédominante et/ou l'ensemble des pathologies sont rapidement évolutifs	Cette évolutivité est souvent caractérisée par la répétition des épisodes aigus	
4	La personne âgée ou son entourage sont demandeurs d'une prise en charge palliative et d'un accompagnement	Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs	
5	Il existe des symptômes non soulagés malgré la mise en place des traitements de première intention	Douleur spontanée ou provoquée lors des soins, dyspnée, vomissements, syndrome occlusif, confusion, agitation...	
6	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre psychique pour la personne âgée et/ou son entourage	Tristesse, angoisse, repli, agressivité ou troubles du comportement, troubles de la communication, conflits familiaux, psycho-pathologie préexistante chez la personne âgée et son entourage.	
7	Vous identifiez des facteurs de vulnérabilité d'ordre social chez la personne âgée et/ou son entourage	Isolement, précarité, difficultés financières, existence dans l'entourage d'une personne dépendante ou handicapée, enfant à charge, épuisement de l'aidant naturel	
8	La personne âgée ou son entourage ont des difficultés d'intégration de l'information sur la maladie et/ou sur le pronostic	Face à l'angoisse générée par la maladie qui s'aggrave, la personne âgée, l'entourage peuvent mettre en place des mécanismes de défense psychologique qui rendent la communication difficile et compliquent la mise en place d'un projet de soins palliatifs.	
9	Vous constatez des questionnements et/ou des divergences parmi les professionnels concernant la cohérence du projet de soins	Ces questionnements peuvent concerner: <ul style="list-style-type: none"> • Les prescriptions anticipées • L'hydratation, l'alimentation, une antibiothérapie, une pose de sonde, une transfusion, une surveillance particulière (HGT, monitoring...) • L'indication et la mise en place d'une sédation • Le lieu de prise en charge le plus adapté • Le statut réanimatoire éventuel 	
10	Vous vous posez des questions sur l'attitude adaptée concernant par exemple: <ul style="list-style-type: none"> • Refus de soins et/ou de traitement • Limitation ou arrêt d'un traitement • Demande d'euthanasie • Présence d'un conflit de valeurs 	Conformément aux lois en vigueur, il convient de prendre en compte les directives anticipées et/ou de recueillir l'avis de la personne de confiance.	

BIBLIOGRAPHIE

1. Observatoire national de la fin de vie : rapport 2014 - Fin de vie et pr | Vie publique.fr [Internet]. [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/34552-observatoire-national-de-la-fin-de-vie-rapport-2014-fin-de-vie-et-pr>
2. Observatoire national fin de vie 2013 Fin de vie des personnes agees | Vie publique.fr [Internet]. [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/33531-observatoire-national-fin-de-vie-2013-fin-de-vie-des-personnes-agees>
3. Observatoire national de la fin de vie : rapport 2012 - Vivre la fin de | Vie publique.fr [Internet]. [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/rapport/33067-observatoire-national-de-la-fin-de-vie-rapport-2012-vivre-la-fin-de>
4. Pennec S, Gaymu J, Riou F, Morand E, Pontone S, Aubry R, et al. Mourir chez soi : un souhait majoritaire mais une situation peu fréquente. *Popul Sociétés*. 2015;N° 524(7):1.
5. Hecquet M. Les Ehpad, lieux de vie, lieux de mort. *J Psychol*. 3 juin 2011;n° 287(4):31-4.
6. Décès INSEE 2018.xls.
7. Valentin K. Facteurs conduisant à une décision de transfert de résident en fin de vie vers une structure d'urgence : Etude qualitative auprès de médecins coordonnateurs d'EHPAD. Université Claude Bernard Lyon 1; 2015.
8. Infographie : L'hébergement des personnes âgées en établissement - Les chiffres clés - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 6 oct 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/infographies/article/infographie-l-hebergement-des-personnes-agees-en-etablissement-les-chiffres>
9. Cars NL, Col JD, Hirschauer A. Accompagnement de la fin de vie en EHPAD : anticipation, coordination et réflexion. *Laennec*. 12 avr 2016;Tome 64(2):7-20.
10. er1094_toile.pdf [Internet]. [cité 21 déc 2020]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1094_toile.pdf
11. Beyrie_Adeline, Douguet_Florence, Mino_Jean-Christophe. Accompagner la fin de vie en maison de retraite : spécificités et limites d'un travail inestimable. *ethnographiques.org* [Internet]. 21 janv 2020 [cité 21 janv 2020]; Disponible sur: http://www.ethnographiques.org/2017/Beyrie_Douguet_Mino
12. Herr DA-L, Idmoumaz MC. Les soins palliatifs extra hospitaliers dans le Rhône. p. 8.

13. Earle CC, Park ER, Lai B, Weeks JC, Ayanian JZ, Block S. Identifying Potential Indicators of the Quality of End-of-Life Cancer Care From Administrative Data. *J Clin Oncol*. 15 mars 2003;21(6):1133-8.
14. Earle CC, Landrum MB, Souza JM, Neville BA, Weeks JC, Ayanian JZ. Aggressiveness of Cancer Care Near the End of Life: Is It a Quality-of-Care Issue? *J Clin Oncol*. 10 août 2008;26(23):3860-6.
15. Bouleuc C, Burnod A, Angellier E, Massiani M-A, Robin M-L, Copel L, et al. Les soins palliatifs précoces et intégrés en oncologie. *Bull Cancer (Paris)*. sept 2019;106(9):796-804.
16. circulaire_099_250308.pdf [Internet]. [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_099_250308.pdf
17. Instruction DGOS/R 4/DGCS n°2010-275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - APHP DAJDP [Internet]. [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/instruction-dgosr-4dgcs-n2010-275-du-15-juillet-2010-relative-aux-modalites-dintervention-des-equipes-mobiles-de-soins-palliatifs-dans-les-etablissements-dhebergement-pour-pe/>
18. Programme_de_developpement_des_soins_palliatifs_2008_2012.pdf [Internet]. [cité 21 nov 2020]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_de_developpement_des_soins_palliatifs_2008_2012.pdf
19. Démarche palliative. :80.
20. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Loi fin de vie du 2 février 2016 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/ameliorer-la-fin-de-vie-en-france/article/loi-fin-de-vie-du-2-fevrier-2016>
21. France E des H-F. Collégialité et responsabilité pour toutes les décisions importantes en fin de vie [Internet]. [cité 5 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.ethique-hdf.fr/detail-evenement/collegialite-et-responsabilite-pour-toutes-les-decisions-importantes-en-fin-de-vie/>
22. Couilliot M-F, Vassy C, Le Boul D. Le temps du mourir et le temps de l'hôpital : prise en charge des patients en fin de vie aux Urgences. *Sante Publique (Bucur)*. 17 oct 2011;Vol. 23(4):269-78.
23. Chiffres clés du CH St Joseph St Luc [Internet]. [cité 8 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.ch-stjoseph-stluc-lyon.fr/h%C3%B4pital/2.chiffres-cles>
24. Hôpital Edouard Herriot | Hospices Civils de Lyon - HCL [Internet]. [cité 8 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.chu-lyon.fr/fr/hopital-edouard-herriot>
25. Service d'accueil des urgences | HCL - Hospices Civils de Lyon [Internet]. [cité 2 déc

- 2020]. Disponible sur: <https://www.chu-lyon.fr/fr/service-accueil-urgences-lyon-sud>
26. Gosset P, Cense A, Leroux M, Domisse L, Henriques P, Ammirati C. Limitation et arrêt des thérapeutiques actives aux urgences : évaluation des pratiques aux urgences dans un centre hospitalier universitaire. *Médecine Palliat.* déc 2020;19(6):349-55.
27. er1015.pdf [Internet]. [cité 25 nov 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1015.pdf>
28. Kouyoumdjian V, Perceau-Chambard E, Sisoix C, Filbet M, Tricou C. Physician's perception leading to the transfer of a dying nursing home resident to an emergency department: A French qualitative study. *Geriatr Gerontol Int.* 2019;19(3):249-53.
29. Chane-Won-In S. L'apport des équipes mobiles de soins palliatifs intervenant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes auprès des médecins généralistes, des résidents, de leur famille et des équipes soignantes : étude qualitative par entretien semi-directif. Université de Bordeaux; 2015.
30. Ledoux M, Tricou C, Roux M, Dreano-Hartz S, Ruer M, Filbet M. Cancer Patients Dying in the Intensive Care Units and Access to Palliative Care. *J Palliat Med.* mai 2018;21(5):689-93.
31. NOS AÎNÉS FRAGILISÉS EN MAISON DE RETRAITE MÉDICALISÉE : une vie de mouvements - PDF Téléchargement Gratuit [Internet]. [cité 21 déc 2020]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/14453975-Nos-aines-fragilises-en-maison-de-retraite-medicalisee-une-vie-de-mouvements.html>
32. Cauterman et Haas - 2006 - maxime.cauterman@sante.gouv.fr pierre-etienne.haas.pdf [Internet]. [cité 22 déc 2020]. Disponible sur: <http://urgentologue.free.fr/dmddocuments/organisation/sau/MeaH/2006-09%20-%20reduire%20temps%20passage%20aux%20Urgences%20-%20rapport%20etape.pdf>
33. er929.pdf [Internet]. [cité 22 déc 2020]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er929.pdf>
34. Rannou A-L, Laloue M, Guénégo A, Morel V. Permanence de soins et fin de vie : rôle et utilisations de la fiche « Samu pallia » en Ille-et-Vilaine. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique.* avr 2017;16(2):81-7.
35. Fiche Urgence Pallia (= SAMU Pallia) | SFAP - site internet [Internet]. [cité 22 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/rubrique/fiche-urgence-pallia-samu-pallia>
36. Cardine M, Monier P-A, Descombe V. La fiche de liaison « Urgences-Soins Palliatifs » : vous connaissez ? *Rev Int Soins Palliatifs.* 14 sept 2018;Vol. 33(HS):52-5.
37. Emmanuel N. Haute Autorité de santé. 2020;34.
38. Présence de personnel IDE de nuit en EHPAD [Internet]. [cité 5 janv 2021]. Disponible

sur: <http://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/presence-de-personnel-ide-de-nuit-en-ehpad>

39. Ciais J-F, Pradier C, Ciais C, Berthier F, Vallageas M, Raucoules-Aime M. Impact d'une équipe d'urgence spécialisée sur les hospitalisations non désirées de patients en phase terminale à domicile. *Presse Médicale*. mars 2007;36(3):404-9.

GARCIA DARENNES Clothilde

Quelles sont les personnes âgées qui décèdent aux urgences ? Étude rétrospective descriptive des décès de patients adressés par les établissements pour personnes âgées au service des urgences de l'hôpital Saint Luc Saint Joseph
Thèse Médecine Générale : Lyon 2021 ; n° 12

Résumé

Introduction : La question de la fin de vie est un enjeu sociétal majeur. Le développement des soins palliatifs a permis d'améliorer la prise en charge de cette période, notamment par la création d'équipe mobile de soins palliatifs. Ces équipes, initialement intra-hospitalières, ont vu leur champ d'action s'élargir au domicile du patient et au sein des structures médicosociales. Il a été montré que leur intervention permettait de limiter l'agressivité des soins en fin de vie.

Méthodes : Pour définir le profil de personnes âgées décédant aux urgences, nous avons réalisé une étude épidémiologique, observationnelle, rétrospective et descriptive des décès de patients de plus de 65 ans, adressés par des établissements pour personnes âgées de la région lyonnaise aux urgences de l'hôpital Saint Joseph Saint Luc. Nous avons inclus les services du SAU, de l'UHCD et de l'UHP.

Résultats : Nous avons recensé 317 décès de patients âgés de plus de 65 ans au sein des services étudiés. Parmi eux, 140 provenaient d'un établissement pour personnes âgées (USLD, EHPAD, EHPA non EHPAD, résidences autonomie). Les femmes représentaient 66% de notre population. Les patients présentaient un niveau de dépendance GIR 1 et 2 pour 49% d'entre eux. Ils étaient adressés en majorité pour des difficultés respiratoires. Le décès est survenu en moyenne 2,5 jours après l'admission aux urgences. Les principaux traitements administrés étaient à visée antalgique, respiratoire, et anti-infectieuse. Une décision collégiale de limitation de soins a eu lieu pour 61 patients. La quasi-totalité des patients n'a pas bénéficié de l'intervention d'une EMSP.

Conclusion : La diffusion d'outils d'aide à la prise en charge comme les fiches SAMU PALLIA et PALLIA 10 GERONTO permettrait de favoriser le développement des soins palliatifs au sein des établissements médico-sociaux.

MOTS CLES : établissements pour personnes âgées, EMSP, fin de vie, hôpital Saint Joseph Saint Luc

JURY : Président : Monsieur le Professeur Yves ZERBIB

Membres : Monsieur le Professeur Karim TAZAROURTE

Madame le Professeur Élise PERCEAU-CHAMBARD

Madame le Docteur Sylvie MEYRAN

Monsieur le Docteur Théophile FAURE (directeur)

DATE DE SOUTENANCE : Mardi 12 Janvier 2012