

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2016

Thèse n°105

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 7 septembre 2016
Par Cecilia Odette Filomene ROUSTIT, épouse DESTEPHEN
Née le 19 août 1985 à Domont

**Décès des patients admis aux urgences :
Étude rétrospective mono-centrique aux urgences
du CHU de Pellegrin.**

Directeur de Thèse :
Monsieur le Docteur Pierre-Arnaud FORT

Membres du Jury

Madame la Professeure Nathalie SALLES
Monsieur le Professeur Frédéric VARGAS
Monsieur le Professeur Christophe ADAM
Monsieur le Docteur Pierre-Arnaud FORT
Monsieur le Docteur Laurent MAILLARD
Monsieur le Docteur Guillaume VALDENNAIRE

Président
Rapporteur
Juge
Juge
Juge
Juge

A Madame la Professeure Nathalie Salles,

Qui me fait l'honneur de présider ce jury,

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez immédiatement porté au sujet.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Pierre-Arnaud Fort,

Pour avoir accepté de diriger ce travail,

Je te remercie d'avoir partagé cette épreuve avec moi, d'avoir pu m'aider et surtout m'avoir sorti la tête de l'eau lorsque je ne voyais plus la surface ...

Ta présence et ta disponibilité m'ont été précieuses, ton exigence et ton souci du détail m'ont incitée à approfondir ma réflexion.

Je te remercie aussi de ton exemple et de ta gentillesse lors de ces gardes partagées.

Merci, tu es un directeur formidable.

A Monsieur le Professeur Frédéric Vargas,

Qui me fait l'honneur d'être mon rapporteur, et de juger ce travail,

Vous avez si gentiment et spontanément accepté de participer à ce travail.

Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Christophe Adam,

Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

Vous êtes un modèle pour la relation que vous entretenez avec vos patients. Permettez-moi de vous exprimer toute mon estime et mon admiration.

Je vous remercie pour votre soutien tout au long de ces dernières années.

A Monsieur le Docteur Laurent Maillard,

Tu me fais l'honneur de juger ce travail,

Je te remercie d'avoir eu confiance en moi, ainsi que du soutien que tu as su m'apporter et des solutions trouvées pour que je puisse avancer.

Trouve ici, l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Dr Guillaume Valdenaire,

Tu me fais l'honneur de juger ce travail,

Je te remercie d'avoir pu me laisser l'opportunité de réaliser cette étude dans ton service. Je te remercie aussi d'avoir su me donner ce goût pour la médecine d'urgence.

*A Jean, mon grand Amour,
Plus que quiconque, tu sais combien les marches qui menèrent à
l'aboutissement de ce travail furent difficiles. Ton soutien, ta patience et
ton amour n'ont jamais faillis.
Je mesure chaque jour la chance que j'ai de t'avoir à mes côtés.
Permetts-moi de t'offrir ce travail en gage de tout ce que nous avons
encore à construire...
Je t'aime 10 000*

*A Agathe, tu es ma plus belle réussite, sache que je serai toujours fière de
toi. Tu fais crépiter ma vie de maman comme jamais je n'aurais pu
l'imaginer.
A toi, qui est déjà plus que présent dans nos vies... Tu viens parfaire notre
vie... et notre bonheur ...*

*A mes parents, Bernard et Antonietta,
Pour toutes ses innombrables choses, petites et grandes, qui font ce que je
suis aujourd'hui.*

*A ma sœur, Vanessa, et à ma nièce d'amour, Chiara,
La route fut longue, mais nous avons su trouver un équilibre ... j'ai la
chance de t'avoir comme sœur. Je vous souhaite d'être heureuses.*

*A ma mamie Odette, tu ne liras pas cette thèse mais je te la raconterai ...
A mon papí Loulou, qui aurait été tellement fier de moi...
A Menine, qui, je pense, ne fera jamais la différence entre une infirmière
et une doctoresse... grazie per essere mia nonna !*

*A ma tatie Nicole, qui a toujours su être présente, dans les bons ou les
mauvais moments...*

*A Jenny et Philippe, Merci d'être là depuis tant d'années et de
m'apporter cet amour constant.*

*A Sylvie et Jean-Yves, ainsi que Hélène, pour tous ces moments partagés !
je n'aurais jamais pu avoir de meilleurs parrain / marraine !*

*A Iris, pour ta fraîcheur, ta jeunesse et ta bonté
A Marjorie, pour ton exemple, ta douceur et ton soutien
A Noémie, pour toutes ces années, ton amitié et ta bienveillance*

A nos amis, et tous ceux que je ne nomme pas,

*À toute l'équipe des urgences d'Agen.
A tous les médecins qui ont partagé mon chemin,*

*A l'avenir,
Qui nous promet tant de belles choses...*

Table des matières

INTRODUCTION	7
ETAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES.....	9
1. DEFINITIONS	9
1.1. La mort	9
1.2. L'urgence	13
2. RAPPORT DE L'HOMME A LA MORT	15
2.1. Attitude et comportements face à la mort	15
2.2. Les rites et la mort.....	16
3. L'HOPITAL	20
3.1. Généralités	20
3.2. Les services d'urgences	20
4. LES URGENCES ET LA MORT	23
4.1. Epidémiologie	23
4.2. Revue de la littérature.....	24
4.3. Ethique médicale	27
4.4. Aspects médico-légaux.....	31
4.5. Le don d'organes	32
4.6. Prise en charge de l'entourage après un décès dans un service d'urgence	33
MATERIEL ET METHODE	36
RESULTATS	40
1. EPIDEMIOLOGIE GENERALE.....	40
1.1. Généralités	40
1.2. Description	41
1.3. Sex Ratio	45
1.4. Les mois et jours de la semaine.....	47
1.5. Temps de passage au SAU	50
1.6. Durée du séjour.....	51
1.7. Les tranches d'âge	61
1.8. Lieux de décès	74
2. ANALYSES COMPARATIVES	80
2.1. Urgences vs Services	80
2.2. Valeurs prédictives	92
DISCUSSION	93
1.ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION	93
2.CRITIQUE DE LA METHODE	105
CONCLUSION.....	108
ANNEXE.....	109
BIBLIOGRAPHIE	111
SERMENT D'HIPPOCRATE	115

Liste des abréviations utilisées

ACR :	Arrêt Cardio Respiratoire
APHP :	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
ARS :	Agence Régionale de Santé
AS :	Aide-Soignante
AVC :	Accident Vasculaire Cérébral
AVK :	Anti Vitamine K
CCNE :	Comité Consultatif National Ethique
CHR :	Centre Hospitalier Régional
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CSP :	Code de la Santé Publique
DIM :	Département d'Information Médicale
DMP :	Dossier Médical Partagé
EAPC :	Association Européenne pour les Soins Palliatifs
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EME :	Etat de Mal Epileptique
EMSP :	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
EP :	Embolie Pulmonaire
IAO :	Infirmier/e d'Accueil et d'Orientation
IDE :	Infirmier/e Diplômé/e d'Etat
IDM :	Infarctus Du Myocarde
IMV :	Intoxication Médicamenteuse Volontaire
INSEE :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
LATA :	Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives
LISP :	Lits Identifiés en Soins Palliatifs
MAO :	Médecin d'Accueil et d'Orientation
NC :	Non Communiqué
OAP :	Œdème Aigu Pulmonaire
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PMO :	Prélèvement Multi Organes
PMSI :	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
SAMU :	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SAPL :	Syndrome des Anti Phospholipides
SAU :	Service d'Accueil des Urgences
SAUV :	Salle d'Accueil des Urgences Vitales
SMUR :	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
TC :	Traumatisme Crânien
UHCD :	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

INTRODUCTION

Les urgences médicales sont une priorité de santé publique dans notre pays.

La mission légalement définie des services d'urgences est « *d'accueillir sans sélection, 24h/24, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et de la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgences vitales* » [1].

2 à 3 % des patients admis aux urgences présentent des pathologies aiguës mettant en jeu leur pronostic vital à court terme [2]. De ce fait, certains patients seront amenés à décéder au sein du service.

La prise en charge des décès ne figure pas explicitement parmi les missions de l'hôpital. Dans le code de la santé publique, elle n'est abordée qu'à partir de questions juridiques particulières, au chapitre des prélèvements d'organes, ou comme un simple mode de sortie de l'hôpital, voir en tant que complication iatrogène, mais jamais en tant que futur inéluctable de la personne, que celle-ci soit attendue ou non.

Néanmoins, depuis une dizaine d'année, un certain nombre de patients sont également admis pour décéder dans les services d'urgences français, dans le cadre d'une fin de vie attendue. Ces patients présentent des pathologies chroniques, évolutives et à court terme défavorables [3, 4, 5]. Ils sont en général admis pour une pathologie aiguë mais aussi, dans certains cas, dans le cadre de l'évolution terminale de leur pathologie chronique.

Les services d'urgences constituent souvent une porte d'entrée privilégiée pour l'admission de ces patients [6]. De manière plus générale, ils constituent même pour certaines périodes (nuits, week-end et jours fériés) et dans de nombreux territoires la seule porte d'entrée pour l'accueil des personnes en demande de soins.

A ce jour, peu d'études ont évalué la problématique des décès aux urgences, qu'ils soient attendus ou survenant de manière brutale. Certaines croyances semblent être ancrées dans les esprits, évoquant une relation avec les périodes de week-end ou encore les changements d'internes dans nos services.

Nous avons donc choisi de mener une étude rétrospective sur 1 an, consacrée à la survenue des décès après une admission aux urgences d'un CHU. Nous avons choisi d'étudier la survenue des décès immédiats dans le service mais également ceux survenant de manière retardée dans les premiers jours suivant l'admission afin de pouvoir prendre en compte l'orientation de ces patients, notamment vers une structure intermédiaire de type UHCD attenante au service des urgences.

Ainsi, après une première partie consacrée à des notions générales sur la mort et les urgences, nous présenterons les résultats de l'étude réalisée sur l'ensemble de l'année 2012 dans le service des urgences du CHU Pellegrin et nous discuterons les principaux résultats au regard des différentes études réalisées.

ETAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES

1. DEFINITIONS

1.1. La mort

1.1.1. Encyclopédie

La mort est d'abord la fin, la cessation, l'arrêt de la vie.

C'est la perte définitive par une entité vivante (organe, individu, tissu ou cellule) des propriétés caractéristiques de la vie, entraînant sa destruction [7].

La mort qui nous intéresse dans notre étude est celle de l'individu. Elle ne correspond donc pas à la fin de la vie, mais à la fin d'une vie et la cessation définitive de ses fonctions corporelles.

D'un point de vue biologique, la mort correspond à l'arrêt définitif des fonctions biologiques, et ce, de manière irréversible.

Ces processus sont progressifs et ne correspondent pas à la mort de l'individu, ce qui permet donc, dans les 24 h, de réaliser des prélèvements de tissus viables.

La mort est aussi définie par les circonstances de la fin de vie. Ce qui représente la façon de mourir ainsi que la perception de la mort par le mourant.

1.1.2. Légale et clinique

L'évolution de la médecine et des nouvelles technologies a permis au fil du temps de déplacer et définir les limites de la vie et de la mort.

Dès 1800, Bichat dissocie les fonctions animales et motrices nécessitant une bonne marche des fonctions cérébrales et des fonctions organiques qui persistent malgré de grosses lésions cérébrales [8]. Néanmoins, l'arrêt cardiaque définit l'état de mort.

Dès le milieu du 20^{ème} siècle, grâce aux nouvelles techniques telles que la correction des troubles hydro-électrolytiques et des troubles circulatoires ainsi que la ventilation mécanique, la frontière entre la vie et la mort est enfin modifiée.

La mort clinique n'est plus à un instant t , c'est aussi une période plus ou moins longue où les fonctions vitales peuvent être assurées de manière artificielle.

C'est alors qu'un nouvel « état » a dû être défini : « l'état de mort cérébrale ». Il est très important de définir cet état, distinguant alors les patients décédés à cœur arrêté des patients décédés à cœur battant.

1.1.2.1. Diagnostic clinique de mort

Il correspond au constat clinique d'un patient décédé, en arrêt cardio-respiratoire.

Il s'établit sur différents signes cliniques.

1.1.2. 1. a. Signes négatifs

- Arrêt cardio circulatoire
- Arrêt respiratoire
- Abolition de toute conscience
- Perte du tonus musculaire
- Pâleur dite cadavérique

1.1.2.1. b. Signes positifs

Les médecins, aux urgences, sont peu confrontés aux signes positifs de mort.

- Refroidissement et rigidité cadavérique

- Lividité
- Putréfaction

1.1.2.2. La mort encéphalique

En quête d'une identité biologique de la mort, c'est en 1966 que l'Académie de médecine, rejetant les critères de l'arrêt de l'activité respiratoire et circulatoire, devenus obsolètes, proposa l'arrêt de l'activité cérébrale comme critère de la mort clinique [9].

La définition légale de la mort prend ses sources dans celles de la mort encéphalique, elle-même précisée par l'arrêt du Conseil d'Etat du 2 juillet 1993, plus connue sous le nom d'arrêt Milhaud.

La mort encéphalique résulte de l'arrêt de la circulation sanguine dans le cerveau et le tronc cérébral. Cet arrêt circulatoire entraîne une destruction irréversible de la substance blanche ainsi que la substance grise. Ces lésions induisent une destruction totale des fonctions commandées par ces structures.

Néanmoins, pendant quelques heures, l'activité cardiaque peut persister. Malgré la mort encéphalique, liée à la propriété d'automatisme du cœur, conduisant à la notion de patient décédé à cœur battant.

Les signes cliniques, en cas de suspicion de mort encéphalique, doivent être recherchés sur un patient stable d'un point de vue hémodynamique et réchauffé.

L'hypothermie peut simuler, entre autre, un état similaire à celui de mort encéphalique.

Les signes cliniques à rechercher, sont :

- Coma profond aréactif et hypotonique

- Absence de tout mouvement déclenché par la stimulation douloureuse

- Absence de réaction aux stimuli des paires crâniennes :

* Photo-moteur

* Naso-palpébral

* Cilio-spinal

* Cornéen

* Vestibulo-oculaire horizontal

* Oculo-cardiaque

* Tussique

La notion de mort cérébrale est à nouveau définie dans le décret du 2 décembre 1996 modifiée par décret le 2 août 2005, relatif au constat de mort préalable au prélèvement d'organes, de tissus et de cellules à des fins thérapeutiques ou scientifiques.

Le code de la santé publique (CSP), reprend les dispositions de ce décret dans l'article R1232 :

Article R1232-1 - Modifié par Décret n°2005-949 du 2 août 2005 - art. 1 JORF 6 août 2005

Si la personne présente un arrêt cardiaque et respiratoire persistant, le constat de la mort ne peut être établi que si les trois critères cliniques suivants sont simultanément présents :

1° Absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée

2° Abolition de tous les réflexes du tronc cérébral

3° Absence totale de ventilation spontanée.

Article R1232-2 - Modifié par Décret n°2005-949 du 2 août 2005 - art. 1 JORF 6 août 2005

Si la personne, dont le décès est constaté cliniquement, est assistée par ventilation mécanique et conserve une fonction hémodynamique, l'absence de ventilation spontanée est vérifiée par une épreuve d'hypercapnie.

De plus, en complément des trois critères cliniques mentionnés à l'article R. 1232-1, il est recouru pour attester du caractère irréversible de la destruction encéphalique :

1° Soit à deux électroencéphalogrammes nuls et aréactifs effectués à un intervalle minimal de quatre heures, réalisés avec amplification maximale sur une durée d'enregistrement de trente minutes et dont le résultat est immédiatement consigné par le médecin qui en fait l'interprétation

2° Soit à une angiographie objectivant l'arrêt de la circulation encéphalique et dont le résultat est immédiatement consigné par le radiologue qui en fait l'interprétation.

1.2. L'urgence

La première définition du mot « urgence » renvoie à son adjectif [7].

Un acte est urgent lorsque sa réalisation doit être immédiate et dont le préjudice peut être irréparable s'il n'y est porté remède dans les plus brefs délais.

Malgré des réflexions séculaires : Hippocrate essayait déjà de définir l'urgence au Vème siècle avant Jésus-Christ et définissait ainsi la notion d'urgence : « *Il faut profiter de l'occasion de porter secours avant qu'elle n'échappe et on sauvera ainsi le malade pour avoir su en profiter* ». Dans son « traité des maladies », il dit qu'il faut agir vite et propose même que les médecins aient en permanence leur trousse sous

la main, il est intéressant de constater « l'absence de définition médicale ou administrative du terme urgence ».

La définition de l'OMS nous dit : « *L'urgence est un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète, à tort ou à raison, l'intéressé et/ou son entourage.* »

L'urgence médicale caractérise donc le patient nécessitant une prise en charge et un traitement dans les plus brefs délais. Ce qui reste néanmoins très subjectif... d'où la distinction entre les urgences vraies et les urgences ressenties.

Une situation médicale peut être ressentie comme urgente pour un patient, car ressentie comme telle par celui-ci. Elle ne devient qu'une situation d'urgence médicale qu'après prise en charge spécifique et appréciation par un œil exercé.

Ce qui nous montre le sens premier du SAU (Service d'accueil des urgences) et la diversité des consultations qui y sont exercées. Il s'agit là d'un accueil des urgences ressenties par les patients. Les consultations sont donc indépendantes des acteurs de l'urgence médicale.

C'est donc un véritable service public, répondant à une demande de soin en constante augmentation.

2. RAPPORT DE L'HOMME A LA MORT

2.1. Attitude et comportements face à la mort

Les attitudes face à la mort ont évolué au cours des siècles, comme le décrit Philippe Ariès [10]. De même, chaque société adopte une attitude particulière face à la mort [11]. On pourrait même dire que cette attitude en est un élément de définition.

De nos jours, la mort est un tabou. La seule exception à la règle est les morts violentes que l'on peut observer comme un spectacle.

Le mourant, qui était jusqu'alors pris en charge par la famille, jusqu'au dernier souffle, ne l'est plus. Il meurt souvent isolé dans une chambre d'hôpital.

La mort au sein de la famille a été remise en cause par la médicalisation de notre société qui tend à généraliser le décès en milieu hospitalier. La mort est dorénavant considérée comme un échec de la médecine, due en partie à l'augmentation des pouvoirs d'intervention de celle-ci. Alors qu'auparavant, la mort était considérée seulement comme l'aboutissement de la vie.

Le mourant se voit privé du droit de savoir, la vérité lui est cachée, on dispose de lui. Peu à peu l'intérêt ou la pitié se sont déplacés du mourant vers la famille et les survivants.

Une bonne mort doit aujourd'hui passer inaperçue : la société a produit des moyens efficaces de se protéger des tragédies quotidiennes de la mort afin de pouvoir poursuivre ses tâches sans émotion, ni obstacle. Même émue ou profondément touchée, la famille doit rester digne et impassible.

Au fil des siècles, le mourant a donc abandonné ses droits de « maître de sa mort » à son entourage qui s'en est aujourd'hui remis au personnel hospitalier. Celui-ci est devenu « le maître de la mort » [12].

2.2. Les rites et la mort

Le rite est un cérémonial lié aux croyances, c'est une manière d'administrer le sacré. Il a deux grandes fonctions : aider les survivants à leur travail de deuil mais aussi aider le défunt à passer le cap de la mort.

De nos jours, les rites se simplifient, disparaissent [13,14].

Chaque pratique dicte ses propres rites de passage de la vie à trépas mais aussi de funérailles, avec ses propres croyances, sa propre signification de la mort, mais a également sa propre position sur l'autopsie ainsi que les prélèvements d'organes [15,16,17].

2.2.1. Catholique romain

La mort signifie l'entrée au royaume de Dieu où chacun devient alors pleinement participant de la vie de Dieu.

L'extrême onction est le sacrement de l'onction des malades, donné dès que la personne se sent menacée par la maladie. On célèbre alors le "viatique" : dernière participation sacramentelle au corps du Christ avant d'y être incorporé définitivement. Quand cela est possible, les trois jours de veille avant inhumation sont respectés.

Pendant l'office religieux, fleurs, bougies et prières correspondent à ce qui se passe sur le plan spirituel : l'illumination et l'éclosion de l'âme dans le monde de l'esprit. On aide ainsi le défunt à se détacher du matériel.

Il n'y a pas d'obstacle face à l'autopsie et aux prélèvements d'organes au niveau de la doctrine.

2.2.2. Protestant

La mort est l'Espérance de la vie éternelle ainsi que la découverte d'une plénitude nouvelle. Il s'agit du Passage auprès de Dieu.

L'accompagnement se fait de prières et lectures de la Bible pour rappeler et renforcer l'espérance en la grâce de Dieu. Un proche du mourant peut faire fonction de pasteur.

Le culte des funérailles est destiné à l'accompagnement de la famille et des amis. Il est centré sur la prédication de l'Évangile : promesse de Résurrection.

Le défunt est enterré simplement, avec respect : lecture d'un verset de la Bible et prières.

Pas d'obstacle face à l'autopsie ni aux prélèvements d'organes au niveau de la doctrine, ainsi que pour l'incinération.

2.2.3. Rite orthodoxe grec ou russe

La mort est naissance à la vie nouvelle, la rentrée dans la vie spirituelle.

Il est nécessaire d'appeler le pope et la famille : communion et prières pour le repos de l'âme. Après le décès les bras sont croisés sur la poitrine.

Pendant l'office religieux, fleurs, bougies et prières correspondent à ce qui se passe sur le plan spirituel : l'illumination et l'éclosion de l'âme dans le monde de l'esprit.

Traditionnellement le corps est porté à l'église, cercueil ouvert.

Selon la doctrine orthodoxe, l'autopsie et les prélèvements d'organes sont à éviter.

2.2.4. Témoin de Jéhovah

Le croyant retourne à la poussière, il reste conservé uniquement dans la mémoire de Dieu en attendant l'apparition du Royaume millénaire sur cette terre. Ce Royaume est imminent.

Il n'existe pas de rite particulier face au trépas.

Les funérailles sont faites de prières et de discours par la communauté.

Vu qu'il n'y a aucune prescription sur ce sujet dans la Bible, chacun est libre de décider selon sa conscience d'autoriser les autopsies et les prélèvements d'organes, mais refusent en majorité.

2.2.5. Mormon

Les Mormons croient que la vie est un processus en trois étapes, la première commence avant la naissance, la seconde lors de la vie mortelle et la dernière étape est la vie éternelle. Le corps est le temple de l'Esprit, il retourne à la terre et doit être enterré et non brûlé.

Le rite du passage de la vie à trépas comporte la lecture de versets de la Bible et de leur Evangile.

Les funérailles ne représentent pas des cérémonies d'« adieu » mais plutôt des cérémonies d'« au revoir ». C'est une cérémonie associant prières et lecture de versets de la Bible ou de leur Évangile ainsi que des discours rassurants et optimistes à propos des retrouvailles en famille et de la joie éternelle. Le défunt est habillé en blanc.

L'autopsie et les prélèvements d'organes sont admis.

2.2.6. Rite Israelite

Tout le monde va au séjour des morts, le Chéol. La foi en la résurrection est très mince mais il existe l'espoir que Dieu fera quelque chose.

Il est nécessaire d'aviser absolument la famille qui ne quitte pas le malade. Celui-ci est invité à se confesser, à demander pardon aux hommes et à Dieu, et à prononcer les paroles que sa mort soit une expiation pour toutes ses fautes.

Il est défendu de toucher le malade agonisant. Toutes les parties de son corps doivent être soigneusement recouvertes.

Au moment du décès, les proches déchirent, en signe de deuil, une partie de leur vêtement et allument des bougies. On ferme alors les yeux du mort et on dépose son corps, convenablement recouvert, à même le sol.

Les funérailles sont une cérémonie simple, sans fleur, ni ornement.

L'autopsie est interdite puisque la mutilation de cadavre est non admise. Mais l'avis du médecin est à considérer.

Concernant le prélèvement d'organes : la transplantation de vivant à vivant est admise, seulement si la vie du donneur n'est pas en danger.

2.2.7. Musulman

La mort est une transformation : c'est la séparation du corps et de l'âme.

Lors du trépas, on tourne le corps vers la Mecque, on lui tient l'avant-bras droit, coude posé sur le lit, l'index désignant le ciel, en répétant trois fois avec lui dans sa langue : Allah est Dieu, Mahomet est son Prophète. Si on est un de ses proches, on lui demande pardon et on peut l'embrasser sur le front si on le désire, mais aucun texte (Coran ou Sunna) ou même recommandations de savants n'existent à ce sujet. C'est de l'ordre du permis, non du rituel.

Après sa mort, le corps du mort est tourné vers la Mecque (le visage tourné vers le sud, la tête au sud-ouest, les pieds placés au nord-est). Le corps est lavé selon des règles précises, puis les yeux sont fermés. Il est ensuite enveloppé dans un linceul.

Le don d'organe est admis s'il y a consentement du donneur et du receveur.

3. L'HOPITAL

3.1. Généralités

Depuis le Moyen Age, l'hôpital reflète la charité chrétienne. Le commandement « *Tu aimeras ton prochain comme toi-même* », impose l'assistance aux malades [18].

« Le mot hôpital ne signifiait autrefois qu'hôtellerie et que les hôpitaux d'autrefois eussent été des maisons publiques où les voyageurs étrangers recevaient les secours de l'hospitalité ». Il n'y a plus, ajoutaient les premiers rédacteurs de l'Encyclopédie en 1765, l'existence de ces maisons. « Ce sont aujourd'hui des lieux où les pauvres de toute espèce se réfugient et où ils sont bien ou mal pourvus des choses nécessaires aux besoins urgents de la vie » [19].

Il faudra attendre la fin de ce même siècle pour que les hôpitaux soient, selon l'expression de Tenon, « des machines à traiter les malades ».

3.2. Les services d'urgences

Les services d'urgences en France sont repartis afin d'accueillir et de prendre en charge les malades et blessés se présentant par leur propre moyen ou amenés par les services de secours.

La spécificité d'un service d'urgence public est l'absence de gestion du flux des demandes en amont.

3.2.1. Historique de l'organisation des urgences en France

L'organisation des urgences est donc un phénomène récent. Les services d'accueil des urgences ont progressivement acquis un statut propre, en même temps que leur

mission s'est à la fois précisée, spécialisée et élargie sous le poids de la crise sociale de la dernière décennie.

L'histoire de l'accueil des urgences par les hôpitaux a été riche d'épisodes successifs au XIXe siècle.

De 1941 à 1943, une loi et un décret créent une obligation pour l'hôpital, qui « *doit comprendre un poste de secours comportant un poste de pansements, un matériel pour soins urgents (réanimation, oxygène, réserve de sang...), et quelques chambres individuelles* ». Les internes doivent y assurer une présence médicale jour et nuit. Ce même hôpital peut créer une consultation externe.

Avec la circulaire du 5 janvier 1949, l'ère de René Coirier apporte sa marque, soucieuse d'efficacité autant que de l'intérêt du patient : « *Le service d'urgence dont le fonctionnement rationnel sera conditionné par son autonomie vis-à-vis des autres services existants* ». Les médecins devront se déplacer au chevet du patient qui ne sera plus transféré d'un service à l'autre. Dans les grands centres hospitaliers, « *l'unité du lieu de traitement permettra à tout blessé d'être traité sur place jusqu'à guérison* ». De même, il est précisé de « *veiller à la prévision d'un volant d'hospitalisation permettant à tout moment de faire face à des besoins massifs et imprévus* ».

Avec lenteur, le concept d'un service autonome s'impose, dirigé 24 h sur 24 par un unique chef de service motivé, avec une équipe médicale volontaire, spécifique, affectée aux tâches d'accueil, d'examen, de diagnostic, de soins et du suivi des premières 24 heures des malades accueillis.

La circulaire du 29 janvier 1975 incite à gérer avec méthode le transfert du malade de son lit des urgences à celui de son hospitalisation dans le service de la spécialité dont il relève. La gestion des lits de l'aval ne sera que rarement harmonieuse. Elle

continue à faire débat et souvent éclat. La fréquentation des services d'urgence ne cesse de croître et les plaintes aussi.

En 10 ans, de 1984 à 1994, les professeurs A. Steg et G. Barrier feront 4 rapports successifs au Conseil Économique et Social et au Gouvernement sur la gestion des urgences médicales dans notre pays. Leurs recommandations prendront en compte les suggestions diffusées parallèlement par la jeune Société Française d'Urgences Médicales (SFMU), qui a été créée en 1985 par le Pr M. Guignier (Grenoble). Trois séries de décrets en 1991, 1995 et 1997, conforteront le service des urgences des hôpitaux en instaurant une présence médicale effective par des praticiens seniors pour lesquels de nombreux postes de praticiens hospitaliers titulaires seront créés ainsi que pour des personnels paramédicaux et sociaux. Dans les années 1990, on assiste progressivement à un transfert de tâches des chirurgiens vers les médecins urgentistes, pour l'accueil initial de la traumatologie d'urgence. La permanence 24 h sur 24 est la règle rappelée pour tout SAU, de même que celle de la possibilité d'accueillir, par un médecin psychiatre, tout patient relevant de cette spécialité.

4. LES URGENCES ET LA MORT

La mort fait partie intégrante de la médecine d'urgence. Elle englobe la détresse vitale, le décès mais aussi son annonce.

4.1. Epidémiologie

L'espérance de vie ne cesse de s'allonger. En 1900, hommes et femmes confondus, elle atteignait 45 ans [3]. En 1999, elle était pour les femmes de 82 ans et 75 ans pour les hommes. En 2012, elle est de 85 ans pour les femmes et de 78 ans pour les hommes [5,20].

Les lieux de décès, eux, se sont inversés. En effet, au siècle dernier, les décès avaient lieu à 90 % à domicile. En 2008, 58 % des décès se sont produits à l'hôpital, 27 % à domicile et 11 % en maison de retraite. La part des décès à l'hôpital est restée relativement stable entre 1990 et 2008, passant de 58,1 % à 57,7 % en une vingtaine d'années. En revanche la proportion de décès à domicile a sensiblement diminué au profit des maisons de retraite [6, 21].

D'après l'INSEE, en 2008, la proportion de décès à l'hôpital a diminué pour la classe d'âge des « 90 ans et plus ». A l'inverse, elle a sensiblement augmenté pour les décès consécutifs à un cancer ou à une maladie cérébrovasculaire. Les hommes meurent plus souvent à l'hôpital que les femmes. La proportion de décès en maison de retraite est en revanche plus forte chez les femmes, cela en grande partie parce que les femmes meurent plus âgées et sont plus nombreuses en maison de retraite [21].

La proportion de décès à domicile est plus forte chez les personnes âgées de plus de 90 ans. Les décès par maladie se produisent majoritairement à l'hôpital. Un tiers

des décès par mort violente (suicide, accident) se produit à domicile. Les proportions de décès à l'hôpital les plus élevées concernent les patients décédés suite à une tumeur, une maladie de l'appareil digestif, une maladie cérébrovasculaire, une maladie de l'appareil respiratoire, ou de certaines maladies neurologiques.

Les proportions de décès à domicile les plus élevées concernent les patients décédés suite à une maladie de l'appareil cardiaque et de l'appareil circulatoire, à certaines maladies neurologiques comme la maladie de Parkinson, ou à des troubles mentaux.

Les proportions de décès en maison de retraite les plus importantes sont liées aux troubles mentaux et à certaines maladies du système nerveux comme la maladie d'Alzheimer.

4.2. Revue de la littérature

La mort aux urgences est un phénomène de plus en plus étudié. Nous verrons successivement les différentes études sur ce sujet ainsi que leurs résultats.

La première étude, uni centrique et rétrospective, a été réalisée par [22]. Son étude devait déterminer si la mort aux urgences résultait d'une hospitalisation trop tardive et donc inutile. Les décès sont alors répartis en trois « classes » de patients. Dans le premier groupe on retrouve les patients en bonne santé, admis en général pour AVC avec un tableau neurologique très rapidement dépassé. La pathologie est brutale et l'état clinique initial ainsi que son évolution très rapide ne permettent pas d'éviter l'hospitalisation. Dans le second groupe, la population est plus âgée, peu autonome, vivant souvent en institution et qui présentent de multiples pathologies intriquées et complexes. Dans ce cas, l'hospitalisation est une réponse plus ou moins adaptée à

une situation déjà bien dégradée. Dans le 3^{ème} groupe, il s'agit d'une population en fin de vie, souvent sortie récemment de l'hôpital. Les auteurs ont conclu qu'il existait une relation entre la mort au sein du SAU et une mauvaise organisation des soins palliatifs et/ou un mauvais échange d'information entre l'hôpital et la médecine de ville.

En 1997, Roupie réalise la première étude multicentrique française, 54 centres dont 7 en Belgique, sur un mois [23]. Cette étude a inclus 248 patients. L'enquête a permis de décrire les différents types de structures d'urgence et de déterminer quelles sont les décisions d'abstention ou d'arrêt des soins, comment sont gérées les « fins de vie », quelle est l'organisation en cas de décès. A partir de l'étude prospective multicentrique, il a été possible de définir l'incidence de la mortalité aux urgences, ainsi qu'une typologie des patients qui décèdent dans ces services.

Les décès aux urgences représentent alors 0,2 % des passages, soit 7 % de la mortalité hospitalière. L'étude révèle aussi que 63 % des patients font l'objet d'une LATA.

Pour 44 % des cas, la LATA relève d'une abstention de soins et pour les 56 % restants d'un arrêt des thérapeutiques. La décision appartient au seul urgentiste dans 60 % des cas. Ce n'est que dans 40 % des cas qu'il est secondé par un autre médecin. La famille est informée dans 73 % des cas et impliquée dans seulement 9 % des cas.

L'étude de Roupie a été suivie d'une étude rétrospective de trois mois aux urgences du CHU de Nantes incluant 92 patients. On note une incidence de 0,5 décès pour 100 passages aux urgences, soit 17 % des décès hospitaliers totaux [24]. Les sujets décédés sont le plus souvent âgés, peu autonomes et porteurs de pathologies

chroniques, graves. 80 % des décès sont précédés d'une LATA : 63 % des patients se trouvent en fin de vie et 37 % souffrent d'une pathologie aiguë (AVC, ACR).

En 2002, Tardy publie une analyse rétrospective uni centrique sur trois ans, concernant les patients en fin de vie décédés aux urgences [4]. Parmi les 56 patients inclus : 39 % décèdent des suites d'une néoplasie, 39 % d'une maladie neurologique, 22 % d'une maladie cardio-pulmonaire. Pour 73 % des patients atteints d'une néoplasie, 83 % de ceux ayant une maladie cardiopulmonaire et 23 % des patients ayant une pathologie neurologique, l'admission était liée à l'évolution de la maladie chronique. La sévérité de maladie de l'admission était semblable, indépendamment de la maladie sous-jacente. Tous ces patients appartiennent à la classe C ou D de Knaus [Annexe 1]. La fin de vie est mentionnée par le médecin traitant dans 12,5 % des cas.

Enfin, en 2005, Rothmann et Evrad publient dans le journal européen des urgences une étude rétrospective unicentrique des décès déclarés en service d'accueil des urgences.

Cette étude a été réalisée sur trois ans, l'objectif était d'étudier l'épidémiologie de la mort aux urgences, les modalités et l'abord thérapeutique du mourant. 227 patients sont inclus, représentant 0,20 % de l'activité clinique du service. L'âge moyen est de 72 ans. La mort des moins de 20 ans est exceptionnelle. Les étiologies sont variées. Les fins de vie et les pathologies « autres » représentent 55 % des décès. La mortalité masculine prédomine avant 60 ans, d'origine traumatique principalement. La durée moyenne de séjour est de 11 h et 20 min. 73 % des sujets sont adressés par le SAMU-Centre 15, 18 % par un médecin libéral. 47 % des patients arrivent en transport médicalisé. 49 % des patients meurent au SAU, 41 % en unité

d'hospitalisation de courte durée (UHCD). 67 % des décédés en UHCD sont admis pour soins palliatifs. Les abstentions et limitations de soins concernent respectivement 55 % et 21 % des patients [25].

La mort aux urgences a une faible incidence. La spécificité de la médecine d'urgence rend parfois difficile une bonne prise en charge des patients moribonds.

En fonction des filières de soins disponibles en amont des urgences et des difficultés d'orientation, en aval des urgences, les fins de vie sont fréquemment orientées aux urgences et l'UHCD est alors utilisée comme un service de « soins palliatifs » ou tout du moins de fin de vie.

4.3. Ethique médicale

Les problèmes d'éthique, en médecine, concernent tous les médecins, notamment les urgentistes.

De manière générale, l'éthique médicale repose sur la nécessité d'agir pour le bien des patients, ne rien faire pour leur nuire, respecter leur libre arbitre [26, 27, 28].

Il est nécessaire, d'autant plus en médecine d'urgence où les décès sont souvent inopinés et brutaux, de respecter cette éthique.

Trois lois sont venues répondre aux besoins essentiels des personnes malades, dépendantes et en fin de vie. Chacune confirme et actualise les éléments anciens de déontologie médicale.

La loi du 9 juin 1999 vise à garantir l'accès aux soins palliatifs qui permettent de prévenir et de soulager la douleur [29].

La loi du 4 mars 2002 établit un droit de refus de l'acharnement thérapeutique et remet le patient au cœur des décisions médicales qui le concernent [30].

Enfin la loi du 22 avril 2005, dite loi Léonetti, affirme pour la première fois l'interdiction de l'obstination déraisonnable pour les médecins, complétant ainsi la loi de 2002 et affirmant le respect de l'autonomie des patients [31]. Pourtant, neuf ans après l'adoption de la loi Léonetti, la situation des personnes en fin de vie reste insatisfaisante.

Une nouvelle loi, proposée par les députés Alain Claeys et Jean Leonetti, vient d'être votée (2 février 2016) « *créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie* ». Ces textes confirment essentiellement : les droits d'accéder aux soins palliatifs, c'est-à-dire d'être soigné jusqu'au terme naturel de sa vie et le droit de refuser des traitements, c'est-à-dire le droit d'exercer la liberté éclairée par les informations médicales [32]. Plusieurs aspects de la loi doivent encore être précisés par décret, dont la formulation du futur formulaire-type de directives anticipées.

La grande avancée de cette loi en matière de gestion de la fin de vie concerne le droit du patient de limiter ou de refuser les traitements. Plus encore, les patients en phase terminale, dont le pronostic vital est engagé à court terme, auront le droit de demander une sédation profonde et continue jusqu'à leur décès. L'objectif de cette sédation profonde est d'atteindre une altération totale de la conscience, prévenant toute souffrance, y compris celle résultant de « se voir mourir » selon les termes de Jean-Claude Ameisen, président du Comité consultatif national d'éthique (CCNE). La loi prévoit en outre que cette sédation s'accompagne obligatoirement de l'arrêt de tous les traitements de maintien en vie.

De cette façon le patient, pleinement informé de ses droits par le médecin, pourra choisir librement sa fin de vie.

De plus, toute personne a le droit d'indiquer par avance les situations dans lesquelles elle ne veut pas se trouver pour sa fin de vie en rédigeant des directives anticipées. L'une des principales mesures consistera à simplifier et à généraliser leur rédaction. Ces directives ne seront plus simplement « consultées » par le médecin mais s'imposeront à lui afin que la décision du patient soit respectée. Elles seront inscrites sur sa Carte Vitale afin d'être immédiatement accessibles par le médecin. Cette dernière donnée est plus qu'importante, notamment aux urgences, où le dossier médical personnel pourra être consulté à tout moment, incluant les directives anticipées.

Enfin, elles resteront révisables à tout moment et n'auront plus de délai de validité (trois ans actuellement), évitant au patient d'avoir à les réécrire à plusieurs reprises.

Les lois actuelles en matière de fin de vie, correspondent déjà au mode de travail et de fonctionnement des urgences, mais pouvoir avoir accès aux directives anticipées seraient néanmoins une grande avancée.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Association Européenne pour les Soins Palliatifs (EAPC) ont proposé de fonder l'éthique des soins aux malades en fin de vie sur un certain nombre de principes. À côté des principes de bienfaisance et de non-maléfiance qui s'appliquent à la relation de soins en général, certains principes s'appliquent plus spécifiquement en fin de vie.

L'autonomie en est le principe fondamental et correspond au droit des individus d'être traités de façon autonome et au droit des personnes dont l'autonomie est diminuée d'être protégées. L'autonomie s'oppose au paternalisme, décision d'autorité.

La non-malfaisance et la bienfaisance, deux principes associés, dont le premier vient d'Hippocrate : « *primum non nocere* » ; le second incite à promouvoir le bien-être et à équilibrer le bien à faire et le mal à prévenir.

La justice, dernier principe, prend la forme d'une justice distributive, d'équité. Dans une société pluraliste de valeurs, il faut veiller à ne pas donner une impression de superficialité ou d'imprécision, en essayant toujours d'estomper les différences sociales, raciales, culturelles ou religieuses qui risquent d'apparaître.

Ces notions et principes sont à la base du respect de la dignité humaine, qui consiste, dans sa définition de droit universel, à se sentir responsable de la souffrance d'autrui.

La dignité, elle, est très subjective, et n'a de sens que dans sa relation avec l'autre, notamment dans la relation médecin-patient.

Elle consiste pour le médecin à agir de la manière la plus efficace et la plus adaptée pour le malade, sans pour autant perdre le respect de soi. C'est sur ce même principe que les soins palliatifs ou l'allègement de la souffrance et l'accompagnement sont primordiaux [33].

La communication est elle aussi primordiale dans la prise en charge de la fin de vie. La connaissance du patient, de ses racines, de sa confession, de son autonomie de décider sont plus qu'importants [25]. Il permet alors au patient de se réapproprier sa mort [34].

Ainsi, toutes ces notions permettent de mesurer l'ampleur des conséquences lors d'un décès aux urgences. Les décès y sont souvent brutaux, inattendus, mais aussi, se font la plupart du temps dans un anonymat le plus total.

Aux urgences, plus que dans n'importe quel service, la détresse vitale est brutale, avec des décisions importantes à prendre rapidement, chez des patients de tout âge,

de toutes confessions, ne pouvant parfois pas s'exprimer. Parfois, les antécédents ou la famille ne sont même pas connus. Dans ces conditions, l'accompagnement et le dialogue peuvent alors faire défaut.

La prise en charge en urgence va alors se limiter à diagnostiquer, évaluer et procéder au traitement le plus adapté.

C'est donc en médecine d'urgence que la distinction entre la limitation des soins et l'abstention prend réellement tout son sens [35]. Les décisions d'abstention thérapeutique ou d'arrêt des soins sont prises en charge en fonction de la pathologie sous-jacente en premier lieu [23].

Ces décisions sont primordiales et ne sont pas dénuées de règles médico-légales importantes. Une parfaite connaissance de la loi est donc nécessaire pour agir éthiquement [36].

4.4. Aspects médico-légaux

Actuellement 60 % des décès ont lieu dans un établissement de santé, le plus souvent après plusieurs jours de soins.

La responsabilité de constater la mort incombe cliniquement au médecin, et juridiquement à l'officier d'état civil. Le certificat de décès, établi par un médecin, est indispensable pour la déclaration du décès à la mairie, qui doit être faite dans les 24 heures suivant la constatation du décès (36 heures le week-end) [37, 38].

La rédaction du certificat de décès est un acte essentiel avant toutes opérations funéraires. En fonction des circonstances du décès, ce peut être le point de départ d'une enquête judiciaire [39].

Les réanimateurs et les urgentistes sont souvent amenés à rédiger des certificats de décès et il est important de connaître la signification de chaque case.

4.5. Le don d'organes

Le don d'organes est une priorité de santé publique.

Pour autant, les listes des patients en attente de transplantation s'allongent, particulièrement celle des insuffisants rénaux, et près de 300 personnes décèdent chaque année faute de disposer d'un greffon. Pour l'essentiel, les organes proviennent de donneurs en état de mort encéphalique et à « cœur battant ».

Il n'est pas un motif d'admission en soit, mais une conséquence plausible d'une pathologie motivant l'admission dans un service hospitalier.

La mort encéphalique ou cérébrale (brain death des anglo-saxons) se définit comme la perte complète et irréversible des fonctions de l'encéphale chez un sujet dont la ventilation est contrôlée et dont l'activité cardiaque est persistante. Elle se caractérise par la perte irréversible de la conscience, associée à l'absence de réponses aux stimuli douloureux, l'abolition des réflexes du tronc cérébral et l'absence de ventilation spontanée. Elle résulte d'un arrêt irréversible et isolé de la circulation cérébrale secondaire à l'augmentation incontrôlable de la pression intracrânienne qui devient supérieure à la pression de perfusion cérébrale. L'état de mort encéphalique est rare, moins de 1 % des décès. Sa principale cause n'est plus le traumatisme crânien mais l'accident vasculaire cérébral (60 % des cas).

Les contre-indications à un prélèvement multi-organes (PMO) sont rares et la tendance actuelle est d'élargir les critères de sélection des donneurs et des greffons. L'âge moyen des donneurs entait de 37 ans en 1990, il est actuellement de 53 ans et

un quart d'entre eux a plus de 65 ans. Reins et foie peuvent être prélevés dans la tranche d'âge 70-80 ans !

En France, les prélèvements d'organes et de tissus en vue de greffes sont strictement réglementés et encadrés par les lois relatives à la Bioéthique. Tous les établissements de santé publics et privés qui disposent d'une réanimation et/ou d'un service d'accueil des urgences participent au recensement des donneurs potentiels en mort encéphalique. En revanche, l'activité de prélèvement d'organes et/ou de tissus est soumise à autorisation délivrée par l'ARS [40].

Les services d'urgences sont particulièrement sensibilisés à cette nouvelle filière. Les conditions pour être donneur d'organes sont très strictes et arrivent souvent dans des pathologies brutales et graves d'emblée (traumatiques, AVC massifs).

Cette nouvelle filière est même parfois associée aux services d'urgence.

4.6. Prise en charge de l'entourage après un décès dans un service d'urgence

Un décès aux urgences est souvent inattendu, parfois inexplicable, mais en général toujours brutal. L'annonce aux proches du défunt est alors un exercice délicat pour le praticien [41]. Pour les médecins-urgentistes, la fréquence des annonces de décès ne les rend pas plus faciles.

De nombreux auteurs nord-américains rapportent que c'est le rejet du rapport constant à la mort qui est responsable, chez ces médecins, de désillusions dans la carrière et à terme de l'abandon des services d'urgence.

Walter et Tupin, ainsi que Parish, expliquent dans deux études réalisées aux urgences, que les praticiens sont considérés comme résistants aux émotions que

peut susciter la mort. Ils sont aussi considérés comme froids et antipathiques dans 25 % des situations [42,43].

X. Emmanuelli tente d'expliquer pourquoi le médecin des urgences peut parfois sembler émotionnellement froid devant certaines situations familiales dramatiques [44]. Ce n'est pas pour autant qu'annoncer un décès devient un exercice facile mais il reste nécessaire.

En effet, c'est le point de départ du commencement du deuil de la famille.

L'étude de Ahrens WR en 1997 rapporte que 66 % des médecins-urgentistes interrogés considèrent que la prise en charge de la famille d'un enfant décédé est la plus difficile des tâches. La demande en formation du corps médical dans ce domaine est importante (92 % des médecins interrogés) [45].

En 1993, Greenberg montre la nécessité de protocoles de prise en charge, notamment dans le cas des familles d'enfant décédé [46]. Puisque leur incidence est faible, l'inexpérience des médecins l'est aussi. Ce même auteur, propose en 1999, un procédé de formation médicale par simulation, afin d'améliorer l'information auprès des familles [47].

Une étude réalisée par Olsen chez des médecins de services d'urgence révèle que 70 % d'entre eux vivent toujours dans une majorité des cas comme émotionnellement difficiles les annonces de décès. L'auteur alors propose donc un « *guide de bonne annonce des décès* » [48] [Annexe 2].

Les médecins des services d'urgence apparaissent comme « blindés », « étanches » à l'impact émotionnel que le décès d'un patient ne devrait pas manquer d'induire... C'est bien chez les urgentistes que l'on a pu décrire ironiquement le « John Wayne syndrome ». Il convient de se livrer à un peu d'introspection et de réaliser une approche philosophique de cette part essentielle de notre activité ne peut jamais être

insensible à la mort d'autrui. Confrontés à la famille, il est parfois impossible de ne pas partager l'horreur d'une situation.

L'ensemble de ces éléments permettrait d'optimiser la prise en charge du deuil des familles.

MATERIEL ET METHODE

En 2012, le département de la Gironde compte 542 communes étendues sur 10725 Km² (c'est le département le plus étendu de France) regroupant 1 514 870 habitants. La communauté urbaine de Bordeaux compte 82 communes et 25 cantons pour un total de 893 005 habitants [49]. La commune de Bordeaux et ses 8 cantons comptent 245 223 habitants.

En Gironde, on dispose de 14 services d'Urgences répartis sur le département.

L'hôpital Pellegrin, situé Place Amélie Raba-Léon à Bordeaux, est un des 3 sites du CHU de Bordeaux. Il comptait 1363 lits au 1er janvier 2012 parmi les 2981 lits du CHU de Bordeaux.

En 2012, le CHU de Bordeaux a enregistré au total 115 472 passages aux urgences de Pellegrin, St André, les urgences pédiatriques et le groupe Sud, dont 41 % ont débouché sur une hospitalisation [50].

On note plusieurs sites accueillant les urgences au sein du CHU Bordeaux :

- Le SAU Pellegrin intégrant le service de réanimation d'urgences (déchoc) dans l'enceinte du CHU Pellegrin, est aussi le neuro center et le trauma center d'Aquitaine.
- Les urgences de Saint André, situées au centre-ville de Bordeaux, sont des urgences générales.
- Les Urgences gynécologiques accueillent la gynécologie et l'obstétrique sur le site de Pellegrin.
- Les Urgences cardiologiques sont situées à Haut l'Évêque à Pessac.

- Les urgences pédiatriques ont une structure à part sur Pellegrin avec en son sein leur propre SAUV.
- Les urgences psychiatriques, quant à elles, sont sur le site de l'Hôpital Charles Perrens.

En 2012, les urgences de l'Hôpital Pellegrin comptaient différentes zones : L'accueil géré par un MAO et une IAO ainsi que deux IDE, deux AS et un interne. Cette structure comptait 8 brancards pouvant accueillir donc au minimum 8 patients, cette zone pouvant s'étendre au couloir et ainsi accueillir jusqu'à 16 patients.

Les Soins d'urgence étaient constitués de 10 box et 4 zones tampons, gérés par un médecin urgentiste, deux internes, deux IDE et deux AS.

L'UHCD ou salle d'observation contenait 19 chambres gérées par un médecin urgentiste, deux internes, deux IDE et 2 AS.

Ce travail est réalisé à partir une étude rétrospective, monocentrique de tous les décès survenus entre le 1 janvier 2012 et le 31 décembre 2012 au SAU et dans les 7 jours suivant l'admission.

L'objectif principal de cette étude est d'identifier la part des patients qui décèdent aux urgences et dans les 7 jours suivant leur admission.

L'objectif secondaire est de décrire l'épidémiologie et les causes rattachées aux décès.

Les critères d'inclusion étaient « tout patient dont le décès survient aux urgences ou dans les 7 jours suivant une admission hospitalière via le SAU du CHU de Pellegrin ».

Les critères d'exclusions étaient « l'absence d'admission via le SAU Adulte Pellegrin du CHU ». En effet, les urgences bordelaises sont dispatchées sur 3 sites publics, un site militaire et de multiples sites privés, il a donc été nécessaire de se concentrer sur un seul service hospitalier.

Les décès survenus au cours d'interventions SMUR, les patients décédés dans les services sans prise en charge initiale aux SAU de Pellegrin n'étaient donc pas inclus.

Les patients décédés dans les 7 jours suivant leur admission via un autre service d'urgence ne sont pas inclus.

Les données cliniques ont été informatisées après recueil via le DIM.

La saisie des dossiers a été réalisée sur base Microsoft Excel.

Les données quantitatives ont été exprimées sous forme de moyenne +/- écart type ou de médiane et extrême, incidence en fonction des tests statistiques utilisés.

Une régression logistique selon la méthode de Newton-Ranson a été réalisée sur les variables identifiées comme significatives en analyse uni variée, $p < 0,05$ a été considérée comme significatif.

Les logiciels utilisés pour les statistiques sont Excel Statistique, Epi info et Siestât.

Il a donc pu être analysé :

- l'épidémiologie générale des décès survenant dans les 7 jours suivant une admission via les urgences
- Les motifs d'admissions
- le lieu de vie des patients
- l'âge, le sexe des patients
- le temps de passage aux urgences

- le temps de séjour des patients
- le lieu de décès
- le motif de décès
- le jour et l'heure d'admission au SAU Pellegrin
- le jour et l'heure de sortie de l'hôpital

Les classes pathologiques des motifs d'admission retenues sont :

- Traumatologiques
- Cardiorespiratoire
- Neurologiques
- SP / oncologie
- Autres

Les Soins palliatifs / oncologie correspondent à des patients annoncés en soins palliatifs ou déjà suivis en service de cancérologie et ayant un pronostic défavorable à court ou moyen terme.

La classe pathologie « autres » correspond à des motifs d'admission variés comprenant « l'altération de l'état général », les causes toxiques telles que des IMV ou des surdosages en AVK, les causes infectieuses et digestives.

RESULTATS

Les résultats de notre étude vont être présentés en deux parties. Dans un premier temps, nous étudierons l'épidémiologie générale, et dans un second temps, nous comparerons les décès dans le service d'urgences et les autres services.

Durant cette période, 54 131 patients ont été admis dans le service parmi lesquels 42% ont été hospitalisés.

Les dossiers sont devenus informatisés à partir du mois d'octobre 2012.

533 dossiers ont été inclus, correspondant aux patients décédés à l'hôpital dans les 7 jours suivant leur admission via les urgences.

1. EPIDEMIOLOGIE GENERALE

1.1. Généralités

Durant l'année 2012, nous avons pu recenser 54 131 passages aux urgences, dont 533 patients décédés dans les 7 jours suivant leur admission.

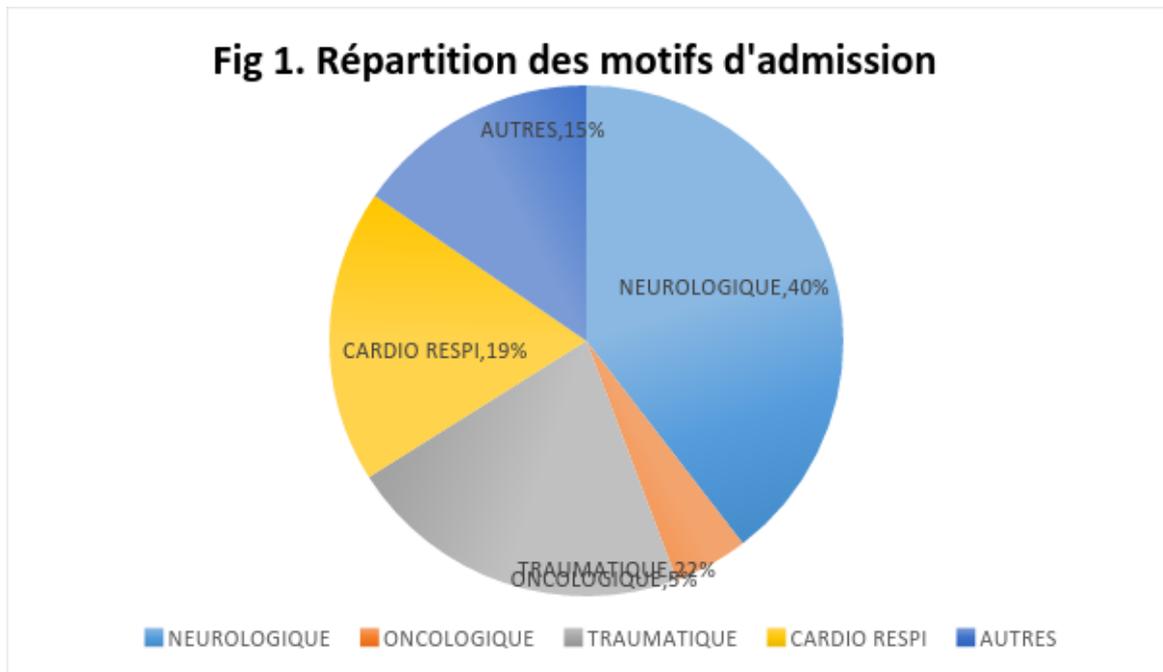
Ces 533 patients décédés représentent donc 0,98 % de l'activité du service. Parmi ceux-ci, 92 sont décédés aux urgences, soit 0,17 %

L'âge moyen est de 71 ans \pm 20 ans, avec une médiane de 78 ans [1 an– 108 ans].

Dans cette population, toutes les tranches d'âge sont représentées, de 1 an à 108 ans.

1.2. Description

1.2.1. Motifs admission

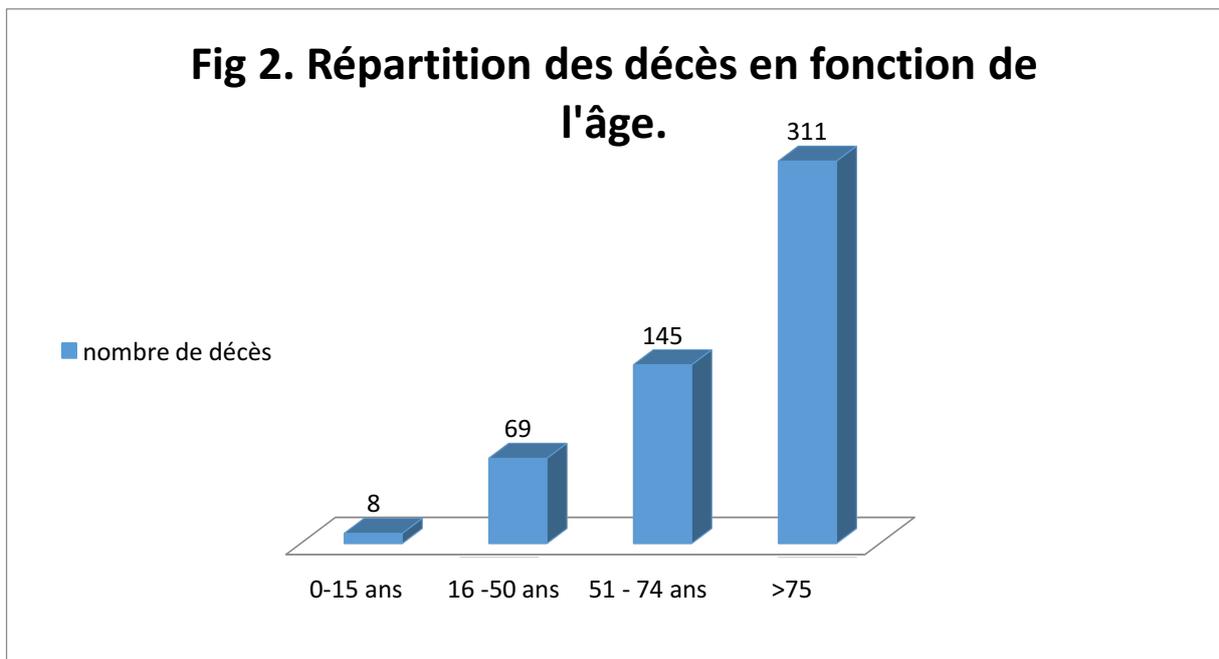


Le motif d'admission principal est la neurologie (211 admissions), suivi par la traumatologie (116 patients).

82 patients sont admis pour causes « autres », 99 patients sont admis pour cause cardiorespiratoire et 25 patients secondairement à des cancers.

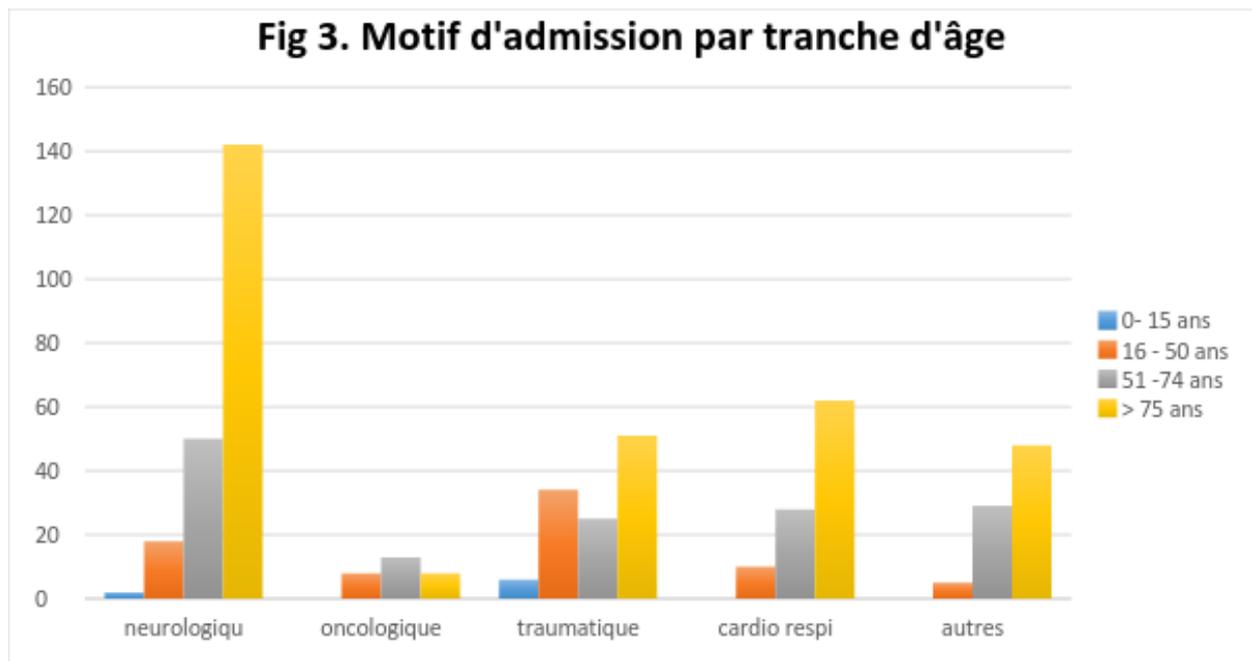
Les étiologies d'admission aux urgences sont donc variées.

1.2.2. Décès par tranche d'âge



58 % des décès interviennent dans la tranche d'âge des patients les plus âgés. Très peu de décès intéressent la tranche d'âge des plus jeunes du fait d'un très faible passage de cette frange de population aux urgences adulte. Les quelques décès de ces jeunes patients étaient essentiellement représentés par les causes traumatiques (75 %) et neurologiques (25 %).

Nous avons détaillé par tranche d'âge les principaux motifs d'admission des patients.



Les décès des 16-50 ans représentent 13.5 % des décès (72)-

Les motifs d'admission de cette tranche d'âge se répartissent de la manière suivante :

La traumatologie est majoritaire, comme dans la tranche d'âge précédente et représente 46% des motifs d'admission des patients décédés (34 patients).

L'autre motif d'admission principalement rencontré est les causes neurologiques (18 patients).

La classe « pathologies autres » se divise en 2 sepsis sévères (dont une fasciite nécrosante), un patient admis pour PMO, un patient admis suite à une IMV ainsi qu'un patient admis pour cause digestive (hématomèse).

8 patients sont admis pour une cause cardiovasculaire (arrêt cardiorespiratoire, troubles du rythme, SAPL en choc ...)

8 patients sont admis dans les suites d'un cancer au stade de soins palliatifs.

Enfin, 2 patients sont admis pour des causes respiratoires (détresses respiratoires aiguës).

Les décès des 51-74 ans représentent quant à eux 27,2 % des décès, soit 142 patients.

La traumatologie n'est plus majoritaire comme précédemment, mais représente toujours 17 % des décès (25 patients).

Le motif d'admission principalement rencontré (34 %) dans cette tranche d'âge est désormais représenté par les causes neurologiques (50 patients), majoritairement des accidents vasculaires cérébraux (70 %).

La classe « pathologies autres » inclus 29 patients (20 %), dont 8 causes infectieuses, 10 causes digestives, 5 « altérations de l'état général », 3 chocs hémorragiques, 2 « Prélèvements Multi Organes » et 1 intoxication médicamenteuse volontaire.

28 patients (20 %) sont admis pour causes cardiorespiratoires (ACR, choc cardiogéniques, ischémie des membres inférieurs ou rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale). 8 patients sont admis pour dyspnée.

13 patients sont admis dans les suites d'un cancer ou sont actuellement en soins palliatifs (dont 2 SLA), la plupart dans le cadre de détresse respiratoire aiguë (6 patients).

Quant aux décès > 75 ans, ils sont majoritaires et représentent 58,4 %.

Le motif d'admission « neurologique » est désormais largement majoritaire avec 142 patients (46 %). Les causes principales sont représentées par des accidents vasculaires cérébraux hémorragiques ou ischémiques et des états de mal épileptique.

Les admissions secondaires à des traumatismes sont de 16 % (51 patients).

Les causes cardiorespiratoires représentent 20 % des patients (62 patients) dont la moitié correspond à des pathologies respiratoires dont des DRA et pneumopathies d'inhalation et l'autre moitié à des pathologies cardiovasculaires telles que IDM, rupture d'anévrisme d'aorte abdominale et ischémie des membres inférieurs.

Les causes « autres » représentent 15 %, soit 48 patients. On note 15 « altérations de l'état général », 13 causes digestives, 11 causes infectieuses, 6 hémorragies (rupture faux anévrisme carotide commune, hématurie, surdosage en AVK, hématomèse), 2 intoxications médicamenteuses (dont un aux cardiotropes), 1 transfert pour « prélèvement multi organe ».

Enfin, les causes oncologiques, sont plus rares, soit 8 patients (3 %).

Les médecins urgentistes sont donc confrontés à des décès majoritairement chez des patients de plus de 75 ans où les pathologies neurologiques prédominent comme pour la tranche d'âge inférieure.

Jusqu'à 50 ans, les causes traumatiques sont les plus importantes.

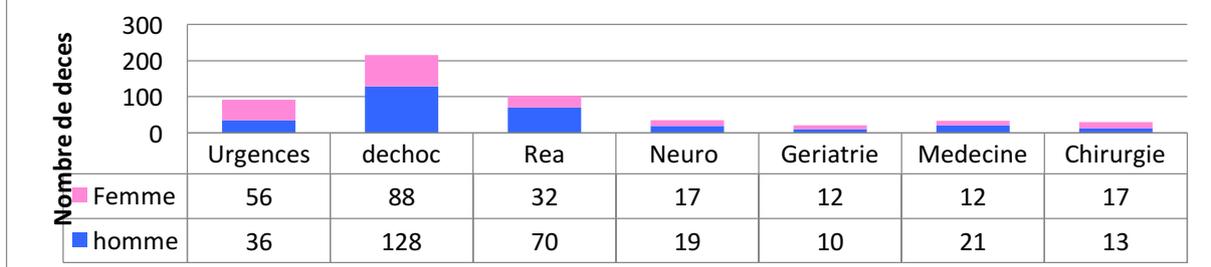
1.3. Sex Ratio

Parmi les 533 patients décédés, on retrouve 56 % d'hommes (301 patients).

1.3.1. Sex ratio par lieu de décès

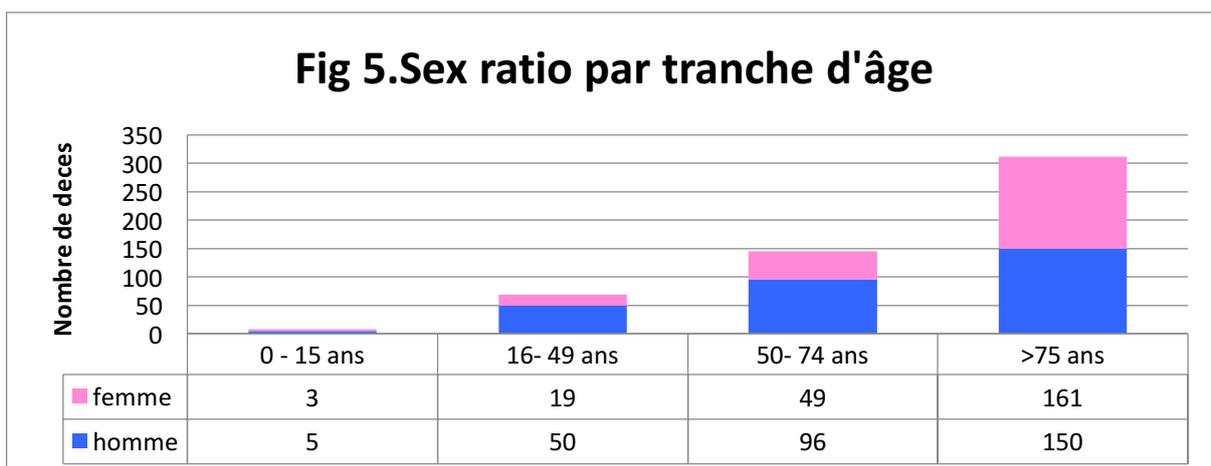
La plus grande partie des décès intervient par ordre au déchocage lourd, en réanimation et aux urgences et concerne essentiellement des hommes.

Fig 4. Répartition des décès selon le sexe et le lieu



1.3.2. Sex ratio par tranches d'âge

Fig 5. Sex ratio par tranche d'âge



Les hommes sont majoritairement représentés dans les trois premières classes d'âge. Dans la classe des plus de 75 ans, les femmes deviennent majoritaires.

1.4. Les mois et jours de la semaine

1.4.1. Répartition en fonction du mois de l'année

Les périodes automno-hivernales et estivales sont les plus propices pour la survenue des décès dans les trois principaux services que sont le déchoc, la réanimation et les urgences.

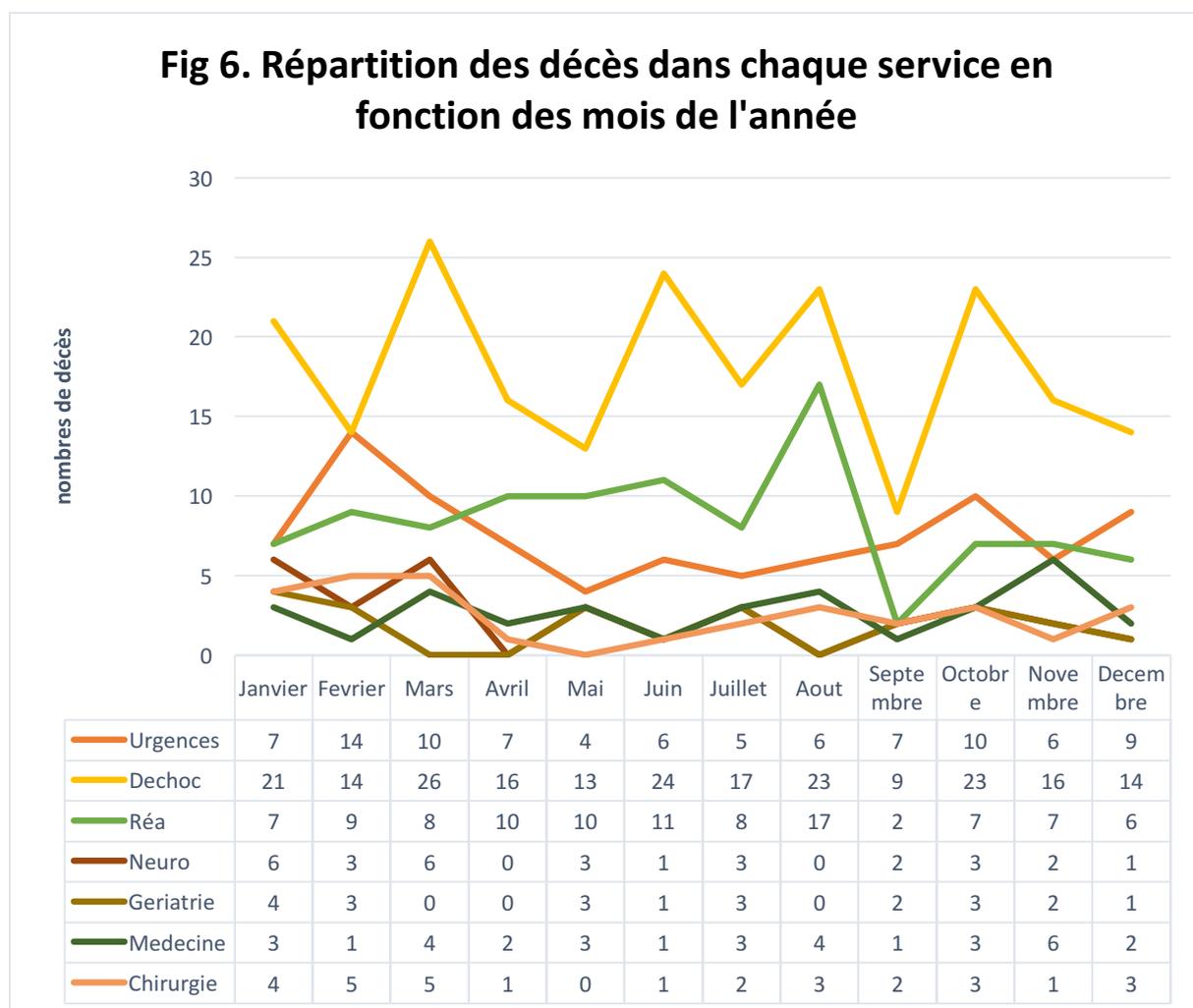
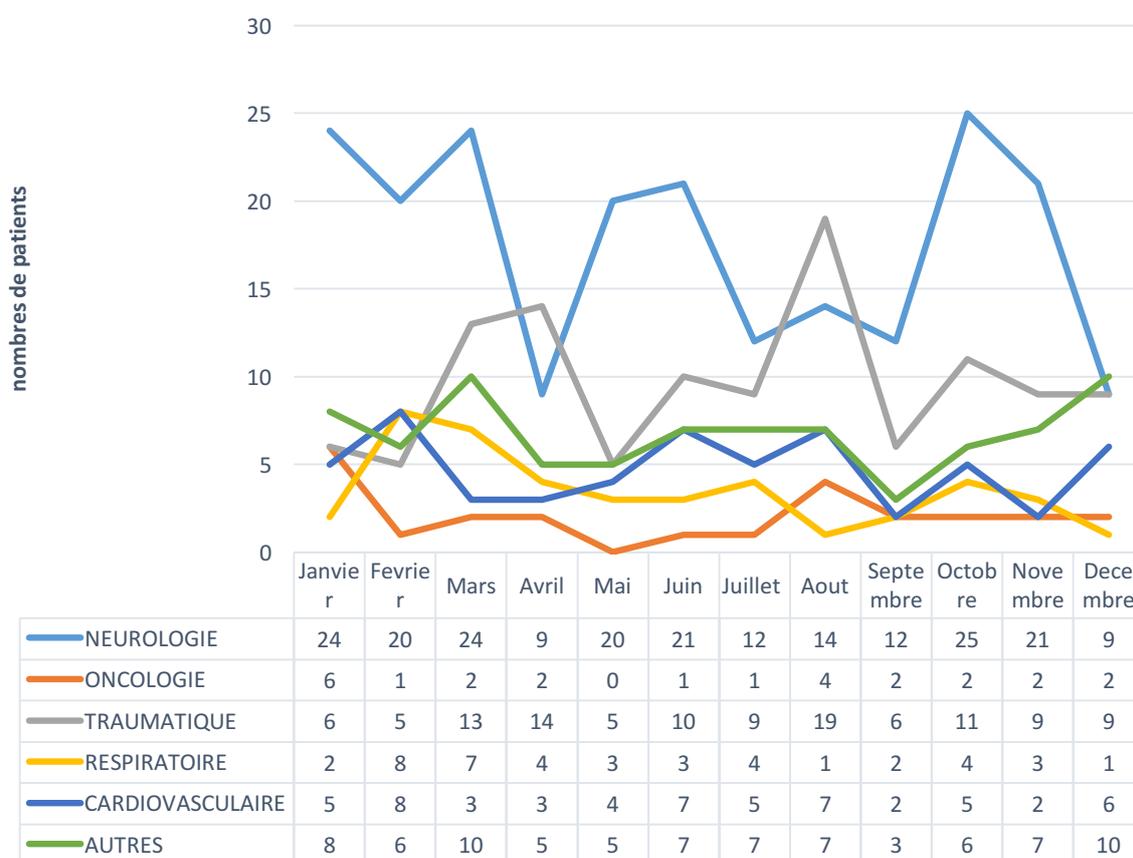


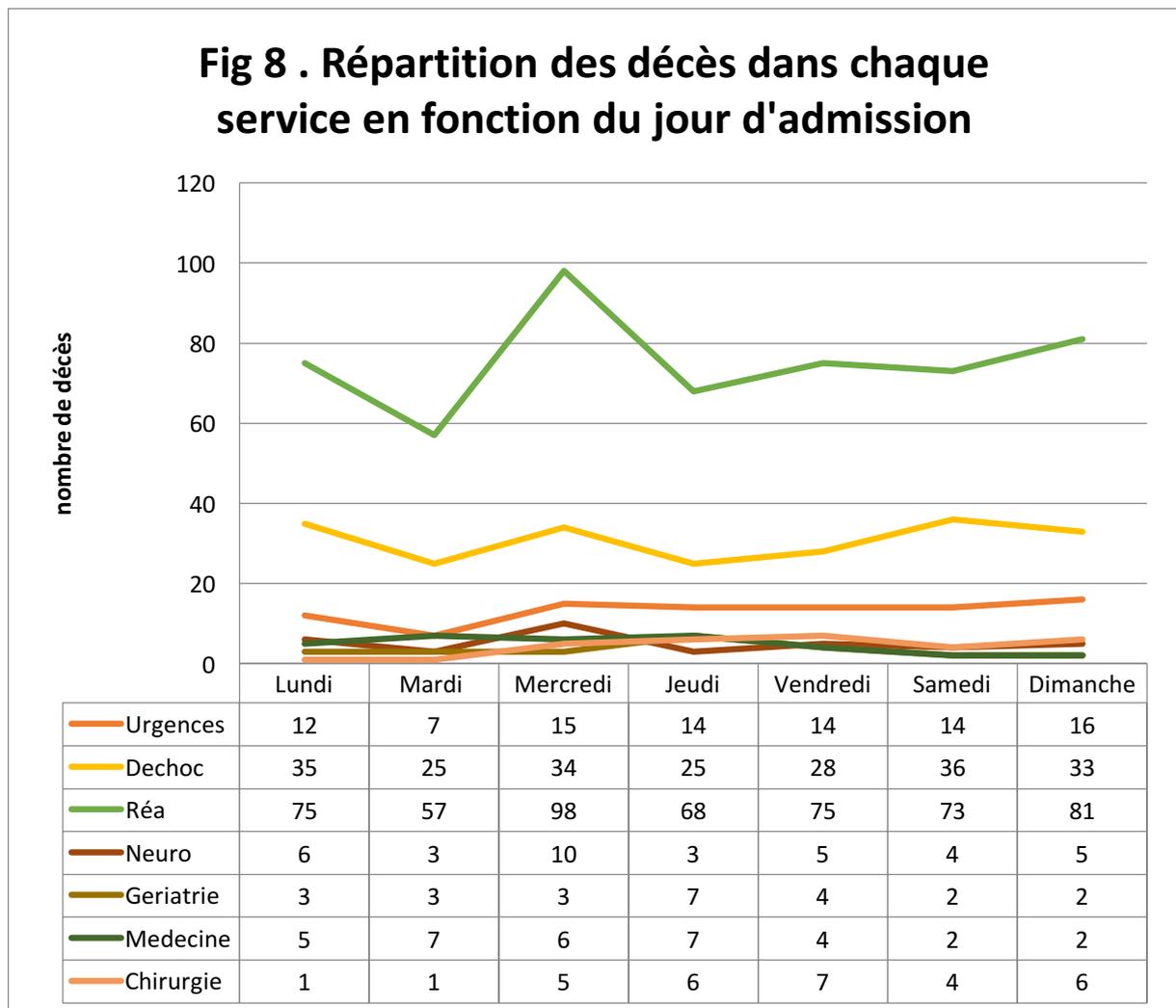
Fig 7 . Répartition des motifs d'admission en fonction des mois de l'année



Le mois d'août est propice à la traumatologie.

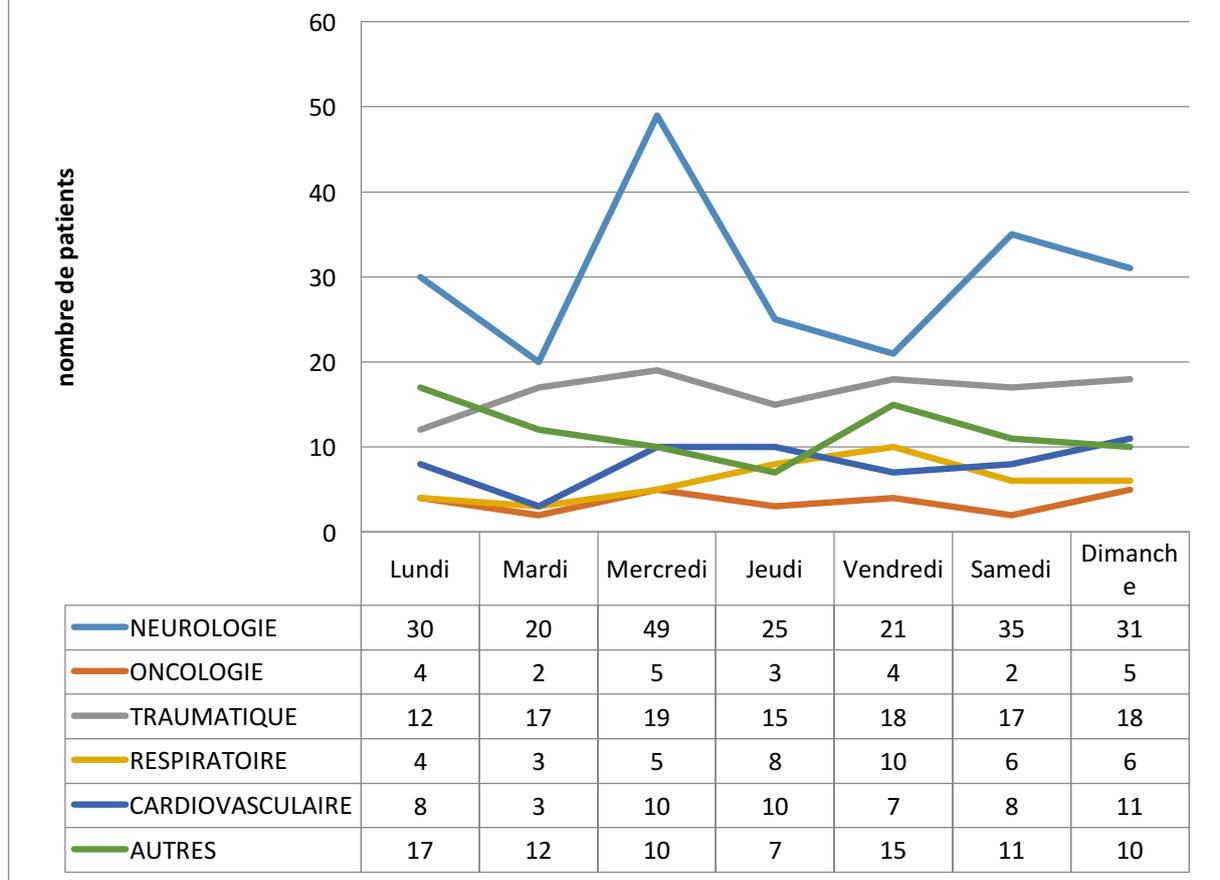
Concernant la neurologie, on remarque trois pics sur les périodes hivernales, printanières et automnales.

1.4.2. Répartition en fonction du jour admission



Le mercredi enregistre un pic d'admission.

Fig 9 . Répartition des motifs d'admission en fonction du jour d'admission



En neurologie comme en traumatologie, le mercredi est la journée la plus propice à l'admission des patients.

1.5. Temps de passage au SAU

Il s'agit du temps de passage administratif, entre l'admission aux urgences et la mutation informatique du dossier médical dans lequel le patient va être hospitalisé.

En moyenne, elle est de 1h23 ± 0,09 avec une médiane de 7 minutes [1 min – 13h25].

On note 289 patients mutés en moins de 15 minutes, dont 263 en moins de 5 minutes et 197 en 1 minute.

En excluant les patients admis directement au déchoc, le temps moyen de passage au SAU est de 3h01 min \pm 0,1 avec une médiane de 2h15 [3 min – 13h25].

Pour la traumatologie, la moyenne de passage aux urgences est de 43 minutes \pm 3h05 [1 min – 6h43]. Les pathologies neurologiques, en général, sont prises en charge en moyenne en 1h13 \pm 4h04 [1 min-8h49]. Les pathologies cardiorespiratoires sont réorientées en 1h33 en moyenne \pm 4h51 [1min -13h25]. La classe « pathologies autres » a un temps de passage moyen aux urgences de 2h18 \pm 5h45 [1 min -11h13]. Concernant les patients atteints d'une néoplasie, le temps de passage moyen est de 2h29 \pm 2h15 [1 min -9h22].

Les patients de moins de 15 ans ont une moyenne de passage aux urgences de 2 minutes \pm 1 min 31 sec. Pour ceux entre 16 et 50 ans, la moyenne du temps de passage aux urgences est de 15 minutes \pm 48 minutes. Pour ceux âgés entre 51 et 74 ans, la moyenne de séjour aux urgences est de 46 minutes \pm 1h35. Alors que pour les patients âgés de plus de 75 ans, le temps de passage moyen au SAU est de 1h57 \pm 2h32.

1.6. Durée du séjour

La durée du séjour correspond au temps écoulé entre l'admission administrative aux urgences et la survenue du décès dans le service d'accueil (fermeture informatique du dossier)

En moyenne, Elle est de 2 jours 2h ± 1j 20h avec une médiane de 1j12h [2 min – 6j23h].

14 patients, soit 15 % des patients décédés en UHCD, sont initialement transférés au déchoc puis au service d'UHCD, ils ont en moyenne 76 ans ± 13,5 ans [53-98 ans]. Seul un patient de moins de 50 ans y décède. Dans la tranche 51 – 74 ans, on note 11 patients décédés et chez les plus de 75 ans, 80 patients.

1.6.1. Décès dans les 24 premières heures suivant une hospitalisation

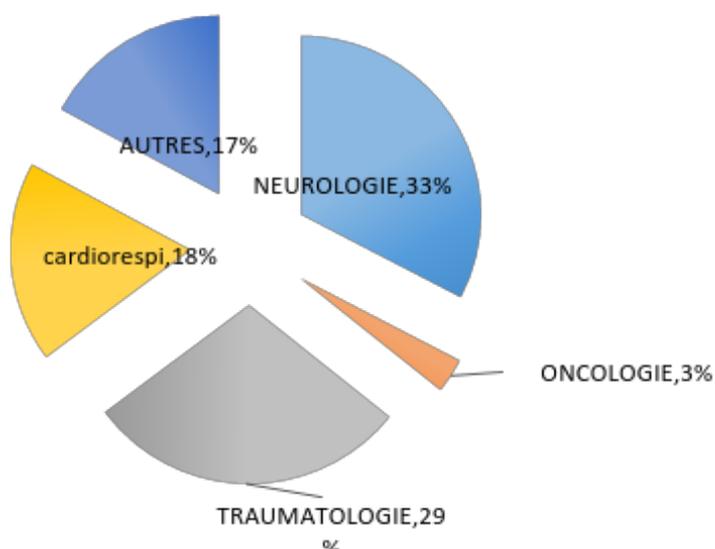
193 patients décèdent dans les 24 premières heures après leur admission aux urgences, soit 36,2 %, dont 48 aux urgences (25 %) et 126 au déchoc (65 %).

Il s'agit le plus souvent d'hommes (55 %) d'âge moyen 68 ± 22 ans. 5 % vivent en EHPAD.

Le délai moyen, entre l'admission et la survenue du décès est de 10h20 ± 7h8' avec une médiane de 9h18 [2 min – 23h41].

Ils sont en moyenne restés 50 minutes ± 2 h 15 aux urgences avec une médiane de 7 minutes [1 minute - 9h22 minutes pour une patiente porteuse d'une néoplasie hospitalisée pour une suspicion d'embolie pulmonaire].

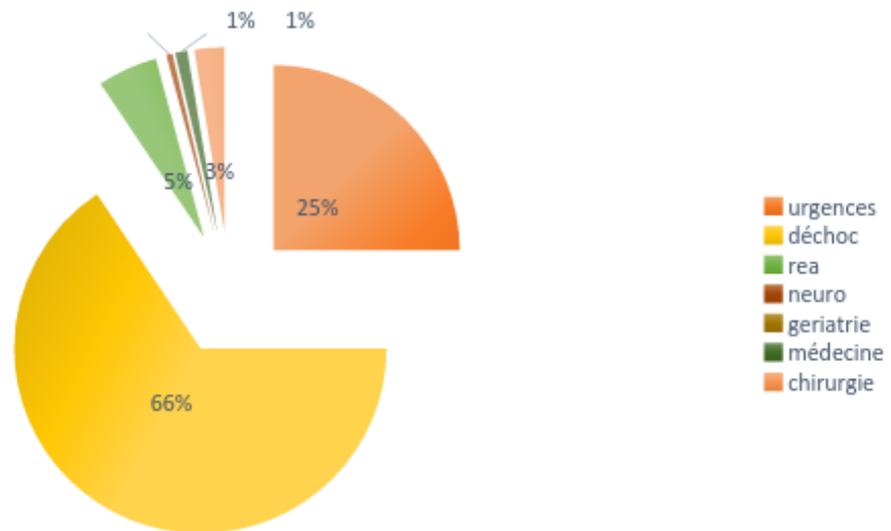
Fig 10 . Répartition des patients décédés dans les 24 premières heures en fonction de leur motif d'admission



La majorité des patients présentent une détresse vitale qu'elle soit d'origine neurologique ou traumatique. Toutes les pathologies sont représentées.

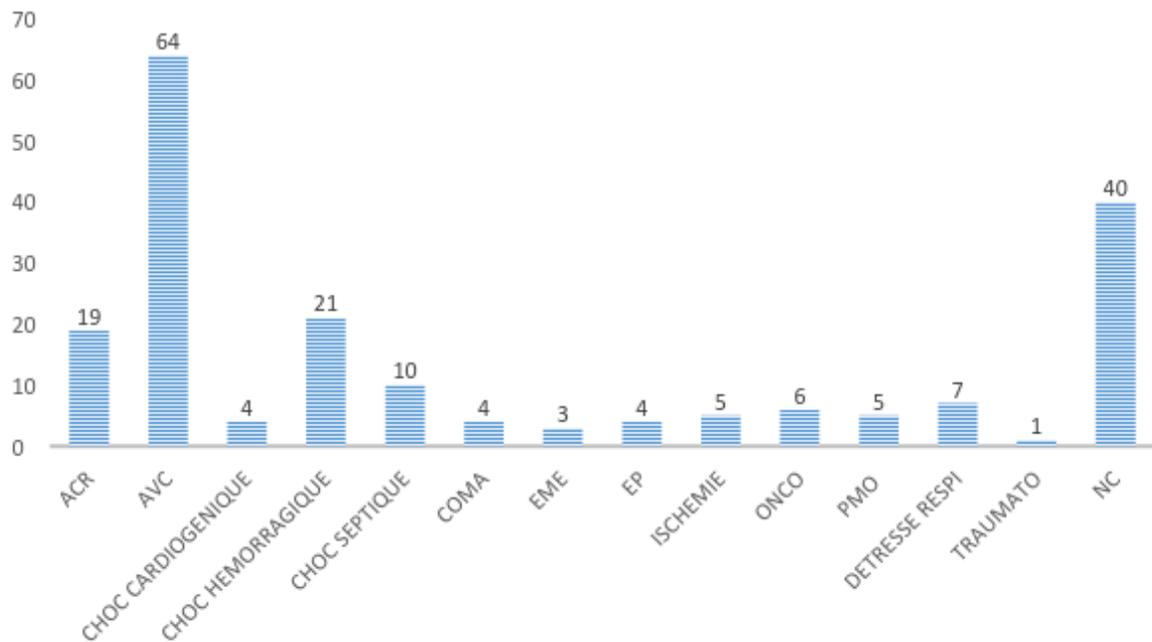
La majorité des décès dans les 24 premières heures sont imputables à des causes neurologiques et traumatiques (62 % des cas). Parmi les autres causes, 18 % sont décédés suite à un problème cardio-respiratoire. Parmi les 33 patients admis pour une cause « autre », on note 8 altérations de l'état général, 9 causes digestives, 9 motifs infectieux, 3 hémorragies, 3 admissions pour « prélèvement multi organe », 1 intoxication médicamenteuse.

Fig 11 . Nombre de décès survenant dans les 24 premières heures suivant leur admission, en fonction du service



La majorité des décès ont lieu au déchoquage (66 %) et aux urgences (25 %).

Fig 12. Répartition des décès en fonction des etiologies



La majorité des décès précoces sont dus à des AVC.

Les décès précoces sont plus fréquents en période de weekend (du vendredi au lundi) et représentent 62,7 % des décès (121 patients). Le mardi, quant à lui en admet le moins (18 patients soit 9,3 %)

Lors du mois de mars, 27 patients décèdent dans les 24 premières heures, soit 14 %.

1.6.2. Décès survenant dans les 3 premiers jours d'hospitalisation

75 % des décès surviennent dans les 3 premiers jours suivant l'admission dont 85 % aux urg-déchocage ou réanimation.

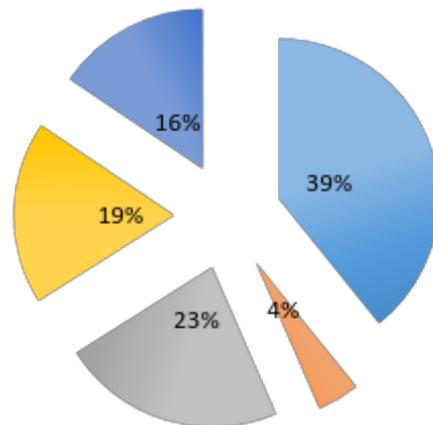
La répartition est de 57,2 % hommes avec moyenne âge 70 ans \pm 20 ans et une médiane de 77 ans, [1an- 108 ans] dont 8 % vivant en EHPAD.

La moyenne est de 1j3h57 \pm 20h24. La médiane est de 1j0h 46' [2 minutes - 2j23h48].

Ils sont en moyenne restés 1h 10 minutes \pm 1h55' aux urgences, avec une médiane de 3 minutes [1 minute - 11h13].

Fig 13 . Répartition des patients décédés dans les 3 premiers jours, en fonction de leur motif d'admission

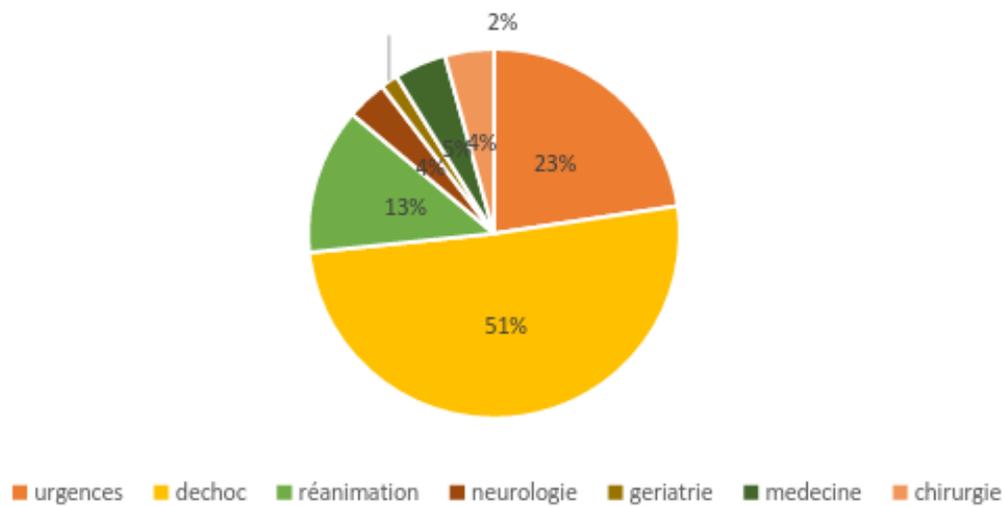
■ NEUROLOGIE ■ ONCOLOGIE ■ TRAUMATOLOGIE ■ cardiorespiratoire ■ AUTRES



157 patients sont admis pour un motif neurologique, et 90 secondairement à un traumatisme. Parmi les 62 patients admis pour une cause « autre », on note 15 altérations de l'état général, 18 causes digestives, 15 motifs infectieux, 3 hémorragies, 3 admissions pour « prélèvement multi organe », 3 intoxications médicamenteuses.

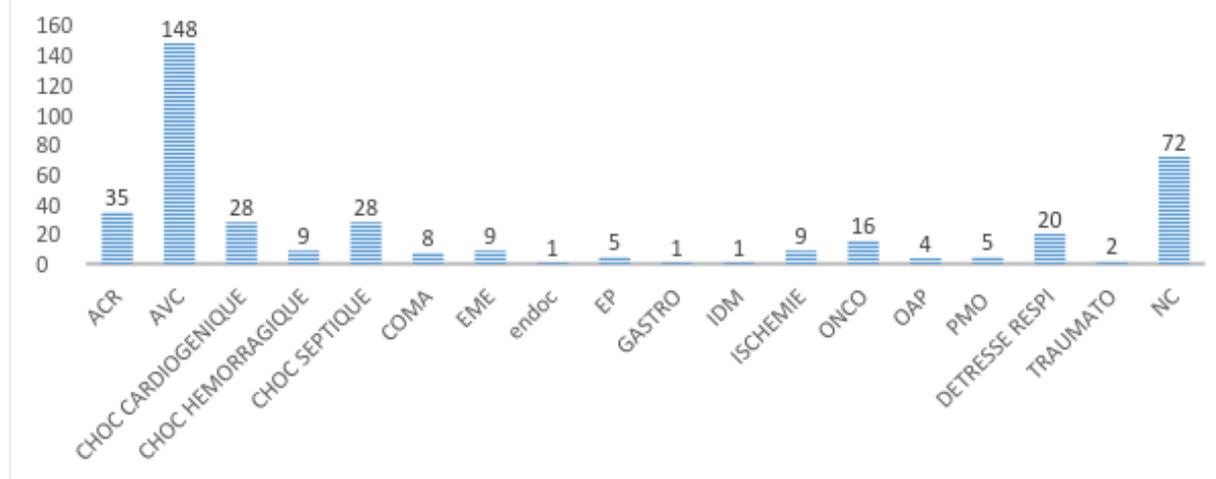
Le motif « oncologie / soins palliatifs » est évoqué pour 17 patients, le respiratoire pour 31 patients et le cardiovasculaire pour 43 patients.

Fig 14 .Répartition des décès survenant dans les 3 premiers jours d'hospitalisation en fonction du service



202 patients décèdent au décho, 90 aux urgences et 13 % en réanimation.

Fig 15. Répartition des décès en fonction des etiologies



La majorité des décès précoces est due à des AVC.

Le mercredi est le jour de la semaine où plus de patients décédant dans les 72 premières heures sont admis (69 patients soit 17,2 %) suivi du dimanche (67 patients soit 16,7 %)

Le mardi, quant à lui en admet le moins (41 patients soit 10,2 %)

Le mois de mars est celui qui comptabilise le plus grand nombre de décès survenant en moins de 72 h après l'admission aux urgences, soit 49 patients (12,2 %).

1.6.3. Décès survenu après le 3^{ème} jour d'hospitalisation

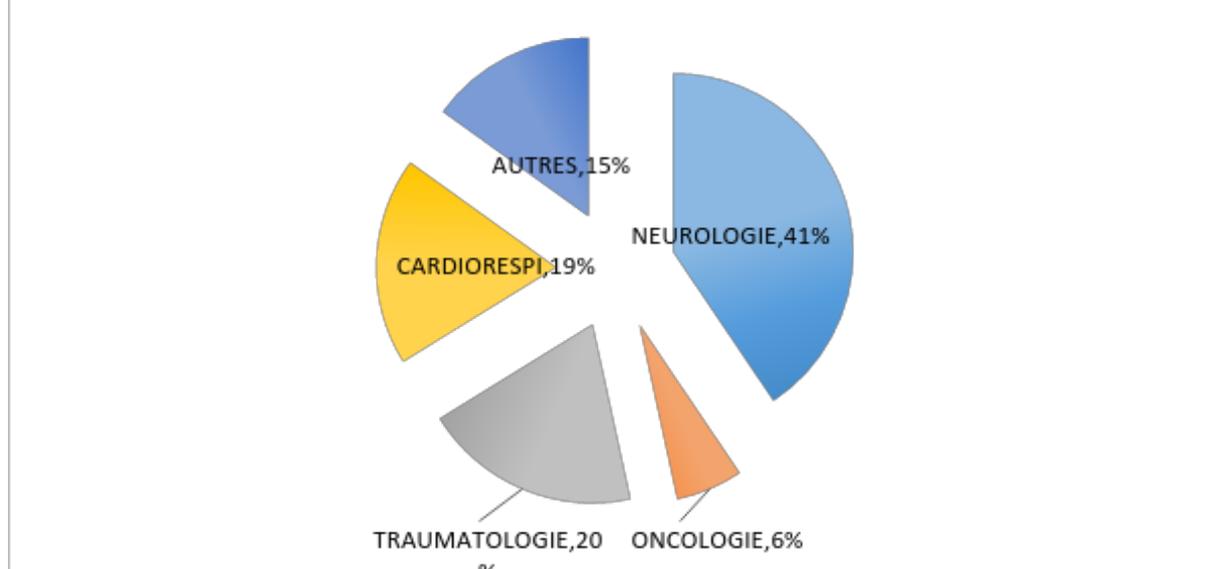
133 patients décèdent entre le 3^{ème} jour d'hospitalisation et le 7^{ème} jour, soit 25 %, dont 51 patients en réanimation et 22 en neurologie.

La répartition est de 54 % d'hommes avec moyenne âge 74 ans \pm 17,5 et une médiane de 81 ans, [13 ans- 97 ans] dont 10 patients vivant en EHPAD et 1 en RPA.

La moyenne est de 4j20h47 \pm 1j3h30'. La médiane est de 4j17h32' [3j0h 54 - 6j23h53].

Ils sont en moyenne restés 2h01 \pm 2h24. La médiane est de 51 minutes [1 min- 13h 25 pour un patient vivant en EHPAD hospitalisé pour une pneumopathie hypoxémiante].

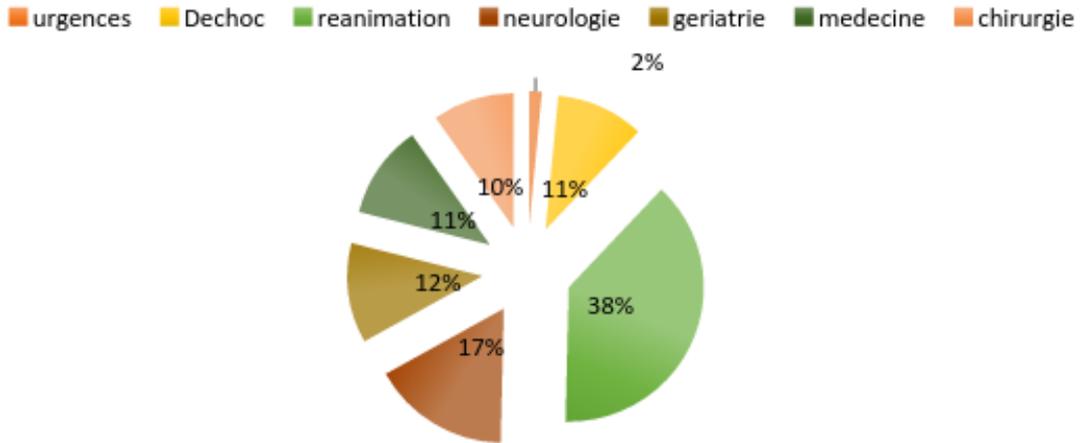
Fig 16. Répartition des patients décédés après le 3ème jour, en fonction de leur motif d'admission



54 patients sont admis pour un motif neurologique, et 26 secondairement à un traumatisme. Parmi les 20 patients admis pour une cause « autre », on note 6 causes digestives, 6 motifs infectieux, 5 altérations de l'état général, 1 hémorragie, 1 admission pour « prélèvement multi organe », 1 intoxication médicamenteuse.

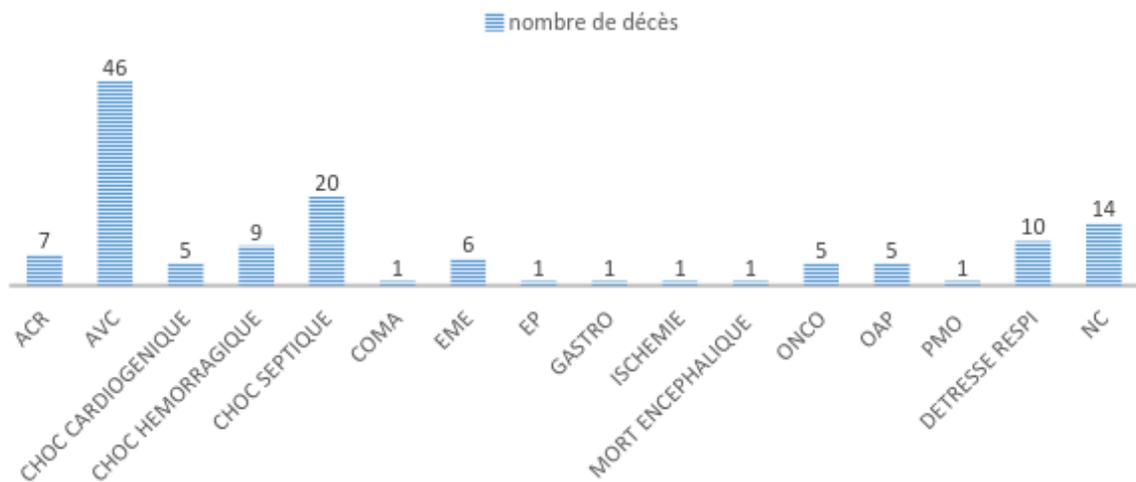
Le motif « oncologie / soins palliatifs » est évoqué pour 8 patients, le respiratoire pour 11 patients et le cardiovasculaire pour 14 patients.

Fig 17. Répartition des décès survenus après le 3eme jour d'hospitalisation , en fonction du service



Désormais, la majorité des patients décède en réanimation.

Fig 18. Répartition des décès en fonction des étiologies



La majorité des décès précoces est due à des AVC.

Le mercredi est le jour de la semaine où le plus de patients décédant dans les 72 premières heures sont admis (29 patients soit 21,8 %) suivi du samedi (22 patients soit 16,5 %).

Les lundis et dimanches, quant à eux en admettent le moins (14 patients soit 10,5 %)

Le mois de janvier est celui qui comptabilise le plus grand nombre de décès survenant après 72 h d'hospitalisation, soit 17 patients (12,8 %).

1.7. Les tranches d'âge

Nous avons alors fait quatre tranches d'âge représentatives de la population générale.

1.7.1. Les 0 – 15 ans

Dans notre étude, 8 patients sont âgés de moins de 15 ans, soit 1,5 %. Avec une population de 60 % de garçons et une moyenne d'âge de 8 ans [1an - 13 ans].

La moyenne de séjour totale est de 1j6h28 ±1j 6h 43'. La médiane est de 20h52 [1h52 – 3j16h 35].

La moyenne de séjour aux urgences est de 2 minutes ± 1 min 31 sec. La médiane est de 1 minute [1 min – 5 min].

Fig 19 . Répartition des patients de moins de 15 ans, en fonction de leur motif d'admission

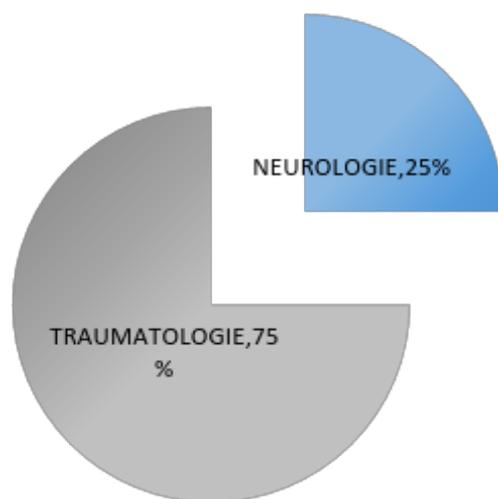
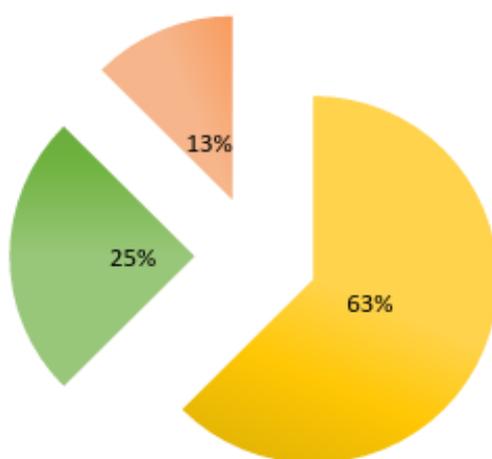


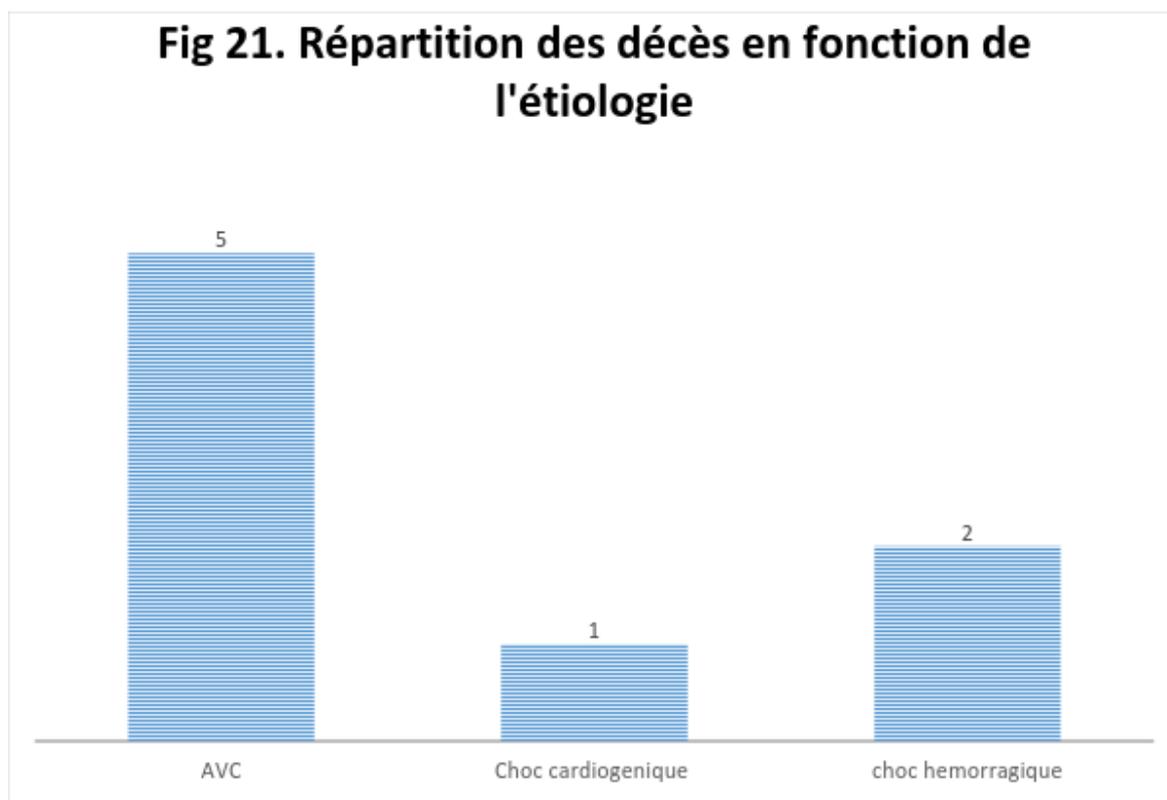
Fig 20 . Répartition des décès des moins de 15 ans en fonction du lieu

urgences déchoc rea neuro geriatrie médecine chirurgie



5 enfants décèdent au déchoc, 1 enfant en réanimation pédiatrique, 1 enfant en réanimation spécialisée cardio et un autre enfant en unité de soins continus de neurochirurgie.

6 enfants ont été admis suite à des traumatismes (accident de la voie publique), et 2 enfants pour cause neurologique (hémorragie méningée, coma).



5 enfants décéderont des suites d'un AVC, 2 d'un choc hémorragique et 1 d'un choc cardiogénique.

Fig 22 . Répartition des décès des moins de 15 ans, en fonction des intervalles de temps

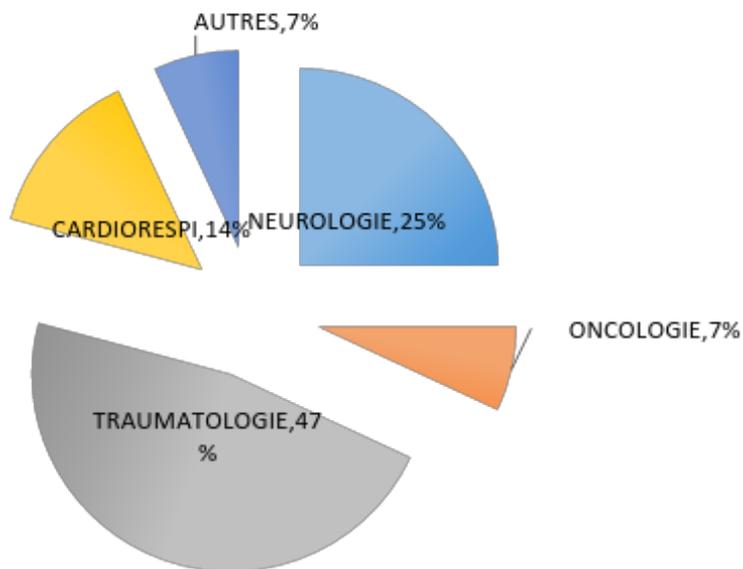


7 patients décèdent dans les 72 premières heures dont 4 les 24 premières heures suivant leur admission, et 1 après 72 h.

1.7.2. Les 16 – 50 ans

Dans notre étude, 72 patients sont âgés entre 16 et 50 ans, soit 13,5 %. Avec 70 % d'hommes et une moyenne d'âge de 36 ans $\pm 10,9$. La médiane est de 40 ans [16 ans – 50 ans].

**Fig 23 .Répartition des patients des 16-50 ans,
en fonction de leur motif d'admission**



La moyenne de séjour total est de 1j17h 8 ± 1j 16h42'. La médiane est de 1j1h10' [15 minutes-5j19h 48].

La moyenne du temps de passage aux urgences est de 15 minutes ±48 minutes. La médiane est de 1 minute [1 minute - 5 h 22 pour un patient de 47 ans atteint d'une lésion gliale de haut grade avec des signes d'engagement].

Fig 24 . Répartition des décès des 16-50 ans en fonction du lieu

urgences déchoc rea neuro geriatrie médecine chirurgie

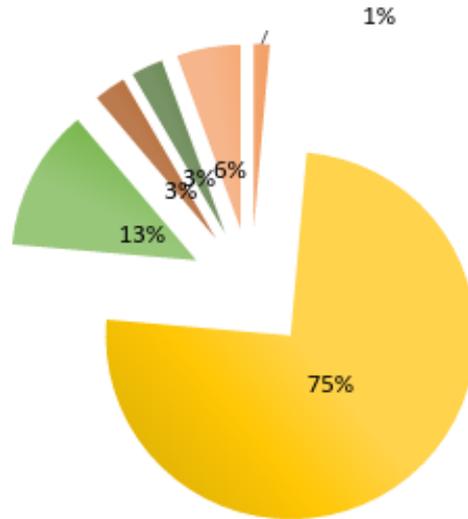
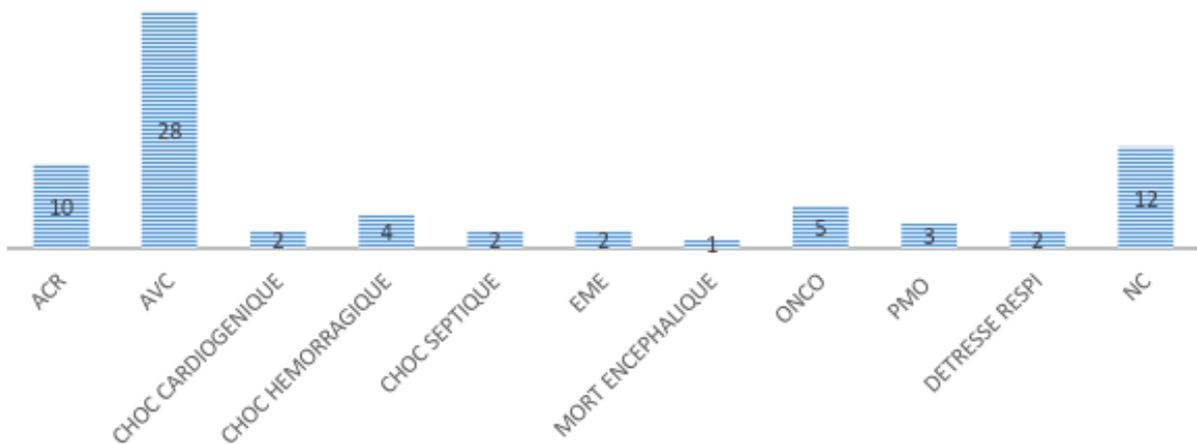


Fig 25. Répartition des décès en fonction des étiologies

nombre de décès

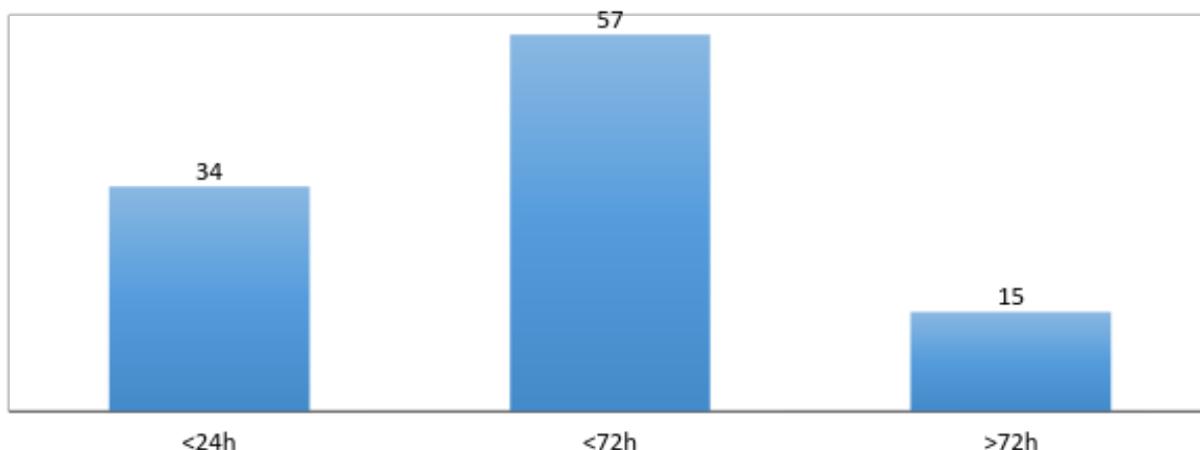


28 patients décèdent suite à un AVC, 7 d'un choc, 5 des suites d'un cancer.

12 patients n'ont pas d'étiologie retrouvée.

**Fig 26 . Répartition des décès chez les 16 - 50 ans,
en fonction des intervalles de temps**

■ nombre de deces chez les 16 - 50 ans, en fonction des tranches horaires



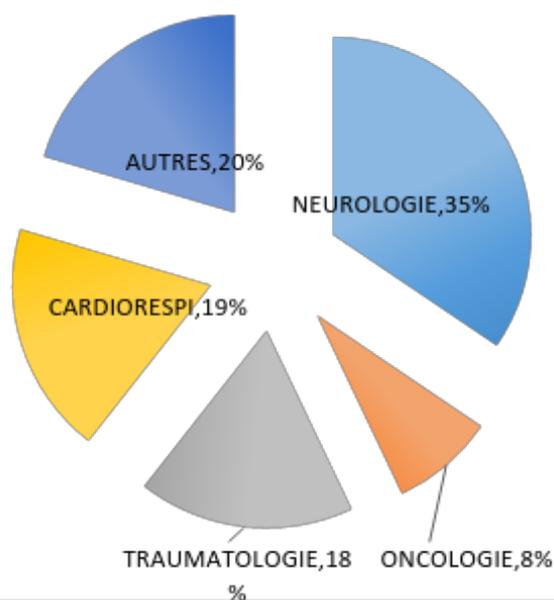
57 patients décèdent dans les 72 premières heures dont 34 les 24 premières heures suivant leur admission, et 15 après 72 h.

1.7.3. Les 51 – 74 ans

142 patients sont âgés entre 51 et 74 ans, soit 26,6 %.

Avec une population de 95 hommes (67 %) pour 47 femmes et une moyenne d'âge de 64 ans \pm 6,7 ans. La médiane est de 64 ans [51 ans – 74 ans].

**Fig 27 . répartition des patients de 51 a 74 ans ,
en fonction de leur motif d'admission**



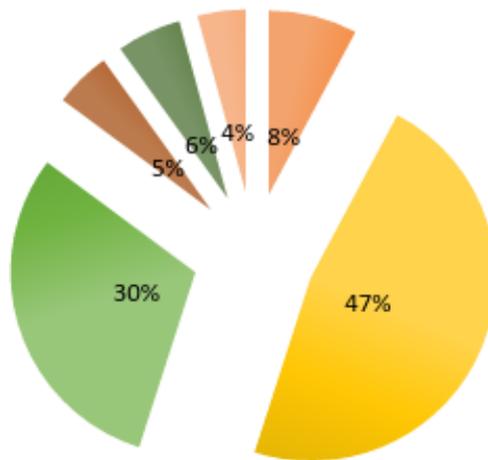
49 patients sont admis pour sur un motif neurologique, 25 patients secondairement a un traumatisme.

Le motif « oncologie / soins palliatifs » admet 12 patients et 19 quant au motif cardiovasculaire.

Le motif « autre » concerne 29 patients, soit 10 motifs digestifs, 8 causes infectieuses, 5 « altérations de l'état général », 3 hémorragies, 2 « prélèvement multi-organes », 1 intoxication médicamenteuse.

Fig 28 . Répartition des décès des 51-74 ans en fonction du lieu .

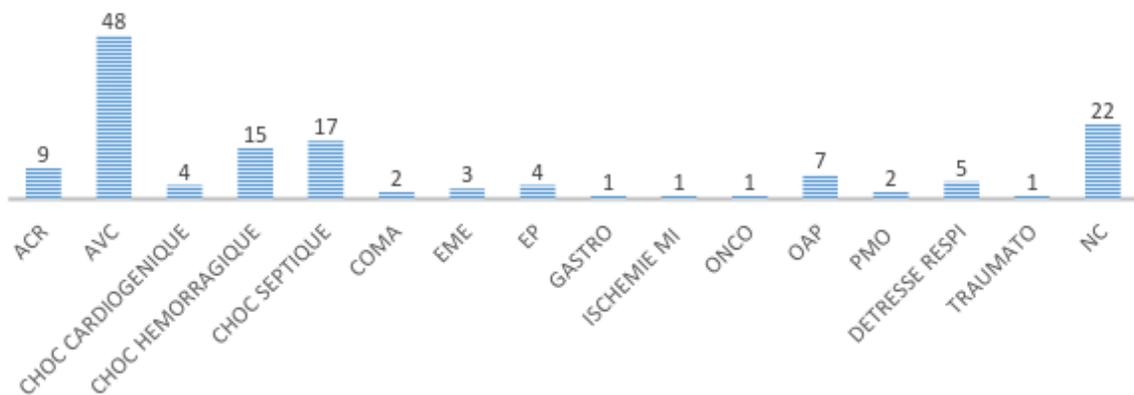
urgences déchoc rea neuro geriatrie médecine chirurgie



67 patients décèdent au déchoc, 43 patients en service de réanimation. Les services des urgences accueillent 11 patients, 8 patients de médecine dont 2 en LISP, 7 patients de neurologie et 6 patients de chirurgie.

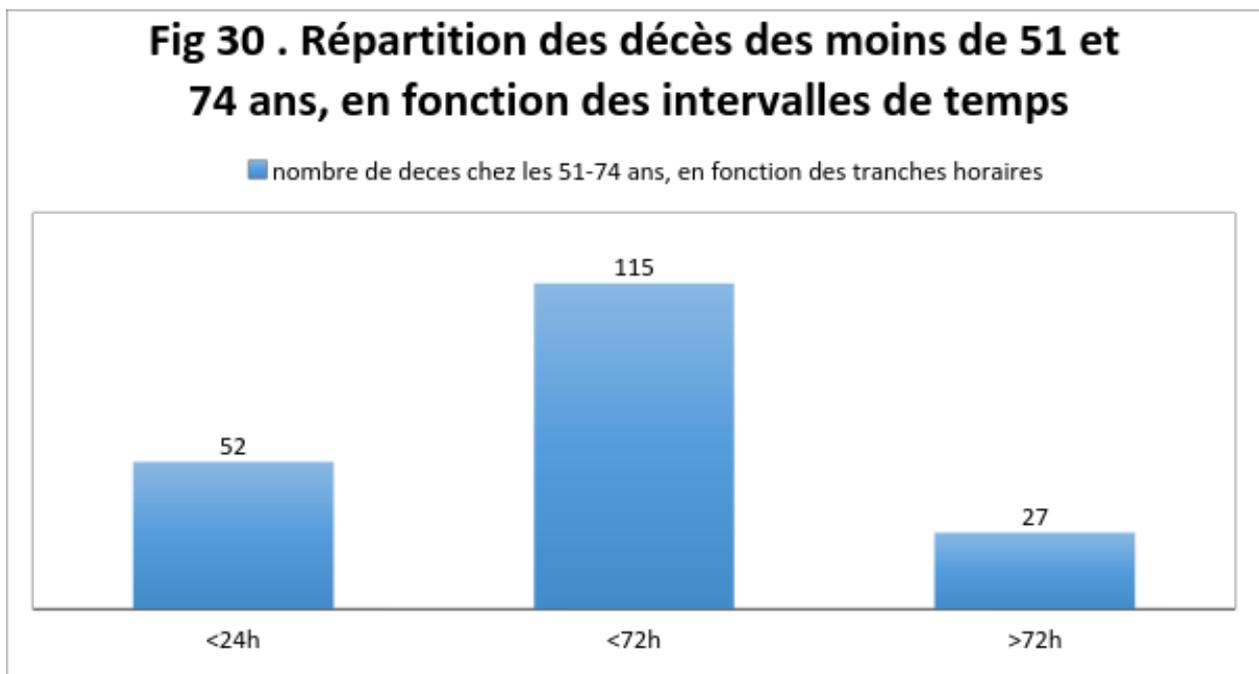
Fig 29 . Répartition des décès en fonction des étiologies

nombre de décès



La moyenne de séjour totale est de 2j0h05 ±1j17h16', La médiane est de 1j11h14' [5 minutes (traumatisme) - 6j 22h17 minutes (AVC)].

La moyenne de séjour aux urgences est de 46 minutes ± 1h35 .La médiane est de 2 minutes [1 minute - 9h 22 minutes (douleur abdominale dans le cadre d'une ischémie du colon transverse chez un patient de 60 ans)].



115 patients décèdent dans les 72 premières heures dont 52 les 24 premières heures suivant leur admission, et 27 patients décèdent après 72 h.

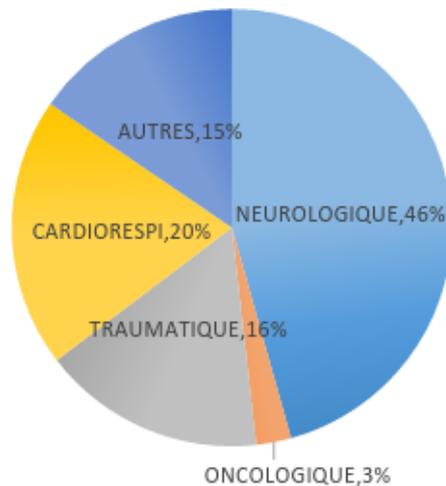
1.7.4. > 75 ans

Dans notre étude, 311 patients sont âgés de plus de 75 ans, soit 58,3 % de la population générale.

48 % sont des hommes, avec une moyenne d'âge de 85 ans ± 5,7. La médiane est de 85 ans [75 ans – 108 ans].

38 patients vivaient en EHPAD et 1 en RPA.

Fig 31 . Motif d'admission des décès des plus de 75ans



Le motif d'admission « neurologique » est majoritaire avec 142 patients avec comme étiologies des accidents vasculaires cérébraux hémorragiques ou ischémiques et des états de mal épileptiques.

Les admissions secondaires à des traumatismes sont de 16% (51 patients).

Les causes « autres » sont de 15%, soit 48 patients. On note 15 « altérations de l'état général », 13 causes digestives, 11 causes infectieuses, 6 hémorragies, 2 intoxications médicamenteuses, 1 transfert pour « prélèvement multi organe ».

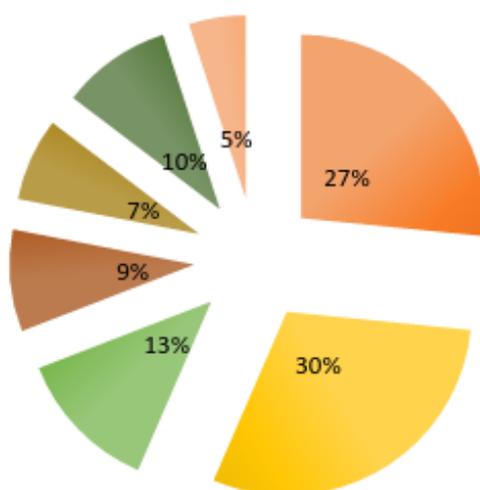
Les causes respiratoires sont de 10 % (32 patients), majoritairement des détresses respiratoires ou pneumopathies d'inhalation.

Les causes cardiovasculaires représentent 10 % de cette sous population, soit 30 patients, en partie des ruptures d'anévrisme d'aorte abdominale, des ischémies des membres inférieurs ou des IDM.

Enfin, les causes oncologiques, sont plus rares, soit 8 patients (3 %).

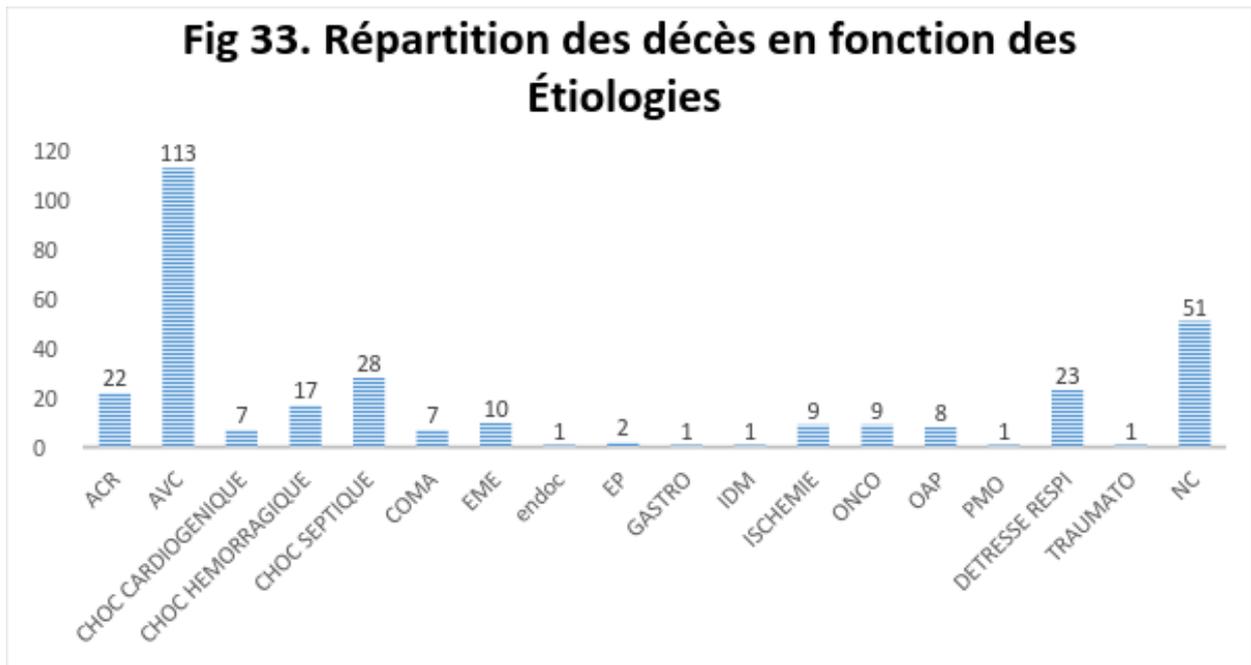
Fig 32. Répartition des lieux de décès des patients âgés de plus de 75 ans

urgences déchoc rea neuro geriatrie médecine chirurgie

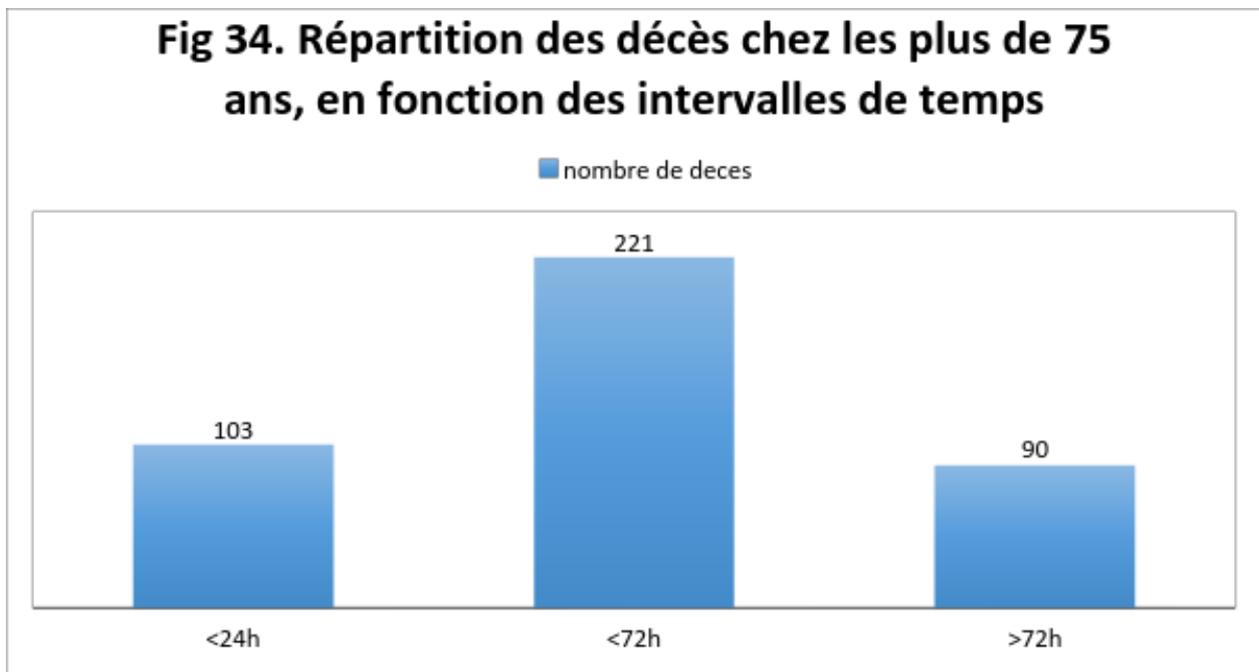


La moyenne d'hospitalisation avant le décès est de 2j6h22minutes \pm 1j22h37'. La médiane est de 1j15h6' [2 min-6 j23h53].

Le temps de passage moyen au SAU est de 1h57 \pm 2h32. La médiane est de 41 minutes [41 minute - 13h25 (patient de 85 ans vivant en EHPAD présentant une pneumopathie d'inhalation)].



La principale cause de décès est l'AVC.



1.8. Lieux de décès

Nous avons regroupé, dans différents secteurs, les services hospitaliers, nous avons donc retenu les services : le SAU, le déchoquage, la réanimation médicale et chirurgicale, les services de neurologie, les services de gériatrie, les services de médecine, les services de chirurgie, les services de soins palliatifs, les services de cardiologie.

1.8.1. Le Service d'accueil des Urgences

La durée moyenne du séjour est de 1j4h28 \pm 22h31', la médiane de 21h55 (max 4j17H32). (Poussée HTA, insuffisance cardiaque chez une femme âgée de 90 ans)

90 patients décèdent en moins de 3 jours, dont 48 dans les 24 premières heures, et 2 après 3 jours d'hospitalisation.

92 patients, soit 17,3 %, décèdent aux Urgences, dont 36 hommes et 56 femmes, leur moyenne d'âge est de 83 ans \pm 11,6, La médiane est de 85 ans [20 ans -108 ans].

1.8.2. Le déchoquage

Il s'agit du service de réanimation d'urgence, il accueille tous les polytraumatisés de la région, ainsi que des transferts d'autres hôpitaux de la région pour des raisons traumatiques ou neurologiques en particulier.

La durée moyenne du séjour est de 1j1h15 \pm 2j2h05', la médiane de 18h57 et un temps maximal de 5 jours, 5 heures et 48 minutes. (Hématome C5 C6 compressif post traumatique chez une femme âgée de 97 ans).

216 patients, soit 40,5 %, décèdent au déchoc, dont 128 hommes et 88 femmes, leur moyenne d'âge est de 63 ans, [1 – 97 ans]. 202 patients décèdent dans les 3 premiers jours, dont 126 la première journée, et 14 entre le 3^{ème} et le 7^{ème} jour.

1.8.3. Les services de réanimation

Il s'agit des différents services de réanimation du CHU Pellegrin ainsi que les soins intensifs et les soins continus.

La durée moyenne du séjour est de 2j2h5 ±1j20h30', la médiane est de 1j12h8 et un temps maximal de 6 j21h24. (État de mal épileptique chez un homme de 64 ans)

102 patients, soit 19,1 %, décèdent en réanimation, dont 70 hommes et 32 femmes, leur moyenne d'âge est de 68 ans, avec pour extrêmes 6 et 91 ans. 51 sont décédées dans les 3 premiers jours dont 10 patients dans les 24 premières heures, et 51 patients entre le 3^{ème} et le 7^{ème} jours.

1.8.4. Les services de neurologie

Les services de neurologie regroupent ceux de Pellegrin ainsi que ceux de Haut l'Évêque.

La durée moyenne du séjour est de 3j23h30 ±1j19h50', la médiane de 4 jours 19 h et 30 minutes et un temps maximal de 6j22h16. (Sepsis sévère secondaire a une pathologie neurologique, chez un patient de 69 ans)

14 sont décédés dans les 3 premiers jours dont 1 patient dans les 24 premières heures et 22 patients entre le 3^{ème} et le 7^{ème} jour.

36 patients, soit 6,7 %, décèdent en neurologie, dont 19 hommes et 16 femmes, leur moyenne d'âge est de 78 ans \pm 10,8, La médiane est de 81 ans [43ans - 91 ans].

1.8.5. Les services de gériatrie

Les services de neurologie regroupent ceux de l'hôpital saint André ainsi que ceux de Xavier Arnozan.

La durée moyenne du séjour est de 4j10h37 \pm 1j22h57', la médiane de 4j12h38 et un temps maximal de 6j23h54. (Hématome cérébral post traumatique, chez un patient de 87 ans)

6 sont décédés dans les 3 premiers jours, et 16 patients entre le 3^{ème} et le 7^{ème} jours. 22 patients, soit 4,1 %, décèdent en gériatrie, dont 10 hommes et 12 femmes, leur moyenne d'âge est de 89 ans \pm 4,5, la médiane est de 89 ans [80 ans - 98 ans].

1.8.6. Les services de médecine

Les services de médecine regroupent ceux de l'hôpital Saint André ainsi que ceux de l'hôpital Pellegrin, à savoir les services de post-urgences, les services de néphrologie, d'infectiologies et de médecine interne.

La durée moyenne du séjour est de 3j2h47 \pm 1j19h49, la médiane de 2j8h50 et un temps maximal de 6j16h59. (Dyspnée aigue chez une femme de 72 ans).

18 sont décédés dans les 3 premiers jours, dont 2 en moins de 24 h et 15 patients entre le 3^{ème} et le 7^{ème} jours.

33 patients, soit 6,2 %, décèdent en médecine, dont 21 hommes et 12 femmes, leur moyenne d'âge est de 84 ans \pm 10,2, la médiane est de 88 ans [54 ans - 100 ans].

1.8.7. Les services de chirurgie

Les services de chirurgie regroupent différentes spécialités à savoir les services de neurochirurgie, d'ophtalmologie, d'ORL, d'orthopédie, de chirurgie vasculaire et générale, les soins continus post chirurgicaux.

La durée moyenne du séjour est de 3j3h49 \pm 1j23h56', la médiane de 2j17h13 et un temps maximal de 6j21h33.

17 patients sont décédés dans les 3 premiers jours, dont 5 en moins de 24 h et 13 patients entre le 3^{ème} et le 7^{ème} jour.

30 patients, soit 5,6 %, décèdent en chirurgie, dont 14 hommes et 17 femmes, leur moyenne d'âge est de 79 ans \pm 13,1. La médiane est de 83 ans [47 ans - 98 ans].

1.8.8. Les services de LISP

Les services de LISP, soit avec des lits dédiés aux soins palliatifs, sont dans différents services à saint André, avec le service de soins palliatifs, puis en dermatologie, ainsi qu'en ORL.

La durée moyenne du séjour est de 4j0h01 \pm 1j21h43, la médiane de 4j4h57 et un temps maximal de 6j20h37.

2 patients sont décédés dans les 3 premiers jours et 4 patients entre le 3^{ème} et le 7^{ème} jours.

6 patients, soit 1,1 %, décèdent dans un service de LISP, dont 5 hommes et 1 femme, leur moyenne d'âge est de 61 ans \pm 18,3. La médiane est de 54 ans [45 ans et 92 ans].

1.8.9. Les services de cardiologie

Les services de cardiologie ne sont pas situés dans l'enceinte des urgences de l'hôpital Pellegrin, de même des urgences spécifiques leur sont attribuées à l'hôpital Haut l'Évêque.

La durée moyenne du séjour est de 3j10h24 \pm 2j1h25', la médiane de 3j8h2 et un temps maximal de 6j16h39.

8 patients sont décédés dans les 3 premiers jours, dont 2 en moins de 24 h et 10 patients entre le 3^{ème} et le 7^{ème} jours.

18 patients, soit 3,4 %, décèdent en cardiologie, dont 12 hommes et 6 femmes, leur moyenne d'âge est de 75 ans \pm 17,5. La médiane est de 79 ans [13 ans - 90 ans].

1.8.10. Les services de « post-urgences »

Les services de post-urgences, sont deux services spécifiques au sein du CHU Pellegrin, ils reçoivent des patients exclusivement issus des urgences.

La durée moyenne du séjour est de 3j2h01 \pm 1j21h49', la médiane de 2j4h50 et un temps maximal de 6j16h59.

15 patients sont décédés dans les 3 premiers jours, dont 2 en moins de 24 h et 12 patients entre le 3^{ème} et le 7^{ème} jours.

27 patients, soit 5,1 %, décèdent en cardiologie, dont 15 hommes et 12 femmes, leur moyenne d'âge est de 84 ans \pm 10,8. La médiane est de 88 ans [54 ans - 100 ans].

2. ANALYSES COMPARATIVES

2.1. Urgences vs Services

2.1.1. Population générale

On ne note pas de différence significative entre le sex ratio, le jour d'admission, le mois d'admission ni la saison de celles-ci, entre les patients décédés aux urgences, et ceux dans les services de l'hôpital.

Il existe une différence significative pour l'âge moyen ($p < 0,05$) des patients décédés, ainsi que pour ceux de plus de 75 ans décédés aux urgences ($p < 0,05$).

De même, on remarque une différence significative sur les intervalles de temps.

Tableau 1 : Analyse comparative de la population générale.'''

		Urgences	Pellegrin	Services		P
Sexe	Masculin	39,13%	36	39,56%	108	0,94
	Féminin	60,87%	56	60,44%	165	
admission	Lundi	13,04%	12	12,45%	34	0,78
	Mardi	7,61%	7	12,09%	33	
	Mercredi	16,30%	15	21,25%	58	
	Jeudi	15,22%	14	13,55%	37	
	Vendredi	15,22%	14	13,92%	38	
	Samedi	15,22%	14	12,45%	34	
	Dimanche	17,39%	16	14,29%	39	
Mois	Janvier	7,61%	7	9,89%	27	0,35
	Février	15,22%	14	9,16%	25	
	Mars	10,87%	10	8,79%	24	
	Avril	7,61%	7	6,96%	19	
	Mai	4,35%	4	8,42%	23	
	Juin	6,52%	6	8,06%	22	
	Juillet	5,43%	5	7,33%	20	
	Août	6,52%	6	12,09%	33	
	Septembre	7,61%	7	4,76%	13	
	Octobre	11,96%	11	8,06%	22	
	Novembre	6,52%	6	10,62%	29	
	Décembre	9,78%	9	5,86%	16	
Saison	Hiver	33,70%	31	27,84%	76	0,46
	Printemps	18,48%	17	23,44%	64	
	Été	19,57%	18	24,18%	66	
	Automne	28,26%	26	24,54%	67	
âge	Moyenne		82,92		76,01	<0,005
	écartype		11,56		16,47	
	médiane		85,00		81,00	
	intervalle confiance		2,362738888		1,953935952	
	Max		108,00		100,00	
	Min		20,00		6,00	
	>75 ans	84,78%	78	63,37%	173	
	<65 ans	7,61%	7	19,41%	53	
Durée	Moyenne	1j 4h 28'	1,19	3j 10h56'	3,46	<0,005
	écartype	0j 22h 31'	0,94	1j 20h54'	1,87	
	médiane	0j 21h 55'	0,91	3j 7h 34'	3,32	
	intervalle confiance	0j 4h 36'	0,1917514	0j 9h 10'	0,382339	
	Max	4j 17h 32'	4,73	6j 23h53'	7,00	
	Min	0j 0h 9'	0,01	0j 2h 10'	0,09	
	- d'un jour	52,17%	48	7,69%	21	
	- de 3jours	97,83%	90	47,62%	130	
	+ de 3 jours	2,17%	2	52,38%	143	
Lieu de vie	Domicile	76,09%	70	91,21%	249	<0,005
	RPA	1,09%	1	0,37%	1	
	EHPAD/MDR	22,83%	21	8,42%	23	

2.1.2. Urgences vs Services hors Réanimation

On ne note pas de différence significative entre le sex ratio, l'âge, le jour d'admission, le mois d'admission ni la saison de celles-ci, entre les patients décédés aux urgences, et ceux dans les services de l'hôpital. (Hors réanimation)

Il existe une différence significative sur les intervalles de temps.

Tableau 2 : Analyse comparative de la population des urgences vs les services de médecine hors réanimation.

		Urgences	Pellegrin	Services	P	
Sexe	Masculin	39,13%	36	44,77%	77	0,37
	Féminin	60,87%	56	55,23%	95	
<hr/>						
Jour d'entrée		13,04%	12	13,37%	23	0,60
	Lundi	7,61%	7	12,79%	22	
	Mardi	16,30%	15	22,09%	38	
	Mercredi	15,22%	14	14,53%	25	
	Jeudi	15,22%	14	13,95%	24	
	Vendredi	15,22%	14	10,47%	18	
	Samedi	17,39%	16	12,79%	22	
	Dimanche					
<hr/>						
Mois	Janvier	7,61%	7	11,63%	20	0,58
	Février	15,22%	14	9,30%	16	
	Mars	10,87%	10	9,88%	17	
	Avril	7,61%	7	5,23%	9	
	Mai	4,35%	4	7,56%	13	
	Juin	6,52%	6	6,40%	11	
	Juillet	5,43%	5	6,98%	12	
	Août	6,52%	6	9,30%	16	
	Septembre	7,61%	7	6,40%	11	
	Octobre	11,96%	11	8,72%	15	
	Novembre	6,52%	6	12,79%	22	
	Décembre	9,78%	9	5,81%	10	
<hr/>						
Saison	Hiver	33,70%	31	30,81%	53	0,92
	Printemps	18,48%	17	19,19%	33	
	Été	19,57%	18	22,67%	39	
	Automne	28,26%	26	27,33%	47	
<hr/>						
âge	Moyenne		82,92		80,88	0,09
	écartype		11,56		12,78	
	médiane		85,00		84,00	
	intervalle		2,362738888		1,910551065	
	confiance		108,00		100,00	
	Max		20,00		13,00	
	Min					
>75 ans	84,78%	78	75,58%	130	0,08	
<65 ans	7,61%	7	11,05%	19		
<hr/>						
Durée Séjour	Moyenne	1j 4h 28'	1,19	3j 12h 47'	3,53	<0,005
	écartype	0j 22h 31'	0,94	1j 22h 40'	1,95	
	médiane	0j 21h 55'	0,91	3j 10h 39'	3,44	
	intervalle	0j 4h 36'	0,191751	0j 9h 32'	0,397448	
	confiance	4j 17h 32'	4,73	6j 23h 53'	7,00	
	Max	0j 0h 9'	0,01	0j 2h 10'	0,09	
	Min					
	+ d'un jour	52,17%	48	6,98%	12	
	-de 3 jours	97,83%	90	46,51%	80	
	+de 3 jours	2,17%	2	53,49%	92	
<hr/>						
Lieu de vie	Domicile	76,09%	70	88,37%	152	0,01
	RPA	1,09%	1	0,00%	0	
	EHPAD/MDR	22,83%	21	11,63%	20	

2.1.3. Urgences vs Services de médecine

On ne note pas de différence significative entre le sex ratio, l'âge, le jour d'admission, le mois d'admission ni la saison de celles-ci entre les patients décédés aux urgences, et ceux dans les services de médecine de l'hôpital.

Il existe une différence significative sur les intervalles de temps (durée moyenne d'hospitalisation et intervalle de temps avant le décès) et le lieu de vie des patients.

Tableau 3 : Analyse comparative de la population des urgences vs les services de médecine.

		Urgences	Pellegrin	Services	P	
Sexe	Masculin	39,13%	36	42,25%	0,63	
	Feminin	60,87%	56	57,75%		
Jour d'entrée	Lundi	13,04%	12	15,49%	0,28	
	Mardi	7,61%	7	14,79%		
	Mercredi	16,30%	15	23,24%		
	Jeudi	15,22%	14	13,38%		
	Vendredi	15,22%	14	11,97%		
	Samedi	15,22%	14	9,86%		
	Dimanche	17,39%	16	11,27%		
Mois	Janvier	7,61%	7	11,27%	0,29	
	Février	15,22%	14	7,75%		
	Mars	10,87%	10	8,45%		
	Avril	7,61%	7	5,63%		
	Mai	4,35%	4	9,15%		
	Juin	6,52%	6	7,04%		
	Juillet	5,43%	5	7,04%		
	Août	6,52%	6	9,15%		
	Septembre	7,61%	7	6,34%		
	Octobre	11,96%	11	8,45%		
	Novembre	6,52%	6	14,79%		
	Décembre	9,78%	9	4,93%		0,73
Saison	Hiver	33,70%	31	27,46%	0,14	
	Printemps	18,48%	17	21,83%		
	Été	19,57%	18	22,54%		
	Automne	28,26%	26	28,17%		
âge	Moyenne		82,92	81,21	0,16	
	écartype		11,56	12,73		
	médiane		85,00	85,00		
	intervalle confiance		2,362738888	2,094161955		
	Max		108,00	100,00		
	Min		20,00	13,00		
	>75 ans	84,78%	78	77,46%		
	<65 ans	7,61%	7	9,86%		
Durée Séjour	Moyenne			3j14h41'	3,61	<0,005
	écartype	1j 4h 28'	1,19	1j22h21'	1,93	
	médiane	0j 22h 31'	0,94	3j12h45'	3,53	
	intervalle confiance	0j 21h 55'	0,91	0j 9h 28'	0,394705828	
	Max	0j 4h 36'	0,191751427			
	Min	4j 17h 32'	4,73	6j23h53'	7,00	
	- d'un jour	0j 0h 9'	0,01	0j 2h 10'	0,09	
	- de 3 jours	52,17%	48	4,93%	7	
		97,83%	90	44,37%	63	
	+de 3 jours	2,17%	2	55,63%	79	
	Lieu de vie	Domicile	76,09%	70	88,03%	
RPA		1,09%	1	0,00%		
EHPAD/MDR		22,83%	21	11,97%		

2.1.3.1. Urgences vs médecine hors cardio

On ne note pas de différence significative entre le sex ratio, le jour d'admission, le mois d'admission ni la saison de celles-ci, entre les patients décédés aux urgences, et ceux dans les services de l'hôpital.

Il n'existe pas de différence significative pour l'âge moyen des patients décédés, ni pour ceux de plus de 75 ans décédés aux urgences.

On remarque une différence significative sur les intervalles de temps.

Tableau 4 : Analyse comparative de la population des urgences vs les services de médecine hors cardio.

		<u>Urgences</u>	<u>Pellegrin</u>		<u>Services</u>	<u>P</u>	
Sexe	Masculin	39,13%	36	43,55%	54	0,51	
	Féminin	60,87%	56	56,45%	70		
Jour d'entrée	Lundi	13,04%	12	15,32%	19	0,20	
	Mardi	7,61%	7	15,32%	19		
	Mercredi	16,30%	15	23,39%	29		
	Jeudi	15,22%	14	15,32%	19		
	Vendredi	15,22%	14	10,48%	13		
	Samedi	15,22%	14	10,48%	13		
	Dimanche	17,39%	16	9,68%	12		
Mois	Janvier	7,61%	7	12,10%	15	0,29	
	Février	15,22%	14	7,26%	9		
	Mars	10,87%	10	9,68%	12		
	Avril	7,61%	7	4,03%	5		
	Mai	4,35%	4	9,68%	12		
	Juin	6,52%	6	5,65%	7		
	Juillet	5,43%	5	7,26%	9		
	Août	6,52%	6	7,26%	9		
	Septembre	7,61%	7	6,45%	8		
	Octobre	11,96%	11	9,68%	12		
	Novembre	6,52%	6	15,32%	19		
	Décembre	9,78%	9	5,65%	7		
Saison	Hiver	33,70%	31	29,03%	36	0,90	
	Printemps	18,48%	17	19,35%	24		
	Été	19,57%	18	20,97%	26		
	Automne	28,26%	26	30,65%	38		
âge	Moyenne		82,92		82,16	0,31	
	écartype		11,56		11,68		
	médiane		85,00		85,00		
	intervalle confiance		2,362738888		2,05523387		
	Max		108,00		100,00		
	Min		20,00		43,00		
	>75 ans	84,78%	78	79,03%	98		
<65 ans	7,61%	7	9,68%	12	0,28		
Durée Séjour	Moyenne	1j 4h 28'	1,19	3j 15h19'	3,64	<0,005	
	écartype	0j 22h31'	0,94	1j 22h 4'	1,92		
	médiane	0j 21h55'	0,91	3j 13h55'	3,58		
	intervalle confiance	0j 4h 36'	0,191751	0j 9h 24'	0,392297		
	Max	4j 17h32'	4,73	6j 23h53'	7,00		
	Min	0j 0h 9'	0,01	0j 10h 5'	0,42		
	-d'un jour	52,17%	48	4,03%	5		
	- de 3 jours	97,83%	90	44,35%	55		
	+ de 3 jours	2,17%	2	55,65%	69		<0,005
	Lieu de vie	Domicile	76,09%	70	86,29%		107
RPA		1,09%	1	0,00%	0		
EHPAD/MDR		22,83%	21	13,71%	17		

2.1.3.2. Urgences Vs Services post urgence

On ne note pas de différence significative entre le sex ratio entre les patients décédés aux urgences, et ceux dans les services de l'hôpital. Ni pour l'âge moyen des patients décédés, ni pour ceux de plus de 75 ans décédés aux urgences.

Il existe une différence significative pour le jour d'admission et le mois d'admission

De même, on remarque une différence significative sur les intervalles de temps.

Tableau 5 : Analyse comparative de la population des urgences vs les services post-urgences.

Sexe	Masculin	Urgences Pellegrin		Services		P	
		39,13%	36	44,44%	24		
	Féminin	60,87%	56	55,56%	30	0,52	
<i>Jour d'entrée</i>	Lundi	13,04%	12	14,81%	8	<0,005	
	Mardi	7,61%	7	22,22%	12		
	Mercredi	16,30%	15	22,22%	12		
	Jeudi	15,22%	14	25,93%	14		
	Vendredi	15,22%	14	3,70%	2		
	Samedi	15,22%	14	7,41%	4		
	Dimanche	17,39%	16	3,70%	2		
	<i>Mois</i>	Janvier	7,61%	7	3,70%		2
Février		15,22%	14	3,70%	2		
Mars		10,87%	10	7,41%	4		
Avril		7,61%	7	7,41%	4		
Mai		4,35%	4	11,11%	6		
Juin		6,52%	6	3,70%	2		
Juillet		5,43%	5	11,11%	6		
Août		6,52%	6	14,81%	8		
Septembre		7,61%	7	3,70%	2		
Octobre		11,96%	11	7,41%	4		
Novembre		6,52%	6	22,22%	12		
Décembre		9,78%	9	3,70%	2		
<i>Saison</i>	Hiver	33,70%	31	14,81%	8	0,08	
	Printemps	18,48%	17	22,22%	12		
	Été	19,57%	18	29,63%	16		
	Automne	28,26%	26	33,33%	18		
<i>âge</i>	Moyenne		82,92		84,30	0,23	
	écartype		11,56		10,70		
	médiane		85,00		88,00		
	intervalle confiance		2,36273		2,8527672		
	Max		108,00		100,00		
	Min		20,00		54,00		
	>75 ans	84,78%	78	77,78%	42		0,28
	<65 ans	7,61%	7	7,41%	4		
<i>Durée Séjour</i>	Moyenne	1j 4h28'	1,19	3j 2h 1'	3,08	<0,005	
	écartype	j22h31	0,94	1j 21h23'	1,89		
	médiane	j21h 55'	0,91	2j 4h 50'	2,20		
	intervalle confiance	0j 4h36'	0,19175	0j 9h 16'	0,386518		
	Max	4j17h32	4,73	6j 16h 59'	6,71		
	Min	0j 0h 9'	0,01	0j 11h 14'	0,47		
	- d'un jour	52,17%	48	7,41%	4		
	- de 3 jours	97,83%	90	55,56%	30		
	+de 3 jours	2,17%	2	44,44%	24		
<i>Lieu de vie</i>	Domicile	76,09%	70	81,48%	44	0,53	
	RPA	1,09%	1	0,00%	0		
	EHPAD/MDR	22,83%	21	18,52%	10		

2.1.4. Urgences vs services de chirurgie

On ne note pas de différence significative entre le sex ratio, l'âge moyen, le jour d'admission, le mois d'admission ni la saison de celles-ci entre les patients décédés aux urgences, et ceux dans les services de l'hôpital.

Il existe une différence significative pour les patients de plus de 75 ans décédés aux urgences ($p < 0,05$).

De même, on remarque une différence significative sur les intervalles de temps.

Tableau 6 : Analyse comparative de la population des urgences vs les services de chirurgie.

		<u>Urgences</u>	<u>Pellegrin</u>	<u>Services</u>	<u>P</u>		
Sexe	Masculin	39,13%	36	56,67%	17	0,09	
	Feminin	60,87%	56	43,33%	13		
Jour d'entrée	Lundi	13,04%	12	3,33%	1	0,68	
	Mardi	7,61%	7	3,33%	1		
	Mercredi	16,30%	15	16,67%	5		
	Jeudi	15,22%	14	20,00%	6		
	Vendredi	15,22%	14	23,33%	7		
	Samedi	15,22%	14	13,33%	4		
	Dimanche	17,39%	16	20,00%	6		
Mois	Janvier	7,61%	7	13,33%	4	0,94	
	Février	15,22%	14	16,67%	5		
	Mars	10,87%	10	16,67%	5		
	Avril	7,61%	7	3,33%	1		
	Mai	4,35%	4	0,00%	0		
	Juin	6,52%	6	3,33%	1		
	Juillet	5,43%	5	6,67%	2		
	Août	6,52%	6	10,00%	3		
	Septembre	7,61%	7	6,67%	2		
	Octobre	11,96%	11	10,00%	3		
	Novembre	6,52%	6	3,33%	1		
	Décembre	9,78%	9	10,00%	3		
Saison	Hiver	33,70%	31	46,67%	14	0,33	
	Printemps	18,48%	17	6,67%	2		
	Été	19,57%	18	23,33%	7		
	Automne	28,26%	26	23,33%	7		
âge	Moyenne		82,92		79,33	0,09	
	écartype		11,56		13,13		
	médiane		85,00		83,00		
	intervalle confiance		2,362738		4,699900		
	Max		108,00		98,00		
	Min		20,00		47,00		
	>75 ans	84,78%	78	66,67%	20		0,03
	<65 ans	7,61%	7	16,67%	5		
Durée Séjour	Moyenne	1j 4h 28'	1,19	3j 3h 49'	3,16	<0,005	
	écartype	0j 22h31'	0,94	1j 23h 56'	2,00		
	médiane	0j 21h55'	0,91	2j 17h 13'	2,72		
	intervalle confiance	0j 4h 36'	0,191751	0j 9h 47'	0,408232		
	Max	4j 17h32'	4,73	6j 21h 33'	6,90		
	Min	0j 0h 9'	0,01	0j 9h 31'	0,40		
	- d'un jour	52,17%	48	16,67%	5		
	- de 3 jours	97,83%	90	56,67%	17		
	+de 3 jours	2,17%	2	43,33%	13		
	Lieu de vie	Domicile	76,09%	70	90,00%		27
RPA		1,09%	1	0,00%	0		
EHPAD/MDR		22,83%	21	10,00%	3		

2.2. Valeurs prédictives

Tableau 7 : valeurs prédictives

Sexe	OR 0,44 (M vs F) CI 95% (0.28 ; 0.7)	P < 0,001
Age	OR 1,7 CI95% : (1.04 ; 1.09)	P < 0,001
Jour d'entrée	NS	-
Mois	NS	-
Jour de la semaine	NS	-
Saison	NS	-
Début de semestre (novembre et mai vs le reste)	OR 0,69 CI95% (0,35 ; 1,36)	P = 0,265
Début d'année des internes (novembre + décembre vs le reste)	OR 1,16 CI95% (0,64 ; 2.11)	P = 0,62

En régression logistique multi variée :

Age_entrée OR ajusté 1.06 (1.04, 1.09) $p < 0.001$

Sexe : M vs F OR ajusté 0.6 (0.37, 0.96) $p = 0.034$

DISCUSSION

1. ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION

58 % des personnes en France décèdent dans un établissement de santé, dont 50 % à l'hôpital. Ces chiffres sont stables depuis une trentaine d'années [51].

Les différents sites des Urgences du CHU de Bordeaux ont accueilli 115 472 patients en 2012.

Au sein même du service des urgences du CHU Pellegrin, 54 131 patients ont été admis dont 42 % ont été hospitalisés [50]. La mort a une faible incidence aux urgences (92 décès, soit 0,17 % des patients admis aux urgences Pellegrin), ce qui représente un peu moins de 2 décès par semaine.

Ceci est comparable à d'autres études rapportées par Roupie et Tardy [23 ; 4].

L'incidence des décès varie en fonction du type de la structure d'accueil. En effet, le CHU Pellegrin est doté d'un plateau technique permettant la prise en charge de nombreuses pathologies dont certaines d'hyperspécialisées comme la neurochirurgie, acceptant des patients d'autres structures d'urgences de toute la région Aquitaine via le service de déchoquage.

Les étiologies des détresses vitales sont diverses, de même que les causes de décès.

Les motifs d'admission de la population de notre étude ne sont pas corrélés au diagnostic retenu de décès. Seuls 55 % des motifs d'admissions sont corrélés au diagnostic final.

Cela peut être dû à une difficulté diagnostique rencontrée par le médecin adressant qui peut parfois être un médecin de garde ou remplaçant et de fait, ne connaissant que très peu le patient.

L'étude de Tardy de 2002, au CHU de Saint Etienne, montre que les patients sont le plus souvent adressés par le médecin généraliste qui ne s'avère ne pas être le médecin traitant dans plus de 50 % des cas [4].

L'enregistrement des motifs étant par ailleurs réalisé de façon manuscrite sur papier à l'accueil, des erreurs ont également pu être commises.

La durée moyenne de séjour aux urgences est de 28 h. Elle est difficilement interprétable de façon isolée. De plus, elle est influencée par la clôture informatique des dossiers.

Le temps de passage aux urgences est le temps de passage administratif entre l'admission aux urgences et la mutation informatique du dossier médical dans le service dans lequel patient va être hospitalisé.

Ce temps de passage est difficilement interprétable, car il peut être influencé par les retards de clôture de dossier mais aussi par les usages du service. Ainsi, on note 289 patients mutés en moins de 15 minutes, dont 263 en moins de 5 minutes et 197 en 1 minute. Il est de coutume d'effectuer toute entrée administrative via l'UF des urgences puis de muter le patient dans le service du déchoquage. Ces patients, déjà attendus au déchoquage, sont habituellement transportés, initialement ou secondairement, par les équipes médicales du SMUR.

Les temps de passage aux urgences sont différents en fonction des pathologies. Ces différences sont significatives.

Pour la traumatologie, la moyenne de passage aux urgences est de 43 minutes $\pm 3h05$ [1 min – 6h43]. Les pathologies neurologiques, en général, sont prises en charge en moyenne en 1h13 $\pm 4h04$ [1min-8h49]. Nous remarquons aussi que la durée de prise en charge de tout patient accueilli pour suspicion d'AVC est de moins d'une heure. Les pathologies cardiorespiratoires sont réorientées en 1h33 en moyenne $\pm 4h51$, [1min -13h25]. La classe « pathologies autres » a un temps de passage moyen aux urgences de 2h18 $\pm 5h45$ [1 min -11h13].

Concernant les patients atteints d'une néoplasie, le temps de passage moyen est de 2h29 $\pm 2h15$ [1 min -9h22].

Cette durée moyenne de séjour est aussi influencée par l'âge des patients avec une différence significative entre les tranches. Plus les patients sont âgés et plus leur durée de séjour moyenne est élevée. En effet, les patients de moins de 15 ans ont une moyenne de séjour aux urgences est de 2 minutes ± 1 min 31 sec. Pour ceux entre 16 et 50 ans, la moyenne du temps de passage aux urgences est de 15 minutes ± 48 minutes. Pour ceux âgés entre 51 et 74 ans, la moyenne de séjour aux urgences est de 46 minutes $\pm 1h35$. Alors que pour les patients âgés de plus de 75 ans, le temps de passage moyen au SAU est de 1h57 $\pm 2h32$.

Ceci s'explique probablement par des difficultés d'orientation et de diagnostic de ces malades en aval des urgences, notamment chez les patients polyopathologiques. Ceux-ci sont donc volontiers hospitalisés en UHCD car leur état est trop instable pour un secteur conventionnel et du fait qu'ils soient récusés par les services de réanimation.

Dans notre étude, nous constatons que 14 patients, soit 15 % des patients décédés en UHCD, sont initialement transférés au déchoc puis au service d'UHCD, ils ont en

moyenne 76 ans \pm 13,5 ans [53 - 98 ans]. Le rôle tampon de l'UHCD est ici primordial [52].

Seul un patient de moins de 50 ans y décède. Dans la tranche 51 – 74 ans, on note 11 patients décédés et chez les plus de 75 ans, 80 patients.

L'âge moyen des patients décédés en UHCD, en France, est de 74 ans en 2007, 45 % des patients ont plus de 80 ans. Dans notre étude, l'âge moyen est de 83 ans \pm 11,6 ans [20-108], dont 87 % de plus de 75 ans.

D'après les textes, L'UHCD se définit comme une unité d'hospitalisation non conventionnelle et de surveillance, pour laquelle il est recommandé une durée moyenne de séjour inférieure à 24 h et une décision d'orientation prise avant la 24^{ème} heure. Les admissions pour fin de vie en UHCD restent possibles et justifiées en accord avec les recommandations actuelles [5, 53]. Cependant, il reste important de former les soignants à la prise en charge des fins de vie et de créer des protocoles de LATA et de soins palliatifs.

Concernant la périodicité des décès, on ne note pas de différence significative entre les jours d'entrée, ni même le mois d'admission des patients. Il n'existe pas non plus de différence selon les saisons, les périodes de changement des internes.

On ne peut donc confirmer l'hypothèse d'un nombre plus important de décès le week-end par manque de place dans les services, comme ressenti par les soignants.

En raison du contexte climatique (vague de froid exceptionnelle) et épidémiologique (pandémie grippale) du début d'année 2012, les décès en France sont les plus nombreux en février et mars, chacun de ces deux mois dépassant 9,4 % des décès

de l'année. Février est le mois où l'on enregistre le plus de décès et ce depuis 1994. Excepté en 2003, année de la canicule, les mois d'hiver sont traditionnellement les plus mortels ; en 2012, les mois de juin à septembre représentent chacun un peu moins de 8 % des décès de l'année [49]. Dans notre étude, on note un pic automno-hivernal des décès, avec plus de 20 % des décès sur les mois de février/mars. Les résultats sont similaires quant aux autres mois.

Les services d'urgences prennent en charge des patients de tout âge, au sein d'un même service ou sur des structures identifiées pour les plus jeunes.

Dans notre étude, les patients étaient âgés en moyenne 71 ans \pm 19,7 ans [1 - 108 ans]. Les causes de décès sont différentes selon ces tranches d'âge.

En 2012, 569 868 décès ont été enregistrés en France, dont 3795 enfants de moins de 14 ans soit 0,66 % des décès totaux. Parmi ceux-ci, 1887 enfants sont décédés dans la période périnatale (50 %) et 414 de mort violente telle que le suicide ou des accidents de transport (11 %) [54].

Dans notre étude les décès dans la population des moins de 15 ans restent exceptionnels, puisque nous avons recensé 8 cas, soit 1,5 % des décès totaux. 75 % sont décédés secondairement à des traumatismes et 25 % suite à une cause neurologique.

Toutefois, la grande majorité des patients de cette tranche d'âge sont admis aux urgences pédiatriques de l'Hôpital des Enfants situé sur le même site, qui accueille toutes les pathologies médico-chirurgicales. Seuls les patients les plus graves sont admis au déchoquage lourd intégré aux urgences adultes. En 2012, le déchoc a accueilli 60 enfants de moins de 15 ans.

Le taux de mortalité aux urgences pédiatriques ne peut être déterminé, les décès étant déclarés en réanimation. En effet, le passage en SAUV est en général très bref avant leur transfert en réanimation.

Les causes principales de décès en France sont les maladies néoplasiques, les maladies cardiocirculatoires puis les causes respiratoires et neurologiques.

Chez les patients âgés de plus de 75 ans, le motif principal d'admission est représenté par une cause neurologique (46 %). Le motif principal des décès est lui aussi neurologique (36 %).

En 2012, 1852 patients admis au CHU Pellegrin ont eu un diagnostic d'AVC, d'après le registre Aquitain AVC [55].

En France, les AVC sont la 3^{ème} cause de décès après les cancers et les pathologies cardiovasculaires. Il s'agit de la 1^{ère} cause de décès chez les femmes et de la 3^{ème} cause de décès chez les hommes. 150 000 patients présentent un AVC par an, les patients âgés de plus de 75 ans représentant plus de 50 % de ceux-ci.

Selon le registre des AVC de Dijon, l'incidence est évaluée à 144/100 000 hommes et 92/100 000 femmes. La moyenne d'âge des patients présentant un AVC est de 73 ans [56].

Dans notre étude, la moyenne d'âge des patients décédés d'AVC est de 73 ans, dont 51 % d'hommes. Le sex ratio s'inverse progressivement plus on va vers les âges extrêmes. En effet, chez les moins de 50 ans, on retrouve 69 % d'hommes, alors que chez les plus de 75 ans, on en note 45 %. Parmi les AVC, nous retrouvons, 24 % d'AVC ischémique et 62 % d'AVC hémorragique. 14 % des patients n'avaient aucune classification de leur AVC.

Dans cette population de patients âgés, les maladies néoplasiques touchent autant de femmes que d'hommes.

Chez les femmes, les décès secondaires aux maladies de l'appareil circulatoire arrivent au premier rang.

Dans notre étude, parmi les patients décédés de cause cardiovasculaire, il y a 60 % d'hommes. La moyenne d'âge est 69 ans \pm 16,5ans [6 - 98 ans]. De plus, on note une faible incidence des décès de cause cardiovasculaire puisque les patients régulés sont préférentiellement orientés vers les structures de Haut L'Évêque et de Saint André.

Pour les IDM, on tend à avoir à ce jour un équilibre entre hommes et femmes, principalement du fait de la consommation du tabac [57].

Concernant les tranches d'âge intermédiaires, les décès concernent essentiellement des hommes. Dans notre étude, il s'agit de 68 % d'hommes. La principale cause de décès est la traumatologie chez les 16 - 50 ans, alors que chez les 51 - 75 ans, il s'agit des causes neurologiques.

En France, la première cause de décès des 15 - 30 ans sont les « morts violentes » (suicides, accidents de la route). En 2012, 75 % des décès sur la route sont des hommes. Ceux-ci sont victimes d'accidents corporels plus graves que les femmes. Le risque de décès des femmes sur la route est 3 fois moins important.

Pour les TC, on les retrouve majoritairement dans les chutes et les traumatismes routiers. Ils concernent aussi majoritairement les hommes.

On note, en France, une baisse de l'incidence des TC graves chez les sujets jeunes (< 55 ans) mais une augmentation chez les plus de 75 ans, avec un taux de décès de 50 % (l'incidence augmente avec l'âge à 287/100 000 pour les plus de 75 ans) avec une augmentation des risques de lésion intracrânienne. La prise de traitement anticoagulant, chez ces patients, concorde avec l'augmentation du risque de mortalité (21 vs 15 % dans deux séries de registre sur les TC) [58,59]. Il est aussi

fréquent de noter l'association d'autres lésions corporelles en cas de traumatisme grave.

Dans cette même enquête du Dr Tazarourte en Ile de France, on note un pic des TC graves chez les 15 - 25 ans (26 %) qui baisse ensuite entre 55 - 65 ans puis qui tend à remonter après 65 ans (18 %). La répartition homme / femme dans les TC graves est de 4/1 [59].

On note une concentration des décès maximum dans le pôle réa/urgences/SMUR.

3 services regroupent 80 % des décès de notre étude. 216 patients, soit 40,5 %, décèdent au déchoc, dont la moitié en moins de 24 h, majoritairement des patients jeunes, de cause traumatique. 102 patients, soit 19,1%, décèdent en réanimation dont 10 patients en moins de 24 h. 92 patients, soit 17,3 %, décèdent aux Urgences. Parmi ceux-ci, 90 patients décèdent en moins de 3 jours, dont 48 dans les 24 premières heures.

Ces services sont tournés vers la technicité, à fort passage pour les urgences et peu propices à une prise en charge apaisée et sereine des fins de vie.

Selon une étude de l'APHP, 54 % des patients décèderaient en service de médecine, 33 % en service de réanimation et 8 % aux urgences. On remarque que plus d'un décès sur 5 a lieu après une LATA en réanimation ou en soins continus. Selon cette même étude, 55 % des patients décédés en réanimation ont plus de 70 ans et plus d'un patient sur 10 décède aux urgences.

D'après l'étude du CHU de St Etienne en 2002, 35 % des patients décédés aux urgences étaient en fin de vie (cancer, neuro ou cardiovasculaire) et âgés. Le plus souvent, ceux-ci sont adressés par le médecin généraliste, qui dans 50 % des cas n'était pas le médecin traitant. Ce qui amène à des prises en charge non adaptées aux urgences [4].

D'après l'étude du CHR Metz 2005, ils recensent 277 décès aux urgences, dont 55 % d'hommes. L'âge moyen est de 72 ans. 49 % des patients décèdent aux urgences, 41 % en UHCD et 10 % lors du transport vers les urgences. Les patients les plus jeunes décèdent rapidement, généralement secondairement à un traumatisme sévère. Les plus âgés décèdent plus tardivement. Les patients en fin de vie représentent 26 % de la population, dont 1/3 aurait reçu un traitement inadapté aux urgences [25].

Dans l'étude de Nantes, 84 décès sont recensés, dont 1/3 était en fin de vie. De même, des traitements lourds et des examens lourds ou invasifs ont été réalisés, au détriment du confort du patient... [24].

Dans notre étude, nous recensons 59 patients, soit 64 %, considérés hors ressource thérapeutique et décédés en UHCD.

En Aquitaine, 45 % des décès se font à l'hôpital et 10 % en clinique [60].

La cause de la mort détermine aussi le lieu du décès [51]. En effet, lorsque les patients sont atteints d'un cancer, ils décèdent dans 73 % des cas à l'hôpital, dans le cadre de maladies cardiovasculaires, 54 % des décès se font à l'hôpital, et dans le cadre de maladies neurologiques, 43 % des décès se font à l'hôpital.

L'âge des patients détermine aussi le lieu de décès [59]. A l'hôpital, il décède 77 % des jeunes de moins de 15 ans, 54 % des 65-84 ans et 43 % des plus de 84 ans.

On retrouve aussi des causes socio-économiques dans la part des décès à l'hôpital ou à domicile. Les hommes divorcés ou célibataires décèdent plus souvent sur la voie publique. Les femmes divorcées, célibataires ou veuves décèdent plus souvent en maison de retraite. De plus, plus le niveau socio-économique est bas et plus les patients décèdent à domicile.

Dans notre étude, le lieu de vie des patients influence aussi le lieu de décès. En effet, la moitié des patients vivant en EPHAD décèdent aux urgences.

A l'heure actuelle, les maisons de retraite médicalisées sont confrontées à la prise en charge de personnes en fin de vie et prodiguent l'ensemble des soins médicaux que leurs moyens techniques et humains permettent.

Cependant, nombre de patients relevant de soins palliatifs sont orientés vers des structures hospitalières et notamment les urgences. De nouvelles dispositions précisées dans une circulaire interministérielle tendent à développer les soins palliatifs au cœur même des maisons de retraite afin d'éviter à ces patients fragilisés des transferts dommageables pour leur santé et leur confort.

Les soins palliatifs sont définis comme « *des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance physique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.* » (Société française d'accompagnement et de soins palliatifs).

Des équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), peuvent aussi intervenir dans les maisons de retraite, non pas pour assurer elles-mêmes la prise en charge des personnes en fin de vie mais bien pour apporter une formation et un soutien aux équipes soignantes de la maison de retraite.

Il reste aussi un côté juridique à ce problème. En effet, si le corps du défunt n'est pas réclamé au bout de 6 jours, le coût de l'inhumation peut incomber à la maison de retraite. De plus, pour de nombreux membres du personnel paramédical des EHPAD, celle-ci doit rester un lieu de vie et non pas un lieu de fin de vie.

Les fins de vies sont aussi adressées aux urgences. Dans notre étude, seuls 6 patients furent hospitalisés en LISP et y décédèrent. Ces mêmes patients étaient

déjà connus du service de soins palliatif et donc, n'auraient pas dû transiter par les urgences. On remarque néanmoins qu'ils ont été exclusivement admis aux urgences sur la période « week-end » entre le vendredi et le lundi et souvent en période de nuit, ce qui pourrait expliquer ce mode d'entrée et l'absence de place dans les services.

En France, 33 % des patients déclarés décédés aux urgences sont admis en fin de vie, la maladie originelle est principalement néoplasique ou neurologique.

D'après Olsen, 12,5 % de ces patients en fin de vie sont adressés aux urgences pour soins palliatifs, ainsi dans 87,5 % des cas, c'est le médecin urgentiste qui initie la prise en charge [48].

De plus, des études françaises récentes montrent une augmentation de la part des décès de fin de vie aux urgences [23, 61]. Il devient donc nécessaire de former les médecins des urgences aux soins palliatifs. Néanmoins, les équipes mobiles de soins palliatifs en amont réduisent l'admission des patients en fin de vie aux urgences [27].

L'absence de directives anticipées accessibles ou écrites au préalable par le patient (notamment sur le DMP), amène le médecin urgentiste à prendre des décisions irrévocables, telle que la suite d'une prise en charge thérapeutique agressive ou non [62].

La création de protocoles de soins palliatifs, de LATA aussi, aux urgences sont rares actuellement [23, 63, 64].

Les recommandations actuelles de limitations et arrêts des soins en réanimation ne peuvent guider une conduite aux urgences. En effet, les conditions d'exercices, les conditions humaines, de temps et matérielles ne sont pas les mêmes que dans un service adapté, qu'il soit de médecine interne, de cancérologie ou de SP.

Dans un service d'urgence, les décisions d'abstention, de limitation et d'arrêt des soins sont généralement prises chez des patients âgés, déments, dépendants, ayant de lourds antécédents médicaux ou chez des patients atteints de pathologies lourdes, tumorales ou très évoluées. Peu de ces patients ont écrit des directives anticipées. Ils sont en général incapables de se prononcer sur leur fin de vie lors de leur prise en charge aux urgences. La journée, il est généralement possible de joindre les praticiens qui prennent en charge habituellement ces mêmes patients, mais peu sont déjà « déclarés en soins palliatifs », afin d'avoir une conduite à tenir adaptée.

Leur prise en charge en secteur spécialisé réanimatrice n'étant pas licite, ils sont donc pris en charge par le personnel des urgences. En général, après en avoir informé la famille, leur prise en charge aboutit à une limitation des prescriptions [65, 66,67]. Le DMP et les directives anticipées permises par la nouvelle loi Léonetti seront une grande avancée et d'une grande aide pour le travail des urgentistes.

2.CRITIQUE DE LA METHODE

La majorité des difficultés méthodologiques et des données recueillies s'explique par le caractère rétrospectif de l'étude, même si la plupart des données furent recueillies de manière prospective.

Le premier biais provient de l'informatisation des dossiers.

Le recueil des informations, pour chaque patient, de l'enregistrement informatique au départ du service (mutation et/ou décès) est effectué par des agents administratifs, des personnels paramédicaux et médicaux ce qui génère des erreurs et des oublis de saisie.

Ces erreurs de saisies ne peuvent être évaluées.

La deuxième grande difficulté rencontrée lors de l'étude est la tenue non rigoureuse des dossiers médicaux, source d'un manque d'information ou d'informations erronées.

Puis au fil de l'année, la généralisation de l'informatisation s'est faite. Ce qui a amené à une meilleure exhaustivité et récupération des dossiers. Mais l'évolution anamnestique rencontrée ne coïncide pas toujours avec la saisie des traitements effectués aux urgences, ce qui est probablement dû à la difficulté de prendre en charge le patient tout en saisissant en temps réel le dossier médical. Malgré cela, il est important de rappeler, qu'en cas de recours en justice, la saisie du dossier de façon médicolégale est effectuée. La tenue et la rigueur du dossier est alors primordiale quant à l'aboutissement d'une décision de justice.

De la même manière, le temps de passage dans le service est une durée informatique. L'heure du décès, lorsqu'elle est inscrite, peut différer de plusieurs heures avec l'heure de départ.

La troisième difficulté rencontrée fut la classification par pathologie. D'abord à cause de la mauvaise tenue des dossiers médicaux (recherche dans les PMSI, dans les courriers médicaux).

Beaucoup de décès sont ainsi classés en « arrêt cardiorespiratoire ». De plus, un patient atteint d'une néoplasie en palliatif, mais venant pour une décompensation cardiaque ou même un AVC massif hors ressource thérapeutique pouvait être classé à la fois en neurologie et à la fois en soins palliatifs.

Il a donc été décidé de classer les patients par « motif d'admission », et ce, au mieux de ce qu'il était possible de faire.

Cette classification a aussi un biais, puisqu'un patient peut être admis pour une douleur abdominale et finalement se révéler être une pathologie cardiovasculaire.

De même pour les étiologies de décès. Nous remarquerons ainsi une grande part de décès « sans étiologie connue » (16 %).

La 4^{ème} difficulté rencontrée, fut la provenance initiale des patients. L'accès aux secours en France est rapide et efficace. Savoir si le patient était initialement adressé par le médecin traitant ou le C15 aurait pu être intéressant ainsi que le mode de transport.

En effet, L'étude de Roupie retrouve 24 % de décès imputables à la non-médicalisation des transports et donc à la régulation médicale. [2] Ces chiffres imposent la réalisation d'un travail pertinent quant à la légitimité des modes de transports des patients déclarés décédés aux urgences.

La 5^{ème} difficulté fut du fait du caractère mono-centrique de l'étude. L'organisation des Urgences du CHU bordelais est répartie sur 3 sites. La population recensée lors de l'étude n'est donc probablement pas représentative de la population globale se présentant aux urgences. De plus, l'hôpital Pellegrin est un "trauma et neuro center" cela a certainement dû ajouter un biais dans les résultats de ce travail.

CONCLUSION

L'incidence des décès aux urgences du CHU Pellegrin de Bordeaux est faible, superposable aux données de la littérature en France.

Les médecins aux urgences sont confrontés au cours de leur carrière aux décès de patients survenant au décours d'une pathologie aiguë ou dans le cas de l'évolution d'une pathologie chronique ou de fin de vie. Le manque de structuration pour l'admission directe de ces patients en fin de vie contribue à l'orientation fréquente vers les services d'urgences, services à haute technicité connaissant un nombre croissant d'admissions année après année et où les pathologies à risque vital côtoient les maladies épidémiques ou n'ayant aucun caractère de gravité.

C'est dire la complexité que peut prendre la prise en charge de ces patients et le paradoxe que constitue cette prise en charge dans un service d'urgences. Car comment faire coïncider à la fois la brutalité de la gestion de l'urgence vitale et des autres urgences ressenties, avec l'obligation de prendre le temps nécessaire pour accompagner les derniers instants d'un patient entouré de sa famille dans un apaisement approprié ?

Cette réalité s'impose à nous dans l'organisation actuelle de notre métier et nombres d'adaptations seront nécessaires pour accomplir cette tâche.

ANNEXE N°1 : CRITERES DE LA CLASSIFICATION ABCD DE KNAUS

Apparue en 1981 et conçue à partir de l'étude APACHE, elle permet d'apprécier l'état de santé des patients dans les trois à six mois précédant leur admission.

Quatre classes sont définies d'après un questionnaire concernant leur histoire, leur suivi médical et leur activité antérieure.

Questions déterminantes	Stade	Description
<ul style="list-style-type: none"> - Le patient voit-il son médecin chaque semaine ? - Le patient est-il incapable d'avoir une activité professionnelle du fait de sa maladie ? - Le patient est-il grabataire ou hospitalisé au long cours du fait de sa maladie ? - Le patient a-t-il présenté une rechute après une chimiothérapie anti-cancéreuse ? 	D	Patient grabataire ou séjournant en institution
<ul style="list-style-type: none"> - Le patient est-il limité dans son activité journalière ? - Les symptômes apparaissent-ils lors d'un effort minime ? - Le patient a-t-il déjà reçu un traitement anti-cancéreux avec rémission ? - Le patient est-il sous hémodialyse périodique ? 	C	Limitation importante de l'activité
<ul style="list-style-type: none"> - Le patient voit-il son médecin chaque année ? - Le patient prend-il un traitement au long cours ? - Le patient est-il modérément limité dans ses activités du fait de sa maladie ? - Le patient a-t-il un diabète, une insuffisance rénale chronique, une maladie hémorragique ou une anémie chronique ? 	B	Limitation modérée de l'activité
Réponses négatives à toutes les questions précédentes	A	Etat de santé normal

ANNEXE N°2 : GUIDE POUR L'ANNONCE D'UN DECES

Guide pour l'annonce d'un décès

- Confirmer l'identité du défunt et la famille concernée
- Environnement : isoler la famille
- Saluer
- Se présenter par son nom, faire connaître sa fonction
- Se placer au niveau de son interlocuteur, en position de symétrie, s'asseoir si possible
- Fixer sur lui son regard
- Etablir éventuellement un contact physique
- Utiliser le nom du défunt
- Faire un bref rappel des évènements
- Utiliser des mots simples, éviter le jargon médical
- Prononcer le mot « mort » : « il est mort, décédé »
- Dire ce qui a été fait
- Atténuer la culpabilité
- Susciter d'éventuelles questions
- Se dire disponible un temps donné
- Confronter la famille au corps du défunt, sans brusquerie ou obligation
- Parler de « l'après »
- Remplir les formalités administratives
- Prendre congé : assurer de sa sympathie

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. Article R 712-65 du Code de la santé publique, décret du 9 mai 1995
- [2]. Baubeau D, Carrasco V., « Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale ».
- [3]. Andrian J, Ou meurt-on en France aujourd'hui ? Rev Prat 1996 ; 1996 ; 351 : 17-20
- [4]. Tardy B, Venet C, Zeni F, Berthet O, Viallon A, Lemaire F, Bertrand JC. Death of terminally ill patients on a stretcher in the emergency department: a French speciality?. Intensive Care Med. 2002 Nov;28 (11):1625-8. Epub 2002 Sep 25.
- [5]. Haegy JM, Andronikof M , Thiel MJ, Simon J, Bichet-Beunaiche M ,Bouvier AM, and Al. Ethiques et Urgences , JEUR 2003 ; 16 : 106 -20
- [6]. Billault C, Boespflug O, Aublet Cuvelier B, Jaffeux P, Schmidt J. Le service des urgences: un lieu de passage « obligé » pour mourir à l'hôpital ? : JEUR-03-2004-17-HS1-0993-9857-101019-ART86
- [7]. Encyclopédie Larousse.
- [8]. Bichat X. recherches physiologiques sur la vie et la mort. Paris. Flammarion 1995
- [9]. Durand, « Mort (bioéthique de la) », dans Encyclopédie philosophique universelle, 2. Les notions philosophiques, S. Auroux dir., Paris, 1990, p. 1690-1691
- [10]. Aries P. Essais sur l'histoire de la mort en occident. Paris; Seuil 1975
- [11]. Vincent JL. Cultural difference in end-of-life-care. Crit care med 2001 ; 29 (2 Suppl) : 52-5
- [12]. Vovelle M. L'heure du grand passage, chronique de la mort. Paris : Gallimard, 1993.
- [13]. Thomas L-V., Rites de mort, pour la paix des vivants, éd Fayard, 1985, 294 p.
- [14]. Werber B., Les thanatonautes, Albin Michel, Paris, 1994, 450 p.
- [15]. Société de Thanatologie, Etudes sur la mort. *La mort et les rites*. Revue n° 111/112, décembre 1997.
- [16]. Saba Sardi F., Le grand livre des religions, Hachette, Paris, 1992, 253 p.
- [17]. Giger J.N., Newman J., Soins infirmiers interculturels, Lamarre, Paris, 1991.
- [18]. Margotta R. Histoire illustrée de la médecine. De la magie préhistorique à la chirurgie moderne. Paris, Edition des deux coqs d'or, 1967.
- [19]. Dictionnaire des sciences médicales. Paris, 12, 1815.
- [20]. CépiDc INSERM - Exploitation: Observatoire national de la fin de vie, 2011
- [21]. Bilan démographique 2012, INSEE Première, no 1429, janvier 2013

- [22]. Dequin PF, Ferrandiere M, Hazouard E, Lanotte R, Perrotin D . La mort au service d'accueil et d'urgences .réanimation Urgences 1998; 7 : 118-60
- [23]. Roupie E. La mort aux urgences : enquête prospective préliminaire. In : Elsevier, editor .actualites en reanimation et urgences, 1999, pages 281-289, FRA
- [24]. Leconte P, Longo C, Yatim D, Batard E, Vial I, Mathon V, Carre E, Touze MD, Amelineau M, Baron D. Décès dans un service d'urgences : analyse rétrospective sur 3 mois. XXXI Congres national de la Société de Réanimation de Langue Française, Paris, 15-17 janvier 2003
- [25]. Rothman c, Evrad D, la mort aux urgences JEUR 2005 ; 18 : 3-9
- [26]. Chagnon JL, Dreufuss D, Hubert P, Langlois A, Pochard F, Rameix S, Lemaire F. Les limitations et arrêts de(s) thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte : recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française. Réanimation 2002 ;11 :442-9
- [27]. Charte du patient hospitalisé annexé à la circulaire ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995 (en ligne) <http://www.chu-st-etienne.fr/presentation/patient/charte.html> (page consultée le 11 aout 2013)
- [28]. Code de déontologie médicale. Evreux :Hérisseu ; 1995
- [29]. Loi n°99-477 du 9 juin 1999
- [30]. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002
- [31]. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005
- [32]. Botbol-Baum M « la notion de dignité et le monde médical » In université catholique du Louvain.site de l'unité d'éthique biomédicale (en ligne) <http://www.md.ucl.ac.be/ebim/baumartl.html> (page consultée le 11 aout 2013)
- [33]. Street AF, Kissane DW. Construction of dignity of end-of-life care. J Palliat Care 2001 ; 17 :93-101
- [34]. Schaerer R, La place de la vérité dans l'accompagnement - JALMALV n°24, mars 1991
- [35]. Iserson KV. Withholding and withdrawing medical treatment : an emergency medicine perspective. Ann Emerg Med 1996 ; 28 : 51-4
- [36]. Derse AR. Law and ethics in emergency medicine. Emerg Med Clin North Am 1999 ; 17 :307-25
- [37]. Manaouil C and al, Le certificat de décès : comment le remplir et pourquoi ? Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 26 (2007) 434–439
- [38]. Arrêté du 24 décembre 1996 relatif aux deux modèles de certificats de décès. Journal Officiel no 30 du 5 février 1997, p. 1939.
- [39]. Canas F, Lorin de la Grandmaison G, Guillou P-J, Jeunhomme G, Durigon M, Bernard M-H. L'obstacle médico-légal dans le certificat de décès.Rev Prat 2005;55:587–94.
- [40]. Manaouil C. La nouvelle législation concernant les prélèvements d'organes à visée thérapeutique et à visée scientifique. Petites affiches 18 février 2005; 35:43–9.
- [41]. Schmidt TA, Tolle SW, Emergency physician's responses to families following patient death. Ann Emerg Med 1990 ; 19 : 125-8

- [42]. Walters DT, Tupin FP. Family grief in emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 1991 ; 9 : 189-206
- [43]. Parrish GA, Holdren KS, Emergency department experience with sudden death : a survey of survivors. *Ann Emerg Med* 1987; 16 :792-6
- [44]. Emmanuelli X. *Ballade pour un père*. Paris : Ramsey ; 1980
- [45]. Ahrens WR, Hart RG Emergency physicians' experience with pediatric death. *Am J Emerg Med* 1997 ; 15:642-3
- [46]. Greenberg LW and al, Counseling parents of a child dead on arrival : a survey of emergency departments. *Am J Emerg Med* 1993 ; 11:225-9
- [47]. Greenberg LW and al, Communicating bad news : a pediatric department s evaluation of a simulated intervention. *Pediatrics* 1999; 103 (6 pt 1) : 1210-7
- [48]. OLSEN JC, BUENEFÉ ML, FALCO WD. Death in the Emergency Department. *Ann Emerg Med* 1998 ; Z31 : 758-65.
- [49]. Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2015. [En ligne] INSEE. Recensement de la population 2012 en Gironde. [Consulté le 01/09/2015] Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=4&ref_id=21995
- [50]. Chiffres clé 2012 CHU BORDEAUX. [Consulté le 01/09/2015] Disponible sur : http://www.reseau-chu.org/fileadmin/reseau-chu/chiffres_cles/bordeaux-chiffres-2012.pdf
- [51]. IGAS, La mort à l'hôpital, RAPPORT N°RM2009-124P
- [52]. Rothmann C. Place de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) dans la prise en charge du sujet âgé de 80 ans et plus admis aux urgences (mémoire), Diplôme interuniversitaire de formation à l'accueil des urgences : Université de Nancy I ; 2000.
- [53]. Gerbeaux P, and Al. Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgences. *Journal European des Urgences* 2001 ; 14 : 144-152
- [54]. données détaillées de l'INSEE, décès et mortalité, [En ligne] INSEE. [Consulté le 01/09/2015] Disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=ir-irsocsd20123
- [55]. Observatoire Aquitain des Accidents Vasculaires Cérébraux, avril 2013
- [56]. Bejot Y., Registre Dijonnais des AVC, EA4184
- [57]. « L'état de santé de la population en France en 2008 », Études et résultats n° 711, Drees, décembre 2009.
- [58]. Faul M, Wald MM, Rutland-Brown W, Sullivent EE, Sattin RW. Using a cost-benefit analysis to estimate outcomes of clinical treatment guidelines : testing the brain trauma foundation guidelines for the treatment of severe traumatic brain injury. *J Trauma* 2007;63:1271-78

- [59]. Tazarourte K, Epidémiologie des traumatismes crâniens, MAPAR 2008
- [60]. rapport INSEE, décès, oct. 2010, [En ligne] INSEE. [Consulté le 01/03/2016] Disponible sur http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=4&ref_id=16839
- [61]. Agence française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Recommandations. Soins palliatifs : spécificités d'utilisations des médicaments courants hors antalgie. (En ligne). <http://afssaps.sante.fr/hm/5/RBP/palreco.pdf> (page consultée le 23/04/2015)
- [62]. Escalante CP1, Martin CG, Elting LS, Rubenstein EB. Medical futility and appropriate medical care in patients whose death is thought to be imminent. Support Care Cancer. 1997 Jul; 5(4):274-80.
- [63]. Ausband SC1, March JA, Brown LH. National prevalence of palliative care protocols in emergency medical services. Prehosp Emerg Care. 2002 Jan-Mar; 6(1):36-41.
- [64]. Quest TE1, Asplin BR, Cairns CB, Hwang U, Pines JM. Research priorities for palliative and end-of-life care in the emergency setting. Acad Emerg Med. 2011 Jun;18(6):e70-6. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01088.x.
- [65]. Kummerlen C, Bilbault P, Berna C, Martinet O, Hasselmann M : La mort dans un service d'urgences médicales: considérations éthiques. Reanimation. 2002 ; 11 : SP 294.
- [66]. Broeckaert, Bert ; Gielen, Joris ; Van Iersel,Trudie ; Van Den Brandel,S. Palliative care physicians' religious / world view and attitude to-wards euthanasia: a quantitative study among flemish palliative care physician. Indian Journal of Palliative Care, 2009, vol. 15, n°1, p. 41-50
- [67]. Clement R. Que font les médecins face à des demandes de mort de malades en situation de fin de vie ? 157 p.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, 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 et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Cecilia ROUSTIT épouse DESTEPHEN

**Décès des patients admis aux urgences en 2012 :
Étude rétrospective mono-centrique aux urgences du CHU de Pellegrin**

RESUME

INTRODUCTION : Les services d'urgences ont pour mission l'accueil de tout patient. Certains patients vont y décéder du fait d'une pathologie aiguë médicale ou chirurgicale, d'autres de l'évolution d'une pathologie chronique. Nombre de ces patients en fin de vie sont admis par cette porte privilégiée. Peu d'études ont décrit l'épidémiologie de ces patients. L'objectif principal de cette étude est d'identifier les caractéristiques des patients décédant aux urgences dans les 7 jours suivant leur admission.

MATERIEL ET METHODE : C'est une étude analytique, rétrospective, monocentrique menée sur un an, de janvier à décembre 2012, décrivant tous les décès des patients admis aux urgences du CHU Pellegrin à Bordeaux et dans les 7 jours suivant leur admission.

RESULTATS : 54131 patients sont admis aux urgences de l'hôpital Pellegrin sur cette période. 533 patients sont inclus, soit 0,98% de l'activité du service. L'âge moyen est de 71 ± 19 ans. Les motifs principaux d'admission sont la neurologie (40%) et la traumatologie (22%).

58,3% des patients décédés ont plus de 75 ans, majoritairement de cause neurologique. Chez les moins de 50 ans, la principale cause est la traumatologie.

92 patients sont décédés aux urgences, soit 0,17%. L'âge moyen est de 83 ans. 90 patients y décèdent en moins de 3 jours, dont 48 en moins de 24h. 15% de ces patients sont initialement pris en charge au décho.

CONCLUSION : L'incidence des décès aux urgences du CHU Pellegrin de Bordeaux est superposable aux données de la littérature française.

Certains de ces patients en fin de vie subissent des traitements probablement inappropriés contrairement aux patients en soins palliatifs.

Le temps de passage aux urgences est influencé par les pathologies et l'âge des patients.

La part des décès aux urgences est faible mais il est difficile d'allier les conditions pour une fin de vie apaisée dans un service à forte activité. Cette réalité s'impose à nous dans l'organisation de notre métier et nombre d'adaptations sont nécessaires.

Deaths of patients admitted in the ER 2012 : Retrospective and monocentric study in the Pellegrin Hospital Emergency Department

INTRODUCTION: The mission of the Emergency Departments is to welcome every patient. Some of them are going to die of a medical or surgical acute pathology, others of the development of their chronic pathology. Many of them in the final days of their lives are admitted through this privileged way. Few studies have described the epidemiology of these patients. The main objective here is to identify the main characteristics of the patients dying in the ER within 7 days following their admission.

MATERIAL AND METHOD: This is an analytical, retrospective and monocentric study of all the deaths that have occurred over the course of one year, from January to December 2012, of patients having entered the Emergency Department of the Pellegrin Hospital in Bordeaux within 7 days following their admission.

RESULTS: 54131 patients have been admitted in the ER of the Pellegrin Hospital over this period. 533 patients were included in this study, representing 0.98% of the work in the department. The average age is 71 ± 19 years old. The main reasons for admission are neurology (40%) and traumatology (22%).

58.3% of the deaths concern patients over 75 years old, the main cause being neurological. For patients under 50, the main cause of death remains traumatology.

Among these, 92 died in the ER, representing 0.17%. The average age is 83. 90 patients die within 3 days, among which 48 within 24 hours. 15% of these patients are initially admitted in the resuscitation room.

CONCLUSION: The impact of the deaths in the ER of the CHU Pellegrin in Bordeaux is similar to the data we find of such studies in other French literature. During the admission process in the ER, some of these patients who find themselves at the end of their lives undergo inappropriate intensive treatments, contrary to the patients in palliative care.

The time that a patient spends in the ER is influenced by the pathologies and the age of the patients.

The percentage of deaths in the ER is low but the conditions there are unacceptable for the dying patients and their families. This situation is a reality we face in the current structure of our job. Several changes will be necessary in order for us to carry out the responsibility to help them pass away peacefully.

MOTS CLE

-Ethique. Service des Urgences. Limitation des soins. Fin de vie. Mort. Soins palliatifs

-Emergency department. Withholding treatment . Terminally ill. Death. End of life care. Palliative care.

THESE

Université De Bordeaux
UFR des Sciences Médicales
146 Rue Léo Saignat
33 076 Bordeaux

