



HAL
open science

**Description de la population de résidents d'EHPAD
décédés au CHU de Rouen au décours d'une admission
aux urgences**
Baptiste Chappes

► **To cite this version:**

Baptiste Chappes. Description de la population de résidents d'EHPAD décédés au CHU de Rouen au décours d'une admission aux urgences. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03398692

HAL Id: dumas-03398692

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03398692>

Submitted on 23 Oct 2021

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

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

UFR DE SANTÉ DE ROUEN NORMANDIE

Année 2021

**THÈSE POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'État)

par

Baptiste CHAPPES

Né le 06 juillet 1993 à Vernon.

Présentée et soutenue publiquement le 12 octobre 2021.

**Description de la population de résidents d'EHPAD décédés
au CHU de Rouen au décours d'une admission aux urgences.**

Président du jury : Professeur Philippe CHASSAGNE

Directeurs de thèse : Docteur Élisabeth GUEDON-RETOUT

Docteur Frédéric ROCA

Membres du jury : Professeur Thierry LEQUERRÉ

Professeur Luc-Marie JOLY

Docteur Cathy THERY

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN :

Professeur Benoît WEBER

ASSESEURS :

Professeur Loïc FAVENNEC

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

<p>I - MÉDECINE</p>

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition

Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie

Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Éric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Éric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

Mme Marie-Laure **WELTER** HCN Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate **ACHAMRAH** HCN Nutrition
Mme Elodie **ALESSANDRI-GRADT** HCN Virologie
Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG** HCN Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel **BESNIER** HCN Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole **BRASSE LAGNEL** HCN Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS** HCN Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET** HCN Hématologie
Mme Mireille **CASTANET** HCN Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN** HCN Neurophysiologie
M. Vianney **GILARD** HCN Neurochirurgie
Mr Serge **JACQUOT** UFR Immunologie
Mr Joël **LADNER** HCN Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE** UFR Biologie cellulaire
M. Florent **MARGUET** HCN Histologie
Mme Chloé **MELCHIOR** HCN Gastroentérologie
M. Sébastien **MIRANDA** HCN Chirurgie Vasculaire
Mr Thomas **MOUREZ (détachement)** HCN Virologie
Mr Gaël **NICOLAS** UFR Génétique
Mme Muriel **QUILLARD** HCN Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN** HCN Médecine du Travail
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER** HCN Génétique
M. Abdellah **TEBANI** HCN Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN** HCN Anatomie
Mr Julien **WILS** HCN Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE** UFR Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL** UFR Anglais

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine **SAULNIER** UFR Biologie

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique

Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Chervin HASSEL	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Soukaina GUAOUA-ELJADDI	Informatique
Mme Clémence MEAUSOONE	Toxicologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla SALHI	Pharmacognosie
------------------------	----------------

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MÉDECINE GÉNÉRALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAÎTRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med)	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien **VALET**

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements.

À Monsieur le Professeur Philippe Chassagne, merci de me faire l'honneur de juger ma thèse et d'en présider le jury. Merci également pour votre enseignement de la gériatrie, votre implication dans le parcours de vos internes et le soutien apporté dans le projet professionnel de chacun.

À Madame le Docteur Élisabeth Guedon-Retout, je suis honoré que vous ayez dirigé mon travail de thèse. Un immense merci pour votre investissement dans ce projet... mais également pour tous vos conseils dans l'apprentissage de la médecine palliative et votre expérience partagée depuis le début de mon internat.

À Monsieur le Docteur Frédéric Roca, merci pour ce travail conjoint entre gériatrie et soins palliatifs, pour ces conseils avisés, cette rigueur et précision dans la rédaction de ma thèse, ainsi que dans l'apprentissage de la gériatrie.

À Messieurs les Professeurs Luc-Marie Joly et Thierry Lequerré, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et suis honoré que vous puissiez évaluer ma thèse.

À Madame le Docteur Cathy Thery, merci également d'être membre de mon jury. Je garde un excellent souvenir des 7 mois de stage passés au Centre Henri Becquerel, malgré les moments parfois difficiles de la première vague Covid. Je serais ravi que nous puissions continuer de travailler en collaboration.

Je tiens tout particulièrement à remercier Madame Nathalie Bréant, sans qui ce travail n'aurait pas été possible, pour sa disponibilité et sa maîtrise du tableur Excel ayant permis de ressortir une liste interminable de patients, afin de pouvoir les trier et les inclure dans ma thèse.

Je souhaite également remercier les autres médecins de soins palliatifs non cités précédemment pour leur bienveillance et pour le partage de leurs connaissances (« l'accompagnement en soins palliatifs » prend ici un tout autre sens) : Laëtitia Mélet, Delphine Martin, Ghislain Denis, Pierre Lucas, Marco Gambirasio, Esther Decazes ... sans

oublier les infirmières (on les oublie trop souvent !) des unités et équipes mobiles de soins palliatifs du CHU de Rouen et du Centre Henri Becquerel.

Il en va de même pour les gériatres avec qui j'ai eu la chance de travailler durant ces années d'internat, qu'ils soient encore à Rouen ou bien partis exercer ailleurs : Alice Gioanni, Lucie Sadaune, Charlotte Clamageran, Abrar-Ahmad Zulfiqar, Annalisa Marinari.

Une pensée également pour les autres médecins et mes co-internes rencontrés durant ces années d'apprentissage et de travail ensemble, qu'ils soient gériatres, généralistes, oncologues, gastro-entérologues, pneumologues, rhumatologues... la liste étant longue je ne vais pas citer tous les noms mais chacun a bien sûr sa place ici !

À mes amis rencontrés sur les bancs de la faculté et durant l'externat, à ces bons moments passés ensemble, aux épreuves et expériences partagées qui nous ont fait progresser et grandir ensemble : Pauline, Émilie, Ony, Audrey, Michel, Perrine, Anne.

Et le meilleur pour la fin, à ma famille et mes proches ; à mes parents, mes grands-parents, mon frère. Merci à mes parents sans qui rien de tout cela n'aurait été possible. Toujours présents, dans les bons moments comme dans les périodes difficiles, ils sont le premier pilier de cette aventure et ont tout fait pour me guider sur le chemin de la réussite. Et même si l'orage se met en travers de notre route, l'important n'est pas d'attendre qu'il passe mais de danser sous la pluie !

À Damien, le deuxième pilier de cette aventure, qui a eu le courage de me supporter sur mes lendemains de gardes ! Merci d'être présent à mes côtés !

Les quatre grands principes de l'éthique médicale, selon Tom Beauchamp et James Childress dans *Les Principes de l'Éthique Biomédicale*.

- **Principe de bienfaisance.**
- **Principe de non-malfaisance.**
- **Principe d'autonomie.**
- **Principe de justice.**

Sommaire.

I. Abréviations.	16
II. Introduction.	17
III. Méthodologie.	20
1- Critères d'inclusion.	20
2- Recueil des données.	20
3- Facteurs associés à une limitation de soins.	22
4- Analyses statistiques.	22
IV. Résultats.....	23
1- Description de la population.	23
a) Critères généraux épidémiologiques.	23
b) Pathologies chroniques et niveau de dépendance.	25
2- Motifs et conditions d'admission aux urgences.	26
3- Causes et lieux de décès.....	27
4- Évaluation de la douleur à l'arrivée au service d'admission des urgences.	29
5- Principaux soins pratiqués aux urgences.....	29
6- Réflexion sur les objectifs de soins et anticipation.	31
7- Comparaison des caractéristiques des patients selon l'existence d'une limitation de soins notifiée dans le dossier médical.....	32
8- Facteurs indépendamment associés à une limitation de soins.	35
V. Discussion.	36
VI. Conclusion.	42
VII. Bibliographie.	43
VIII. Annexes.	47
Annexe 1 : Les trajectoires de fin de vie.	47
Annexe 2 : Classification GIR.....	48
Annexe 3 : Fiche Urgence Pallia (ou SAMU Pallia).....	49
Annexe 4 : Liste des EHPAD référencés parmi les séjours aux urgences entre 2017 et 2019 et nombre de décès en fonction de l'EHPAD de provenance.....	51

I. Abréviations.

AOMI :	Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs
AVC :	Accident Vasculaire Cérébral
BPCO :	Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
DREES :	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ECG :	Électrocardiogramme
EHPAD :	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EMSP :	Équipe Mobile de Soins Palliatifs
EN :	Échelle Numérique
EVA :	Échelle Visuelle Analogique
GIR :	Groupe Iso-Ressources
HAD :	Hospitalisation À Domicile
HTA :	Hypertension Artérielle
IDE :	Infirmier(e) Diplômé(e) d'État
ONFV :	Observatoire National de la Fin de Vie
OR :	Odds-Ratio
SAMU :	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU :	Service d'Admission des Urgences
SFAP :	Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs
UHA :	Unité d'Hospitalisation d'Aval
UHCD :	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UMG :	Unité Mobile de Gériatrie
URSP :	Unité Régionale de Soins Palliatifs

II. Introduction.

Selon la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP [1]), les soins palliatifs consistent en « des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire, en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. »

Ils sont à destination de « patients atteints de maladie grave, chronique, évolutive ou terminale mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale, quel que soit l'âge du patient » ainsi qu'à leur famille et proches.

Ainsi, l'accompagnement en soins palliatifs vise avant tout à traiter les symptômes et préserver la qualité de vie du patient jusqu'à sa fin de vie, en considérant ses volontés et souhaits dans le projet de soins.

Les soins palliatifs font partie intégrante des prises en charge dans les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Un volet « soins palliatifs » est d'ailleurs présent dans 68 à 82 % des projets d'établissement, moyenne variant selon les caractéristiques des structures (public hospitalier ou non, et privé à but lucratif ou non) [2].

Ces institutions sont un lieu de vie mais également un lieu de fin de vie. En effet, avec près de 150 000 décès par an dans les EHPAD en France et plus de 585 000 résidents pour 7400 établissements (enquête EHPA de la DREES – année 2015) [2,3], la question de la fin de vie est indissociable du projet de soins global au sein de ces structures en vue d'une meilleure qualité des soins. Trois-quarts des résidents décèdent dans leur EHPAD, avec une durée moyenne de séjour de 3 ans et 6 mois [2,4].

Les résidents d'EHPAD présentent en moyenne 7,9 pathologies, souffrent d'une maladie chronique non stabilisée dans 37 % des cas, et sont dépendants dans 9 cas sur 10 (53 % dans les catégories GIR 1 – 2 et 34 % dans les catégories GIR 3 – 4) [5].

Concernant les pathologies des résidents, 79 % ont au moins une maladie cardiovasculaire, 10 % présentent un cancer et 50 % sont atteints de démence telle que la maladie d'Alzheimer. Cette prévalence des troubles neurocognitifs majeurs est probablement sous-

estimée, ce diagnostic étant omis chez plus d'un patient sur deux [6]. En effet, d'autres études rapportent une prévalence de la démence en EHPAD de l'ordre de 80 % [7].

En se basant sur ces éléments et en considérant les trajectoires de fin de vie décrites par Murray [8], on peut rattacher le profil des résidents d'EHPAD à la troisième trajectoire, à savoir un déclin lent et progressif des capacités fonctionnelles jusqu'au décès, dans un contexte de fragilité, de polyopathologies et de troubles neurocognitifs majeurs. Pour autant, en raison des comorbidités associées, les trajectoires de fin de vie 1 (déclin rapide et brutal dans le cancer) et 2 (insuffisance d'organe chronique et décompensations aiguës) peuvent également être décrites [Annexe 1].

Malgré la fréquence de ces situations de fin de vie et le rôle des EHPAD dans leur prise en charge, 33 % (25 % à 70 % selon les études) des résidents d'EHPAD sont hospitalisés au cours de leur dernier mois de vie [9]. En France, 25 % des résidents d'EHPAD décèdent au cours d'une hospitalisation [2,4]. Ces hospitalisations, qui se font régulièrement par l'intermédiaire du service des urgences [10], ne sont pas dénuées de conséquences chez ces patients dépendants et polyopathologiques. En effet, elles s'accompagnent fréquemment d'infections nosocomiales, d'iatrogénie médicamenteuse, d'escarres, de chutes, de dépendance iatrogène, de syndrome confusionnel complexifiant les soins dans des services parfois peu formés à ces prises en soins particulières, avec des risques d'investigations invasives parfois inadaptées [11,12].

Ainsi, une réflexion sur le parcours de soins et les objectifs thérapeutiques est nécessaire et doit être anticipée chez ces résidents d'EHPAD. En raison des multiples comorbidités, de la dépendance ou de troubles neurocognitifs majeurs, la limitation de thérapeutiques, parfois déraisonnables ou inadaptées, doit être privilégiée et notifiée [13].

Cette anticipation est également importante car l'usage de traitements symptomatiques en fin de vie est volontiers insuffisant dans les services d'urgences français. En effet, Van Tricht *et coll.* estiment dans leur étude multicentrique que seuls 56 % des patients décédés aux urgences ont bénéficié de « thérapeutiques palliatives » et considèrent que la situation peut être améliorée [14].

Dans l'étude de Le Conte *et coll.*, les patients décédés aux urgences étaient âgés en moyenne de 77 ans, avaient au moins une pathologie chronique sous-jacente et une limitation des capacités fonctionnelles préalable (81,4 % et 46 % respectivement). La cause du décès était d'origine cardiovasculaire dans près de 40 % des cas [15]. Cependant, la majorité des patients

de cette étude vivait à domicile. Les données spécifiques à la population d'EHPAD sur les conditions de prise en charge, de soins en fin de vie et de décès précoces à l'hôpital sont peu documentées dans la littérature [9,16].

L'objectif de cette étude était de décrire le contexte, les causes et les conditions des décès précoces des résidents d'EHPAD hospitalisés après un passage aux urgences.

L'objectif secondaire était d'identifier les facteurs associés à une décision de limitation des soins curatifs durant le séjour aux urgences.

III. Méthodologie.

1- Critères d'inclusion.

Cette étude rétrospective descriptive portait sur les résidents d'EHPAD adressés aux urgences du CHU de Rouen et décédés précocement durant leur séjour hospitalier.

Les critères d'inclusion des patients étaient : être résident d'un Établissement d'Hébergement pour Personnes âgées Dépendantes, être décédé dans un service du CHU de Rouen entre le 01 janvier 2017 et le 31 décembre 2019 après une admission aux urgences (site de Charles-Nicolle à Rouen et site de Saint-Julien à Le Petit-Quevilly), être décédé précocement, c'est-à-dire moins de soixante-douze heures après le début de l'hospitalisation.

La définition du décès précoce n'est pas consensuelle dans littérature. Quelques études rapportent une proportion élevée (32,6 à 53,8 %) de décès en moins de 3 jours parmi les résidents d'EHPAD décédés au cours d'une hospitalisation [9,17]. Notre hypothèse était que la plupart de ces décès précoces seraient survenus quelle que soit la prise en charge proposée, hospitalière ou non. Ainsi, le transfert aux urgences depuis l'EHPAD aurait été potentiellement évitable.

2- Recueil des données.

Les résidents d'EHPAD ont été sélectionnés à partir de la liste de l'ensemble des décès intra-hospitaliers à la suite d'une admission aux urgences du CHU entre 2017 et 2019. Pour cela, l'adresse du domicile renseignée dans les données administratives de chaque patient (dossier médical informatique) a été comparée à l'adresse des différents EHPAD de la région (avec l'aide de la base de données FINESS – Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux).

Le délai de survenue du décès a ensuite été calculé par la différence entre la date d'entrée aux urgences (jour et heure d'entrée) et la date du décès. Les patients décédés en moins de soixante-douze heures ont été inclus dans l'étude et classés en trois catégories : décès en moins de vingt-quatre heures (< 24h), décès entre vingt-quatre heures et moins de quarante-huit heures (24 – 48h), décès entre quarante-huit heures et moins de soixante-douze heures (48 – 72h).

Les données suivantes ont été recueillies dans l'observation médicale des urgences ainsi que dans le dossier médical informatique de chaque patient (logiciel CDP2 du CHU de Rouen regroupant les comptes rendus des hospitalisations et consultations antérieures) :

- Les antécédents médicaux ciblés sur les principales pathologies chroniques et / ou évolutives : maladies neurodégénératives (démence / troubles neurocognitifs majeurs, maladie de Parkinson, autre maladie neurodégénérative), cancer ou hémopathie maligne évolutifs, pathologies cardio-vasculaires (hypertension artérielle, AVC, artériopathie oblitérante des membres inférieurs, coronaropathie, fibrillation atriale, troubles de conduction cardiaque, valvulopathie), insuffisance d'organe chronique (cardiaque, rénale, respiratoire), BPCO, cirrhose hépatique, diabète.
- L'existence d'une dénutrition considérée sur des paramètres biologiques (dosage sanguin de l'albumine récent et inférieur à 35 g/L [18]) ou sur la notification d'une dénutrition dans le dossier clinique.
- Le niveau de dépendance selon la classification GIR, avec une valeur comprise entre 1 et 6. Plus le score GIR se rapproche du chiffre 1, plus la dépendance est importante : les patients GIR 1 et 2 sont fortement dépendants, les patients GIR 3 – 4 sont partiellement dépendants et les patients GIR 5 – 6 faiblement dépendants à indépendants [Annexe 2].
- Le motif d'hospitalisation, l'horaire d'arrivée aux urgences, la cause et le lieu de décès (urgences ou service hospitalier d'aval).
- L'évaluation de la douleur à l'arrivée au SAU avec le recours aux échelles d'auto- ou hétéro-évaluation.
- La prise en charge médicale aux urgences, à savoir : manœuvres de réanimation cardio-respiratoire, ventilation (intubation orotrachéale, ventilation non invasive, oxygénothérapie), remplissage vasculaire, usage d'amines vasoactives, antibiothérapie, orientation vers une prise en charge symptomatique exclusive d'emblée et les molécules utilisées à visée symptomatique (antalgiques, sédatives et / ou anxiolytiques, antisécrétoires).
- La réflexion sur les objectifs de soins, anticipée ou non : réflexion sur une limitation de soins tracée dans l'observation médicale des urgences, avis de l'équipe mobile de soins palliatifs ou de gériatrie durant le séjour, existence de directives anticipées ou fiche Urgence Pallia rattachée au dossier informatique (fiche d'orientation des soins

à destination du SAMU afin de guider une prise en charge urgente chez un patient en soins palliatifs [Annexe 3]).

3- Facteurs associés à une limitation de soins.

Les caractéristiques des patients ayant une limitation de soins tracée dans l'observation médicale des urgences ont été comparées à celles des patients n'ayant pas de limitation notifiée.

4- Analyses statistiques.

Les variables descriptives qualitatives et quantitatives ont été recueillies dans un tableur Microsoft Excel[®] et présentées soit en nombre (pourcentage), soit en moyenne +/- déviation standard.

La comparaison des caractéristiques des patients ayant ou non une limitation de soins tracée dans l'observation médicale a été réalisée par un test t pour les variables quantitatives et un test du Khi^2 pour les variables qualitatives (ou test de Fisher si les conditions du Khi^2 n'étaient pas remplies).

Afin d'identifier les facteurs indépendamment associés à une limitation de soins, une régression logistique a été réalisée incluant l'âge, le sexe, la présence de troubles neurocognitifs, d'un cancer et le niveau de dépendance. Les résultats sont présentés en odds-ratios (OR) et intervalle de confiance à 95%. Les valeurs de p ont été considérées comme significatives si inférieures à 0,05. Les statistiques ont été réalisées sous R Studio Version 1.4.1106[®].

IV. Résultats.

1- Description de la population.

a) Critères généraux épidémiologiques.

Entre 2017 et 2019, 4724 décès hospitaliers de patients admis par le service des urgences ont été dénombrés au CHU de Rouen. Parmi ceux-ci, 638 étaient des résidents d'EHPAD, soit 13,5 % des patients décédés. L'annexe 4 détaille le nombre de résidents provenant des différents EHPAD référencés.

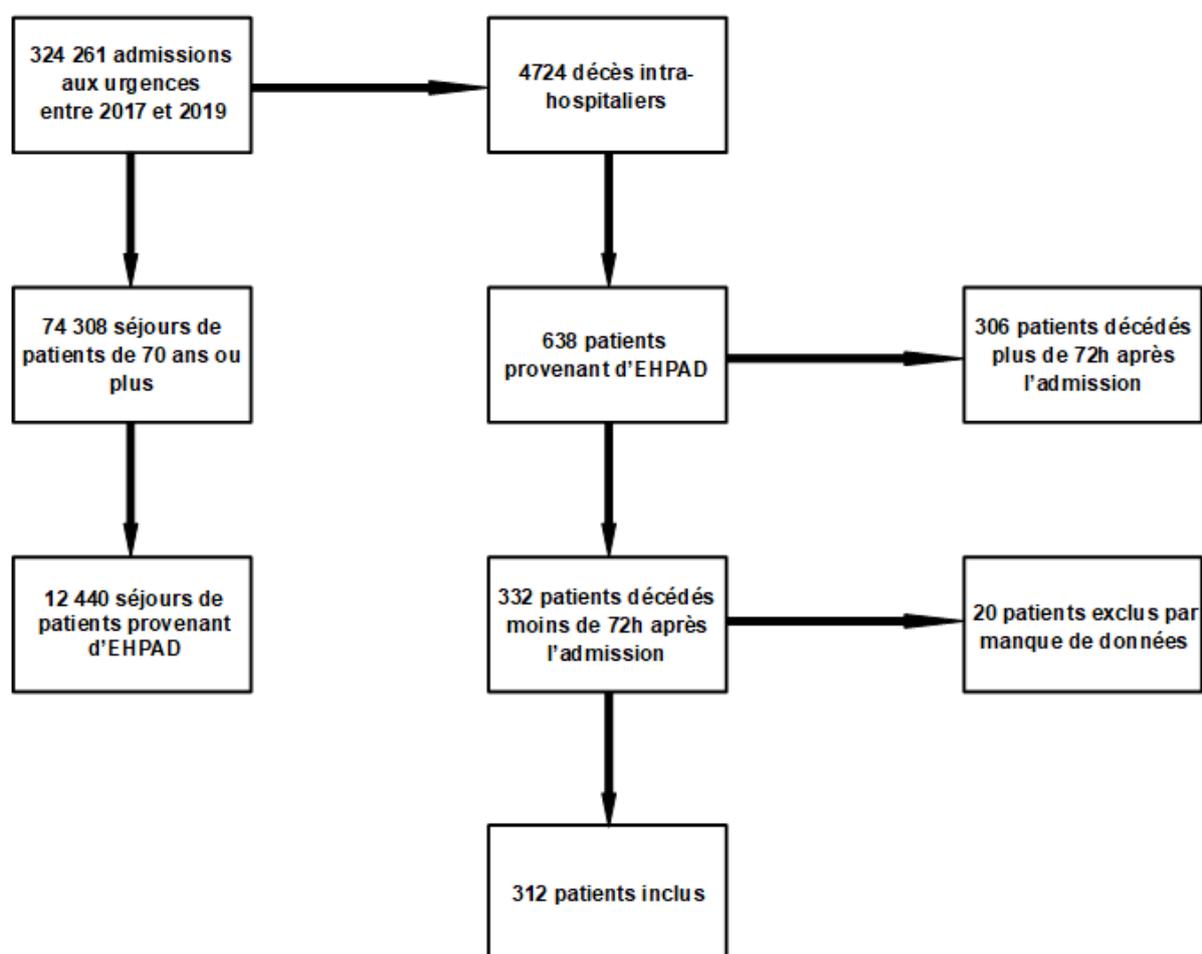
Selon les critères d'inclusion, seuls les patients décédés dans les soixante-douze premières heures ont été inclus dans l'étude, soit 332 patients (Tableau 1).

Tableau 1 : nombre de résidents d'EHPAD décédés en fonction du délai de décès depuis leur admission aux urgences.

Délai du décès	Nombre total de décès (%)	Nombre de décès – détail par année		
		2019 (%)	2018 (%)	2017 (%)
Moins de 72h	332 (52)	124 (54,4)	129 (57,6)	79 (42,5)
	< 24h	68 (29,8)	69 (30,8)	43 (23,1)
	24 – 48 h	33 (14,5)	37 (16,5)	9 (4,8)
	48 – 72 h	73 (11,4)	23 (10,1)	27 (14,5)
Plus de 72h	306 (48)	104 (45,6)	95 (42,4)	107 (57,5)
Total	638 (100)	228 (100)	224 (100)	186 (100)

Sur ces 332 patients, 20 ont été exclus par manque d'informations lors du recueil des données (Figure 1). Les 312 patients étudiés avaient un âge moyen de 89,2 +/- 5,8 ans (minimum : 71 ans – maximum : 104 ans) et étaient composés de 65,4 % de femmes (n = 204).

Figure 1 : Flow-chart de l'étude.



En parallèle et à titre informatif, une estimation du nombre de séjours aux urgences des résidents d'EHPAD a pu être effectuée selon la même méthodologie, depuis la liste de l'ensemble des séjours aux urgences des patients âgés de plus de 70 ans.

Sur plus de 324 000 admissions aux urgences adultes au CHU de Rouen entre 2017 et 2019, 74 308 séjours concernaient des patients de plus de 70 ans (22,9 %) et 12 440 séjours concernaient des résidents d'EHPAD (3,8 %). Le taux de décès intra-hospitalier des patients provenant d'EHPAD adressés aux urgences était estimé à 5,1 % (638 décès pour 12 440 admissions).

b) Pathologies chroniques et niveau de dépendance.

Les principales maladies chroniques retrouvées dans cette population étaient les troubles neurocognitifs majeurs / démence (75,6 %) suivis des pathologies cardio-vasculaires telles que l'hypertension artérielle (66,4 %), la fibrillation atriale (32,4 %), les AVC (21,5 %) et les coronaropathies dont les infarctus du myocarde (20,5 %) (Tableau 2).

Les autres antécédents fréquemment rencontrés étaient le diabète (18,9 %) et les insuffisances d'organes chroniques (13,8 % pour les insuffisances rénales et cardiaques). Les pathologies néoplasiques évolutives étaient rencontrées dans de moindres proportions (8,7 %). La prévalence de la dénutrition était estimée à 36,9 %.

Tableau 2 : antécédents et pathologies chroniques des résidents décédés.

Antécédents		Nombre de patients (n = 312)	Pourcentage (%)
Maladie neuro-dégénérative			
	Troubles neurocognitifs majeurs	236	75,6
	Maladie de Parkinson	6	1,9
	Autre	0	-
Cancer évolutif ou hémopathie maligne		27	8,7
Antécédents cardiovasculaires			
	HTA	207	66,4
	AVC	67	21,5
	AOMI	26	8,3
	Coronaropathie	64	20,5
	Fibrillation atriale	101	32,4
	Troubles de conduction cardiaque	21	6,7
	Valvulopathie	31	9,9
Insuffisance d'organe chronique			
	Cardiaque	43	13,8
	Rénale	43	13,8
	Respiratoire	11	3,5
BPCO		18	5,8
Cirrhose hépatique		2	0,6
Diabète		59	18,9
Dénutrition		115	36,9

HTA = hypertension artérielle – AVC = accident vasculaire cérébral – AOMI = artériopathie oblitérante des membres inférieurs – BPCO = broncho-pneumopathie chronique obstructive

Concernant le niveau de dépendance des patients, 32,7 % étaient GIR 1 ou 2, 13,4 % étaient GIR 3 ou 4 et un peu plus de 1 % étaient GIR 5 ou 6 (Tableau 3).

Le score GIR n'était pas notifié dans la moitié des dossiers médicaux (n = 164). Cependant, la description clinique dans l'observation des urgences permettait d'estimer que 77 des 164 patients (47 % d'entre eux) étaient dépendants pour au moins un acte de la vie quotidienne.

Au total, nous pouvons estimer qu'au moins trois quarts des patients étaient partiellement ou très dépendants, en considérant les patients GIR 1 à 4 et ceux avec une dépendance notifiée dans l'observation médicale.

Tableau 3 : niveau de dépendance selon la classification GIR.

Niveau GIR		Nombre de patients (n = 312)	Pourcentage (%)
GIR 1		33	10,6
GIR 2		69	22,1
GIR 3		25	8,0
GIR 4		17	5,4
GIR 5		3	1,0
GIR 6		1	0,3
Niveau GIR non renseigné		164	52,6
	Dont patients considérés comme dépendants	77	24,7

GIR = groupe iso-ressources

2- Motifs et conditions d'admission aux urgences.

Concernant les motifs de recours aux urgences, ils étaient majoritairement représentés par les troubles respiratoires de type dyspnée / détresse respiratoire dans 57,4 % des cas, suivis dans une moindre proportion par les troubles de la vigilance (14,4 %), puis les troubles digestifs (douleur abdominale, nausées / vomissements, troubles du transit). L'ensemble des motifs de recours aux urgences est présenté en détails dans le tableau 4.

Certains patients ont été adressés pour plusieurs motifs (par exemple traumatisme crânien et altération de la vigilance) et ont donc été comptabilisés dans les différents motifs concernés.

Le recueil de l'heure d'admission aux urgences retrouvait une répartition quasi similaire entre la journée (entre 08h30 et 18h30) et la nuit (horaire de garde après 18h30 et avant 08h30 le lendemain). En effet, 167 patients ont été admis le jour (53,5 %) et 145 patients admis la nuit (46,5 %).

Tableau 4 : motifs d'hospitalisation aux urgences en fonction du délai de décès.

Motifs d'hospitalisation	Nombre de patients		< 24h		24 – 48h		48 – 72h	
	n = 312	%	n = 170	%	n = 70	%	n = 72	%
Dyspnée / détresse respiratoire	179	57,4	100	58,8	43	61,4	36	50,0
Altération de la vigilance	45	14,4	29	17,1	7	10,0	9	12,5
Douleur abdominale	25	8,0	10	5,9	3	4,3	12	16,7
Nausée / Vomissement	17	5,4	8	4,7	3	4,3	6	8,3
Hémorragie	14	4,5	6	3,5	5	7,1	3	4,2
Altération de l'état général	11	3,5	4	2,4	3	4,3	4	5,6
Chute et traumatisme (dont crânien)	11	3,5	4	2,4	3	4,3	4	5,6
Fièvre	8	2,6	3	1,8	1	1,4	4	5,6
Hypotension artérielle	8	2,6	7	4,1	0	-	1	1,4
Trouble du transit (constipation, syndrome occlusif, diarrhée)	6	1,9	3	1,8	1	1,4	2	2,8
Anomalie biologique	6	1,9	3	1,8	0	-	3	4,2
Douleur thoracique	4	1,3	1	0,6	0	-	3	4,2
Déficit neurologique / suspicion d'AVC	2	0,6	1	0,6	1	1,4	0	-
Autres motifs / divers	18	5,8	11	6,5	4	5,6	3	4,2

AVC = accident vasculaire cérébral

3- Causes et lieux de décès.

Les causes de décès étaient majoritairement en lien avec des pathologies pulmonaires : 130 patients (41,7 %) sont décédés d'une pneumopathie, et dans 42,3 % des cas (55 / 130 patients) le diagnostic de pneumopathie d'inhalation était retenu.

Les autres principales causes de décès étaient les pathologies cardiovasculaires (20,2 %) et notamment les décompensations cardiaques (9 %). Nous avons également retrouvé plusieurs cas de détresses respiratoires aiguës sans étiologie retenue.

26 dossiers médicaux (8,3 %) ne mentionnaient pas de cause de décès et ne présentaient pas suffisamment d'informations pour poser un diagnostic fiable.

Le tableau 5 renseigne l'ensemble des causes de décès, en fonction du délai de décès.

Tableau 5 : cause de décès en fonction du délai de décès.

Cause de décès	Total des patients		< 24h		24 – 48h		48 – 72h	
	n = 312	%	n = 170	%	n = 70	%	n = 72	%
Pneumopathie	130	41,7	68	40	35	50	27	37,5
« d'inhalation » précisée	55	17,6	32	18,8	10	14,3	13	18,1
Autres détresses respiratoires aiguës	14	4,5	13	7,6	1	1,4	0	-
Pathologies cardiovasculaires	63	20,2	31	18,2	16	22,9	16	22,2
Décompensation cardiaque	28	9,0	13	7,6	8	11,4	7	9,7
Syndrome coronarien aigu	13	4,2	8	4,7	1	1,4	4	5,6
AVC	9	2,9	4	2,4	3	4,3	2	2,8
Autres diagnostics	13	4,2	6	3,5	4	5,7	3	4,2
Pathologies digestives	30	9,6	14	8,2	5	7,1	11	15,3
Syndrome occlusif	13	4,2	7	4,1	2	2,9	4	5,6
Hémorragie digestive	5	1,6	4	2,4	1	1,4	0	-
Autres diagnostics	12	3,8	3	1,8	2	2,9	7	9,7
Autres infections et sepsis	16	5,1	10	5,9	1	1,4	5	6,9
Insuffisance rénale aiguë et déshydratation	13	4,2	4	2,4	6	8,6	3	4,2
Hémorragie intracrânienne	7	2,2	4	2,4	1	1,4	2	2,8
Autres diagnostics médico-chirurgicaux divers	8	2,6	1	0,6	3	4,3	4	5,6
Décès durant le transport aux urgences	5	1,6	5	2,9	0	-	0	-
Absence de diagnostic précisé	26	8,3	20	11,8	2	2,9	4	5,6

AVC = accident vasculaire cérébral

Concernant le lieu de décès des patients, la majorité d'entre eux est décédée au sein du service des urgences, et particulièrement les patients décédés avant vingt-quatre heures d'hospitalisation avec 137 des 170 patients (80,6 %) décédés aux urgences. Les autres lieux de décès étaient principalement les unités post-urgences (UHCD et UHA ; 18,6 %) suivies des services de médecine et notamment de gériatrie. Le tableau 6 expose l'ensemble des services

de médecine et chirurgie ayant accueilli les résidents d'EHPAD, avec le détail en fonction du délai de décès.

Tableau 6 : services hospitaliers de décès en fonction du délai de décès.

Lieu de décès	Total des patients		< 24h		24 – 48h		48 – 72h	
	n = 312	%	n = 170	%	n = 70	%	n = 72	%
Urgences	150	48,1	137	80,6	13	18,6	0	-
Unités post-urgences	58	18,6	13	7,6	21	30,0	24	33,3
Gériatrie	32	10,3	4	2,4	13	18,6	15	20,8
URSP	13	4,2	3	1,8	5	7,1	5	6,9
Autres services de médecine	39	12,5	6	3,5	13	18,6	20	27,8
Autres services de chirurgie	20	6,4	7	4,1	5	7,1	8	11,1

URSP = unité régionale de soins palliatifs

4- Évaluation de la douleur à l'arrivée au service d'admission des urgences.

Le pourcentage d'évaluation de la douleur notifiée dans le dossier dès l'admission était faible. En effet, les échelles d'auto-évaluation EVA / EN apparaissaient avec la saisie des constantes d'entrée dans 24 observations médicales (7,7 %) et l'échelle d'hétéro-évaluation Algoplus dans 13 observations (4,2 %). Les 275 autres dossiers (88,1 %) ne comportaient pas d'évaluation cotée, soit par absence du renseignement, soit par défaut d'hétéro-évaluation (la mention « EVA inadaptée » était fréquemment rencontrée).

5- Principaux soins pratiqués aux urgences.

Peu de patients ont bénéficié de soins à caractère intensif ou invasif. Ainsi, on retrouvait 6 initiations de réanimation cardio-respiratoire (1,9 %), 29 recours à de la ventilation non invasive (9,3 %), 28 remplissages vasculaires (9,0 %), 3 prescriptions d'amines vasoactives (1,0 %) et aucune intubation oro-trachéale (Tableau 7).

La majorité des patients (76,9 %) a bénéficié d'une oxygénothérapie aux lunettes ou au masque haute concentration, en fonction du débit d'oxygène requis.

Une antibiothérapie, le plus souvent probabiliste, a été débutée dans un tiers des cas (32,4 %).

Une prise en charge symptomatique exclusive d'emblée a été statuée dans un tiers des cas (31,1 %) ; dans 41,8 % des cas pour la catégorie « décès en moins de vingt-quatre heures » contre 15,3 % pour la catégorie « décès entre quarante-huit et soixante-douze heures ».

Les molécules à visée symptomatique les plus utilisées étaient la morphine (39,4 %) et le midazolam (27,2 %). Aucun traitement symptomatique n'était renseigné dans l'observation médicale dans plus de la moitié des cas (54,8 %).

Tableau 7 : prise en charge médicale aux urgences en fonction du délai de décès.

Soins pratiqués aux urgences	Total des patients		< 24h		24 – 48h		48 – 72h		
	n = 312	%	n = 170	%	n = 70	%	n = 72	%	
Réanimation cardio-respiratoire	6	1,9	6	3,5	0	-	0	-	
Intubation orotrachéale	0	-	0	-	0	-	0	-	
Amines vasoactives	3	1,0	3	1,8	0	-	0	-	
Remplissage vasculaire	28	9,0	14	8,2	7	10,0	7	9,7	
Ventilation non invasive	29	9,3	11	6,5	8	11,4	10	13,9	
Oxygénothérapie	240	76,9	133	78,2	55	78,6	52	72,2	
Initiation d'une antibiothérapie	101	32,4	49	28,8	25	35,7	27	37,5	
Prise en charge symptomatique exclusive d'emblée	97	31,1	71	41,8	15	21,4	11	15,3	
Principaux traitements symptomatiques utilisés									
Morphine	123	39,4	69	40,6	28	40,0	26	36,1	
Oxycodone	1	0,3	0	-	0	-	1	1,4	
Autres antalgiques	21	6,7	9	5,3	8	11,4	4	5,6	
Midazolam	85	27,2	44	25,9	25	35,7	16	22,2	
Autres benzodiazépines	0	-	0	-	0	-	0	-	
Scopolamine	27	8,7	15	8,8	6	8,6	6	8,3	
Aucun traitement symptomatique ou non précisé	171	54,8	93	54,7	34	48,6	44	61,1	

6- Réflexion sur les objectifs de soins et anticipation.

Une limitation de soins était tracée dans l'observation médicale des urgences dans près de 67 % des cas, notamment pour statuer sur le caractère non réanimatoire du patient, ou pour s'orienter vers des traitements symptomatiques exclusifs en fin de vie devant la gravité du tableau clinique (Tableau 8).

L'anticipation du projet de soins était rare avec seulement 5 dossiers mentionnant la présence de directives anticipées et aucune fiche Urgence Pallia retrouvée. Par ailleurs, un patient a reçu un massage cardiaque externe alors que ses directives anticipées indiquaient qu'il ne désirait pas bénéficier de manœuvres de réanimation.

Les équipes mobiles de gériatrie ou de soins palliatifs ont été peu sollicitées puisqu'elles ne sont intervenues que dans 5,1 % des cas (EMSP et UMG compris), aux urgences ou dans le service d'aval en cas d'hospitalisation.

Tableau 8 : réflexion sur les objectifs de soins et anticipation du projet de soins.

		Nombre de patients (n = 312)	Pourcentage (%)
Limitation de soins notifiée dans l'observation		208	66,7
Présence de directives anticipées		5	1,6
Présence d'une fiche Urgence Pallia		0	-
Avis équipe mobile durant le séjour	EMSP	15	4,8
	UMG	1	0,3

EMSP = équipe mobile de soins palliatifs – UMG = unité mobile de gériatrie

7- Comparaison des caractéristiques des patients selon l'existence d'une limitation de soins notifiée dans le dossier médical.

L'existence d'un cancer actif ou d'une hémopathie maligne ($p = 0,034$) et d'une dépendance ($p = 0,048$) étaient significativement plus fréquents dans le groupe ayant une limitation des soins curatifs notifiée. Les antécédents de coronaropathie étaient plus fréquents chez les patients sans limitation de soins notifiée ($p = 0,026$) (Tableau 9).

La prise en charge symptomatique exclusive d'emblée ($p < 0,001$), la prescription de morphine ($p < 0,001$), de midazolam ($p < 0,001$), de scopolamine ($p = 0,010$) et le recours à de l'oxygénothérapie étaient significativement plus importants dans le groupe statué avec une limitation des soins curatifs (Tableau 10).

Au contraire, les patients ayant bénéficié de manœuvres de réanimation cardio-respiratoire étaient plus nombreux dans le groupe sans limitation ($p = 0,017$).

Tableau 9 (partie I) : caractéristiques des patients selon l'existence d'une limitation de soins notifiée dans le dossier médical.

Caractéristiques		Absence de limitation de soins (n = 104)	Limitation de soins (n = 208)	p (%)
Âge		89 ± 6	89 ± 6	0,6
Sexe				0,5
	Féminin	71 (68%)	133 (64%)	
	Masculin	33 (32%)	75 (36%)	
Délai de décès				0,9
	< 24 heures	56 (54%)	114 (55%)	
	24 – 48 heures	25 (24%)	45 (22%)	
	48 – 72 heures	23 (22%)	49 (24%)	
Lieu de décès				
	Urgences	46 (44%)	104 (50%)	
	Unités post urgences	15 (14%)	43 (21%)	
	Gériatrie	15 (14%)	17 (8,2%)	
	Soins palliatifs	1 (1,0%)	12 (5,8%)	
	Autres services médecine	15 (14%)	24 (12%)	
	Autres services chirurgie	12 (12%)	8 (3,8%)	
Heure d'arrivée				0,7
	Jour	54 (52%)	113 (54%)	
	Nuit	50 (48%)	95 (46%)	

Tableau 9 (partie II) : caractéristiques des patients selon l'existence d'une limitation de soins notifiée dans le dossier médical.

Caractéristiques	Absence de limitation de soins (n = 104)	Limitation de soins (n = 208)	p (%)
Troubles neurocognitifs majeurs	72 (69%)	164 (79%)	0,070
Maladie de Parkinson	2 (1,9%)	4 (1,9%)	> 0,9
Cancer ou hémopathie maligne	4 (3,8%)	23 (11%)	0,034
HTA	63 (61%)	144 (69%)	0,13
AOMI	13 (12%)	13 (6,2%)	0,081
AVC	22 (21%)	45 (22%)	> 0,9
Coronaropathie	29 (28%)	35 (17%)	0,026
Fibrillation atriale	39 (38%)	62 (30%)	0,2
Troubles de conduction cardiaque	7 (6,7%)	14 (6,7%)	> 0,9
Valvulopathie	15 (14%)	16 (7,7%)	0,072
Insuffisance cardiaque	16 (15%)	27 (13%)	0,6
Insuffisance rénale	15 (14%)	28 (13%)	0,9
Insuffisance respiratoire	1 (1,0%)	10 (4,8%)	0,11
BPCO	8 (7,7%)	10 (4,8%)	0,3
Cirrhose	0 (0%)	2 (1,0%)	0,6
Diabète	23 (22%)	36 (17%)	0,4
Dénutrition	39 (38%)	76 (37%)	> 0,9
Dépendance			0,048
Patients considérés dépendants	22 (34%)	55 (34%)	
GIR 1 – 2	23 (36%)	79 (49%)	
GIR 3 – 4	16 (25%)	26 (16%)	
GIR 5 – 6	3 (4,7%)	1 (0,6%)	
Inconnu	40	47	

HTA = hypertension artérielle – AVC = accident vasculaire cérébral – AOMI = artériopathie oblitérante des membres inférieurs – BPCO = broncho-pneumopathie chronique obstructive – GIR = groupe iso-ressources

Tableau 10 : prise en charge aux urgences selon l'existence d'une limitation de soins notifiée dans le dossier médical.

Caractéristiques	Absence de limitation de soins (n = 104)	Limitation de soins (n = 208)	p (%)
Réanimation cardio-respiratoire	5 (4,8%)	1 (0,5%)	0,017
Intubation orotrachéale	0 (0%)	0 (0%)	1
VNI	3 (12%)	16 (7,7%)	0,2
Oxygénothérapie	70 (67%)	170 (82%)	0,006
Remplissage vasculaire	6 (5,8%)	22 (11%)	0,2
Drogues vasoactives	2 (1,9%)	1 (0,5%)	0,3
Antibiothérapie	29 (28%)	72 (35%)	0,3
Prise en charge symptomatique exclusive d'emblée	14 (13%)	83 (40%)	< 0,001
Morphine	17 (16%)	106 (51%)	< 0,001
Autres antalgiques	7 (6,7%)	14 (6,7%)	> 0,9
Midazolam	13 (12%)	72 (35%)	< 0,001
Scopolamine	3 (2,9%)	24 (12%)	0,010
Directives anticipées	1 (1,0%)	4 (1,9%)	0,7
Catégorie de cause de décès			0,12
Absence / autre diagnostic	30 (29%)	38 (18%)	
Cardiovasculaire	15 (14%)	39 (19%)	
Digestif	10 (9,6%)	20 (9,6%)	
Neurologique	2 (1,9%)	14 (6,7%)	
Pulmonaire	47 (45%)	97 (47%)	
Avis EMSP ou UMG	2 (1,9%)	14 (6,7%)	0,10

VNI = ventilation non invasive – EMSP = équipe mobile de soins palliatifs – UMG = unité mobile de gériatrie

8- Facteurs indépendamment associés à une limitation de soins.

Les facteurs indépendamment associés à une limitation de soins étaient l'existence d'un cancer (OR = 5,34 [1,35 – 39,2], p = 0,041) et d'une dépendance sévère (OR = 16,1 [1,60 – 415], p = 0,034) (Tableau 11).

Tableau 11 : Facteurs indépendamment associés à une limitation de soins.

Caractéristiques		Odds ratio [IC 95 %]	p (%)
Âge		1,02 [0,96 – 1,07]	0,5
Sexe			
	Féminin	-	
	Masculin	1,26 [0,67 – 2,45]	0,5
Troubles neurocognitifs majeurs		1,20 [0,55 – 2,53]	0,6
Cancer		5,34 [1,35 – 39,2]	0,041
Dépendance			
	GIR 5 – 6	-	
	GIR 3 – 4	8,67 [0,84 – 230]	0,10
	GIR 1 – 2	16,1 [1,60 – 415]	0,034
	Patients considérés dépendants	10,5 [1,04 – 266]	0,072

IC = intervalle de confiance – GIR = groupe iso-ressources

V. Discussion.

Nous avons relevé 12 440 séjours de résidents d'EHPAD aux urgences du CHU de Rouen entre 2017 et 2019, soit environ 11 séjours par jour, et 638 décès intra-hospitaliers. Plus de la moitié des décès sont survenus dans les 3 premiers jours d'hospitalisation, soit un décès précoce au CHU tous les 3 jours.

La principale raison ayant motivé le transfert des résidents aux urgences était la dyspnée ou la détresse respiratoire. Les pneumopathies étaient la première cause de décès, fréquemment d'inhalation.

Dans la population générale, les décès chez les personnes âgées de plus de 75 ans sont surtout en lien avec les maladies cardiovasculaires (environ un tiers des causes de décès), loin devant les maladies de l'appareil respiratoire (moins de 10 % des décès) [19].

À l'inverse, les résidents d'EHPAD sont particulièrement concernés par les infections pulmonaires, avec un taux d'incidence six à dix fois plus élevé que dans la population âgée communautaire [20]. De même, leur mortalité à un mois d'un épisode de pneumopathie est quatre fois supérieure (18,1 % de mortalité contre 4,6 % chez les patients non institutionnalisés) [21].

Les troubles de déglutition sont également plus fréquents dans cette population : 70 % des résidents d'EHPAD présentent des signes cliniques évocateurs [22]. Le lien entre pneumopathie et troubles de déglutition est établi dans la littérature, avec une incidence d'infections pulmonaires significativement plus élevée chez les résidents présentant des troubles de déglutition [23]. Leur mortalité hospitalière (environ 20 %) est quatre fois supérieure aux patients sans trouble de déglutition objectivé [24].

Cependant, le bénéfice d'hospitaliser ces résidents d'EHPAD pour un épisode de pneumopathie est incertain puisqu'il n'a pas été démontré de différence de mortalité entre une prise en charge hospitalière et un traitement à l'EHPAD [25].

Un résident sur deux est décédé aux urgences. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ces résultats : l'absence de lit d'aval dans un temps adapté, l'impossibilité d'organiser un retour à l'EHPAD dans des conditions sécurisées, la sévérité des symptômes et la gravité du tableau clinique entraînant une fin de vie imminente avec l'impossibilité d'effectuer un transfert.

Ce résultat est important car les services d'urgences ne sont pas forcément structurés pour s'occuper de patients en fin de vie. Ainsi, on constate que les échelles d'hétéro-évaluation de la douleur à l'arrivée aux urgences étaient sous-utilisées : 88 % des dossiers ne présentaient pas d'évaluation cotée. L'échelle Algoplus est pourtant adaptée aux situations où l'auto-évaluation n'est pas fiable (sensibilité 88 %, spécificité 87 % pour un score Algoplus ≥ 3 aux urgences [26]). Les services d'urgences sont probablement moins habitués à recourir à ce type d'échelles que les services de gériatrie ou de soins palliatifs, expliquant leur moindre utilisation. Afin d'améliorer la qualité des soins pour les patients en fin de vie, il serait intéressant de renforcer le recours à ces échelles afin de sensibiliser le plus tôt possible au soulagement de symptômes d'inconfort.

Dans notre étude, les facteurs associés de façon significative à une limitation des soins curatifs ou intensifs étaient l'existence d'un cancer et d'une dépendance sévère (GIR 1 – 2). Cette réflexion sur une limitation de soins était notifiée dans le dossier médical dans deux tiers des cas, notamment pour statuer sur le caractère non réanimatoire du patient, ou pour s'orienter vers des traitements peu ou non invasifs. Un tiers des patients a bénéficié d'une prise en charge symptomatique exclusive d'emblée, c'est-à-dire avec un objectif de soins de confort en fin de vie, sans réalisation d'explorations complémentaires jugées déraisonnables.

En pratique, il est toujours difficile pour le médecin d'estimer, surtout dans un contexte d'urgence, à quel moment interrompre ou ne pas entreprendre des traitements curatifs pour s'orienter vers des soins de fin de vie [27,28]. La limitation des soins à visée curative peut être vécue par le médecin comme un risque de perte de chances pour le patient.

Une étude menée à Singapour rapporte qu'un patient sur deux de plus de 65 ans décédé aux urgences présentait au moins une pathologie chronique rentrant dans le cadre d'une des trois trajectoires de fin de vie. Pourtant, les trois quarts d'entre eux ont reçu des mesures de réanimation invasive au moment de leur décès [29].

Devant les difficultés à identifier les patients qui pourraient décéder à court ou moyen terme, des outils d'aide se sont développés pour limiter le risque de traitements jugés trop agressifs ou inadaptés. C'est le cas de l'outil CriSTAL (Criteria for Screening and Triaging for Appropriate Alternative care) issu d'une revue de littérature où figurent parmi les facteurs de risque de décès des critères de gravité clinique (hypotension artérielle, troubles de vigilance, polypnée, oligo-anurie, etc...), des pathologies chroniques évolutives (dont les insuffisances d'organes chroniques), l'existence de troubles neurocognitifs, des antécédents d'hospitalisation dans

l'année, des anomalies à l'ECG (troubles du rythme ou repolarisation), des critères de fragilité gériatrique, ou encore la provenance d'EHPAD [30,31].

Les équipes mobiles de soins palliatifs ou de gériatrie peuvent également aider à la réflexion et à la prise de décision. Dans notre travail, elles étaient très peu sollicitées. Cependant, leur intervention pourrait favoriser le retour des résidents à l'EHPAD après leur séjour aux urgences. Le recours à ces équipes mobiles pouvait donc être sous-estimé dans notre étude par l'absence d'inclusion de ces patients non hospitalisés.

La prescription de traitements symptomatiques (antalgiques, anxiolytiques/sédatifs, antisécrétoires) était retrouvée dans 45% des cas alors que 57% des patients étaient adressés pour dyspnée. Le manque de notification des prescriptions dans l'observation médicale, ainsi que l'incertitude sur une fin de vie imminente pourraient expliquer ces résultats. En effet, la morphine, le midazolam et la scopolamine étaient plus souvent prescrits dans le groupe avec une limitation de soins tracée.

Les principales thérapeutiques prescrites en fin de vie étant la morphine et le midazolam, il est nécessaire de tenir compte des contraintes d'organisation. En effet, le midazolam est jusqu'à présent réservé à l'usage hospitalier et non accessible en EHPAD à moins d'une rétrocession par une pharmacie hospitalière ou l'intervention d'une HAD. Seulement 8 % des EHPAD font appel à l'HAD dans les situations de fin de vie, alors même que les soins palliatifs sont l'un des principaux champs d'actions de ces structures (20 % de leurs motifs de recours) [32]. De plus, 25 % des EHPAD n'ont aucun lien avec une équipe référente en soins palliatifs (unité, équipe mobile ou réseau de soins palliatifs) [33].

Concernant l'oxygénothérapie, il convient de définir les circonstances pour lesquelles sa prescription est pertinente. Contrairement au terme parfois rencontré « d'oxygène de confort », son efficacité dans le traitement de la dyspnée en fin de vie n'est pas démontrée. Certaines études ne constatent pas d'amélioration des échelles d'évaluation de la dyspnée après administration d'oxygène [34,35]. D'autres études ne constatent pas de différence entre l'administration d'oxygène et d'air, à l'exception peut-être des situations d'hypoxémie [36,37]. En revanche, la morphine a une efficacité clairement établie à visée eupnéisante et a donc une place légitime dans les situations de décompensation respiratoire, avec la possibilité d'y associer un traitement anxiolytique [34–36].

Le profil polyopathologique des patients, la forte prévalence des troubles neurocognitifs majeurs (75 %), de la dénutrition (15 à 38 % en institution, 30 à 70 % à l'hôpital [38]) et de la dépendance justifient de réfléchir aux objectifs et à la proportionnalité des soins avant même l'arrivée aux urgences. Pour cela, certains outils d'identification existent afin d'aider les professionnels de santé à repérer les situations nécessitant d'engager une démarche palliative. C'est le cas de la fiche Pallia 10 Géroto s'intéressant aux personnes âgées de plus de 75 ans, atteintes d'une maladie grave évolutive ou de polyopathologies sans possibilités curatives [39], et de la fiche Urgence Pallia que nous utilisons dans notre établissement [Annexe 3].

Dans notre étude, les mesures et outils d'aide à la réflexion, à l'anticipation et à l'orientation des soins (avis équipe mobile de soins palliatifs ou de gériatrie, directives anticipées, fiche Urgence Pallia) étaient peu voire non utilisés.

Pourtant, diverses études s'accordent à dire que le recours à des plans de soins anticipés permet d'améliorer la qualité de la fin de vie en diminuant les hospitalisations et l'usage de traitements de maintien artificiel en vie. La présence de directives anticipées est associée à un meilleur accès aux soins palliatifs et à des traitements de confort. Des programmes de soins anticipés (« advance care planning ») sont associés à un meilleur respect des souhaits des patients concernant leur fin de vie [40,41].

De même, les consignes médicales « ne pas réanimer » et « ne pas hospitaliser » permettent de réduire significativement le nombre de décès à l'hôpital, la durée d'hospitalisation ou encore le nombre de séjours aux urgences des résidents d'EHPAD [42,43].

Plus récemment à l'échelle mondiale, la pandémie de Covid-19 a soulevé la question de l'accès aux soins et de leur proportionnalité chez les résidents d'EHPAD. En effet, la Covid-19 a suscité de nombreuses interrogations sur le plan éthique, sur les parcours de soins et sur l'accompagnement des résidents en fin de vie et de leurs proches [44,45].

Afin d'aider à la prise de décision, de nombreux protocoles et outils ont été mis en place pour répondre à cette crise sanitaire. On peut par exemple citer les protocoles de soins des résidents d'EHPAD mis à disposition sur le site internet de la Société Française de Gériatrie et Gériatologie [46].

A l'échelle régionale, la Coordination Normande de Soins Palliatifs a rédigé une fiche d'aide à la décision de limitation de soins de résidents d'EHPAD, en déterminant un projet de soins anticipé et adapté à l'état de santé du patient. Elle a également proposé aux professionnels de santé des protocoles tirés de la SFAP sur la prise en charge de la dyspnée, de l'encombrement

bronchique ainsi que de sédation en cas de détresse respiratoire asphyxique y compris au sein des EHPAD [47].

Malgré ces mesures d'anticipation, il existe plusieurs freins au maintien à l'EHPAD dans ces situations médicales aiguës. Une des principales limites est que seulement 14 % des EHPAD disposent de personnel IDE de nuit, et que 75 % des établissements n'ayant pas de soignant qualifié la nuit ne disposent pas non plus d'astreinte téléphonique avec la possibilité de joindre un(e) IDE [33].

De ce fait, gérer une situation de relative urgence et appliquer des prescriptions anticipées n'est pas envisageable par un agent de nuit non qualifié. Un professionnel de santé sur place est indispensable afin de gérer des situations complexes qui ne nécessitent pas de transfert. La présence d'un(e) IDE la nuit est associée à une réduction des décès à l'hôpital (18,5 % de décès hospitaliers contre 27,1 % en l'absence d'IDE de nuit, selon l'ONFV [33]). L'étude de G. Economos *et coll.* confirme ces données : leur enquête auprès de 466 EHPAD de la région Rhône-Alpes rapporte que la présence d'un(e) IDE la nuit est associée à une proportion significativement plus importante de décès des résidents au sein des EHPAD, et réduit le nombre de transferts en urgence vers un centre hospitalier [48].

Les facteurs motivant le transfert d'un résident à l'hôpital sont nombreux : manque de communication entre les différents professionnels de santé et avec les familles (pression familiale, objectifs de soins non adaptés), manque de consensus sur le rôle de l'EHPAD, manque d'accès rapide au médecin généraliste, manque de moyens humains, de temps, de matériel de soins et de médicaments, ou encore le besoin des soignants d'EHPAD d'une meilleure formation et d'un renforcement de leurs compétences [49–51].

Divers programmes d'éducation thérapeutique à destination des professionnels des EHPAD ont été développés mais sans efficacité sur les changements de pratiques en soins palliatifs [52,53]. Concernant la réduction du recours aux hospitalisations et aux services d'urgences, les résultats sont discordants selon les études [13,54–56]. En pratique, ces programmes d'éducation sont complexes à mettre en œuvre, nécessitent d'agir sur de multiples paramètres et ne peuvent se faire qu'avec une adhésion et une volonté des EHPAD de modifier leurs pratiques à long terme.

L'un des principaux points forts de cette étude est son caractère exhaustif, évitant ainsi le biais de sélection et la représentativité d'un échantillon de patients. La proportion des pathologies chroniques des résidents inclus est comparable aux données nationales connues [5]. Elle prend également en compte la diversité de pratiques pouvant varier selon les établissements puisque tous les EHPAD répertoriés ont été inclus.

Il existe plusieurs limites à cette étude. Tout d'abord, sa méthodologie rétrospective accroît les biais d'informations par l'absence de certaines données non mentionnées dans le dossier médical informatisé. C'est le cas notamment du score GIR, de l'état nutritionnel des patients, de potentielles limitations de soins ou encore de la prescription de certains traitements symptomatiques.

Cette étude descriptive ne considérait que les patients décédés précocement durant l'hospitalisation. Elle ne les comparait pas avec les patients réadressés à leur EHPAD à l'issue du séjour aux urgences et potentiellement décédés dans les 72 heures.

Enfin, il s'agit d'une étude monocentrique qui ne tient pas compte de variabilités régionales entre les établissements de santé. Il existe également une hétérogénéité de pratiques entre les différents médecins du CHU de Rouen.

VI. Conclusion.

Les résidents d'EHPAD sont quotidiennement adressés aux urgences du CHU de Rouen et les décès dans cette catégorie de patients sont réguliers. Nombre d'entre eux décèdent de manière précoce après le transfert, ce qui pose la question de la pertinence du séjour aux urgences.

Près de la moitié des résidents décède dans les suites d'une pathologie respiratoire aiguë (en particulier de pneumopathie), et la quasi-totalité d'entre eux ne bénéficiera pas de mesures médicales invasives ou intensives. L'association de troubles neurocognitifs majeurs, de polyopathologies, de dénutrition, de dépendance justifient les décisions de limitation de soins curatifs voire de traitements symptomatiques exclusifs dans des situations de fin de vie.

Ainsi, il serait intéressant de réfléchir à des alternatives afin de maintenir certains résidents dans leur EHPAD, en privilégiant des soins proportionnés à leur état de santé pour éviter un séjour aux urgences, potentiellement source de stress et de complications.

Pour cela, il est nécessaire de détecter les situations à risques (par exemple en cas de troubles de déglutition avérés, de multiples hospitalisations pour pneumopathies) afin de mieux anticiper le projet de soins et les prescriptions médicales.

Cependant, un tel projet ne peut se faire qu'avec des ressources adaptées dans chaque EHPAD. Une meilleure coordination interprofessionnelle et le recours à des équipes qualifiées sont nécessaires (équipes mobiles, HAD, plateforme téléphonique gériatrique), ainsi que l'adhésion du patient et / ou de sa famille, notamment en cas de troubles neurocognitifs sévères. La rédaction de programmes de soins en amont de ces situations peut être une aide majeure à la prise de décision.

Anticiper les situations à risques demande un investissement temporel pour obtenir la coopération des résidents et / ou des proches. Le développement de la télé médecine pourra apporter une aide aux professionnels des EHPAD en organisant avec les équipes « recours » et les familles des procédures collégiales anticipées afin de limiter, si possible, les hospitalisations dans les structures d'urgences.

VII. Bibliographie.

1. Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs. Disponible à l'adresse URL : <http://www.sfap.org/rubrique/les-soins-palliatifs>.
2. Marianne Muller, Delphine Roy (DREES), 2018, « L'Ehpad, dernier lieu de vie pour un quart des personnes décédées en France en 2015 », Études et Résultats, n°1094, Drees, novembre.
3. Marianne Muller (DREES), 2017, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », Études et Résultats, n°1015, Drees, juillet.
4. Morin L, Johnell K, Aubry R. Variation in the place of death among nursing home residents in France. *Age Ageing*. mai 2015;44(3):415-21.
5. Yara Makdessi et Nadège Pradines (DREES), 2016, « En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës », Études et Résultats, n°989, Drees, décembre.
6. Lang L, Clifford A, Wei L, Zhang D, Leung D, Augustine G, et al. Prevalence and determinants of undetected dementia in the community: a systematic literature review and a meta-analysis. *BMJ Open*. 3 févr 2017;7(2):e011146.
7. Stewart R, Hotopf M, Dewey M, Ballard C, Bisla J, Calem M, et al. Current prevalence of dementia, depression and behavioural problems in the older adult care home sector: the South East London Care Home Survey. *Age Ageing*. juill 2014;43(4):562-7.
8. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Sheikh A. Illness trajectories and palliative care. *BMJ*. 30 avr 2005;330(7498):1007-11.
9. Allers K, Hoffmann F, Schnakenberg R. Hospitalizations of nursing home residents at the end of life: A systematic review. *Palliat Med*. déc 2019;33(10):1282-98.
10. Rapport de l'atelier 10 Hôpital et Personne âgée, Ministère des Solidarités et de la Santé, concertation nationale, publié le 10/10/2018, mise à jour 28/03/2019. Disponible à l'adresse URL : <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/consultation-place-des-personnes-agees/concertation-grand-age-et-autonomie/article/concertation-nationale>.
11. Dwyer R, Gabbe B, Stoelwinder JU, Lowthian J. A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. *Age Ageing*. nov 2014;43(6):759-66.
12. Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc*. avr 2003;51(4):451-8.
13. Graverholt B, Forsetlund L, Jamtvedt G. Reducing hospital admissions from nursing homes: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 24 janv 2014;14:36.
14. Van Tricht M, Riochet D, Batard E, Martinage A, Montassier E, Potel G, et al. Palliative care for patients who died in emergency departments: analysis of a multicentre cross-sectional survey. *Emerg Med J*. oct 2012;29(10):795-7.

15. Le Conte P, Riochet D, Batard E, Volteau C, Giraudeau B, Arnaudet I, et al. Death in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. *Intensive Care Med.* mai 2010;36(5):765-72.
16. Houttekier D, Vandervoort A, Van den Block L, van der Steen JT, Vander Stichele R, Deliens L. Hospitalizations of nursing home residents with dementia in the last month of life: results from a nationwide survey. *Palliat Med.* oct 2014;28(9):1110-7.
17. Ong ACL, Sabanathan K, Potter JF, Myint PK. High mortality of older patients admitted to hospital from care homes and insight into potential interventions to reduce hospital admissions from care homes: the Norfolk experience. *Arch Gerontol Geriatr.* déc 2011;53(3):316-9.
18. Haute Autorité de Santé, diagnostic de la dénutrition de l'enfant et de l'adulte. Recommandation de bonne pratique, mis en ligne le 22/11/2019. Disponible à l'adresse URL : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3118872/fr/diagnostic-de-la-denuitration-de-l-enfant-et-de-l-adulte.
19. Vanessa Bellamy, division Enquêtes et études démographiques, Insee Focus No 95 - octobre 2017. « 594 000 personnes décédées en France en 2016, pour un quart d'entre elles à leur domicile ». Disponible à l'adresse URL : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3134763>.
20. Marrie TJ. Pneumonia in the long-term-care facility. *Infect Control Hosp Epidemiol.* mars 2002;23(3):159-64.
21. Ugajin M, Yamaki K, Hirasawa N, Kobayashi T, Yagi T. Prognostic value of severity indicators of nursing-home-acquired pneumonia versus community-acquired pneumonia in elderly patients. *Clin Interv Aging.* 2014;9:267-74.
22. Sarabia-Cobo CM, Pérez V, de Lorena P, Domínguez E, Hermosilla C, Nuñez MJ, et al. The incidence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients institutionalized: A multicenter study in Spain. *Appl Nurs Res.* mai 2016;30:e6-9.
23. Hollaar VRY, van der Putten G-J, van der Maarel-Wierink CD, Bronkhorst EM, de Swart BJM, de Baat C, et al. Nursing home-acquired pneumonia, dysphagia and associated diseases in nursing home residents: A retrospective, cross-sectional study. *Geriatr Nurs.* oct 2017;38(5):437-41.
24. Cabre M, Serra-Prat M, Palomera E, Almirall J, Pallares R, Clavé P. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia. *Age Ageing.* janv 2010;39(1):39-45.
25. Kruse RL, Mehr DR, Boles KE, Lave JR, Binder EF, Madsen R, et al. Does hospitalization impact survival after lower respiratory infection in nursing home residents? *Med Care.* sept 2004;42(9):860-70.
26. Association Doloplus. L'échelle Algoplus. Disponible à l'adresse URL : <http://www.doloplus.fr/lechelle-algoplus/>.
27. Rojas E, Schultz R, Linsalata HH, Sumberg D, Christensen M, Robinson C, et al. Implementation of a Life-Sustaining Management and Alternative Protocol for Actively Dying Patients in the Emergency Department. *J Emerg Nurs.* mai 2016;42(3):201-6.
28. Huang Y-L, Alsaba N, Brookes G, Crilly J. Review article: End-of-life care for older people in the emergency department: A scoping review. *Emerg Med Australas.* févr 2020;32(1):7-19.
29. Yash Pal R, Kuan WS, Koh Y, Venugopal K, Ibrahim I. Death among elderly patients in the emergency department: a needs assessment for end-of-life care. *Singapore Med J.* mars 2017;58(3):129-33.

30. Cardona-Morrell M, Hillman K. Development of a tool for defining and identifying the dying patient in hospital: Criteria for Screening and Triaging to Appropriate aLternative care (CriSTAL). *BMJ Support Palliat Care*. mars 2015;5(1):78-90.
31. Cardona M, Lewis ET, Kristensen MR, Skjøt-Arkil H, Ekmann AA, Nygaard HH, et al. Predictive validity of the CriSTAL tool for short-term mortality in older people presenting at Emergency Departments: a prospective study. *Eur Geriatr Med*. 2018;9(6):891-901.
32. Haute Autorité de Santé. Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD à destination des médecins prescripteurs. Études et rapports – mis en ligne le 23/11/2018. Disponible à l'adresse URL : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2810323/fr/algorithme-d-aide-a-la-decision-d-orientation-des-patients-en-had-a-destination-des-medecins-prescripteurs.
33. Observatoire National de la Fin de Vie. « Fin de vie des personnes âgées, sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France. » Rapport 2013. Disponible à l'adresse URL : <https://www.vie-publique.fr/rapport/33531-observatoire-national-fin-de-vie-2013-fin-de-vie-des-personnes-agees>.
34. Clemens KE, Quednau I, Klaschik E. Use of oxygen and opioids in the palliation of dyspnoea in hypoxic and non-hypoxic palliative care patients: a prospective study. *Support Care Cancer*. avr 2009;17(4):367-77.
35. Clemens KE, Klaschik E. Symptomatic therapy of dyspnea with strong opioids and its effect on ventilation in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*. avr 2007;33(4):473-81.
36. Ben-Aharon I, Gafer-Gvili A, Leibovici L, Stemmer SM. Interventions for alleviating cancer-related dyspnea: a systematic review and meta-analysis. *Acta Oncol*. nov 2012;51(8):996-1008.
37. Abernethy AP, McDonald CF, Frith PA, Clark K, Herndon JE, Marcello J, et al. Effect of palliative oxygen versus room air in relief of breathlessness in patients with refractory dyspnoea: a double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*. 4 sept 2010;376(9743):784-93.
38. Haute Autorité de Santé, diagnostic de la dénutrition de la personne âgée – note de cadrage. Recommandation de bonne pratique, mis en ligne le 24/03/2020. Disponible à l'adresse URL : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3165944/fr/diagnostic-de-la-denutrition-de-la-personne-agee-note-de-cadrage.
39. Pallia 10 Geronto. Quand faire appel à une équipe de soins palliatifs? Société Française d'Accompagnement et de Soins palliatifs. Disponible à l'adresse URL : <http://www.sfap.org/rubrique/pallia-10-geronto>.
40. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JAC, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliat Med*. sept 2014;28(8):1000-25.
41. Wendrich-van Dael A, Bunn F, Lynch J, Pivodic L, Van den Block L, Goodman C. Advance care planning for people living with dementia: An umbrella review of effectiveness and experiences. *Int J Nurs Stud*. juill 2020;107:103576.
42. Tanuseputro P, Hsu A, Chalifoux M, Talarico R, Kobewka D, Scott M, et al. Do-Not-Resuscitate and Do-Not-Hospitalize Orders in Nursing Homes: Who Gets Them and Do They Make a Difference? *J Am Med Dir Assoc*. sept 2019;20(9):1169-1174.e1.

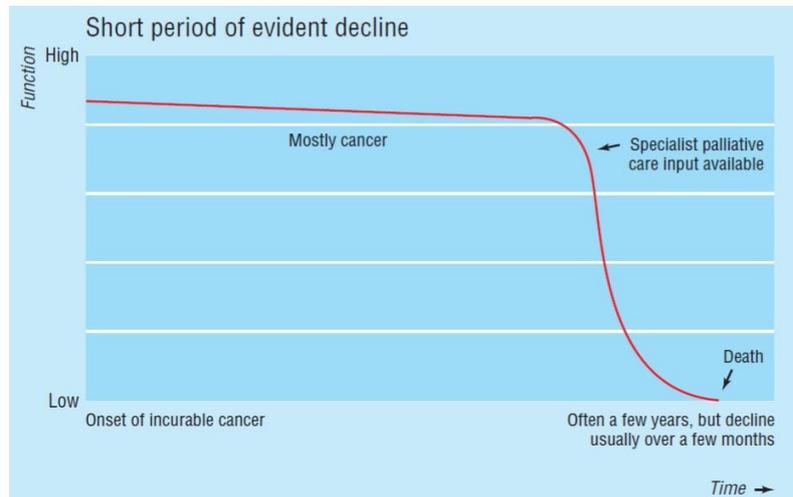
43. Nakashima T, Young Y, Hsu W-H. Are Hospital/ED Transfers Less Likely Among Nursing Home Residents With Do-Not-Hospitalize Orders? *J Am Med Dir Assoc*. 1 mai 2017;18(5):438-41.
44. Espace éthique Région Île-de-France – Covid-19 : attitudes, pratiques en fin de vie et après le décès, publié le 01/04/2020. Disponible à l'adresse URL : <https://www.espace-ethique.org/ressources/groupe-de-travail/covid-19-attitudes-pratiques-en-fin-de-vie-et-apres-le-deces>.
45. Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. Enjeux éthiques de l'accès aux soins de réanimation et autres soins critiques (SC) en contexte de pandémie COVID-19 [160320]. Disponible à l'adresse URL : <http://www.sfap.org/document/enjeux-ethiques>.
46. Société Française de Gériatrie et Gérontologie. Actualités COVID-19, prise en charge en EHPAD. Disponible à l'adresse URL : <https://sfgg.org/actualites-covid-19/prise-en-charge-en-ehpad/>.
47. Coordination Normande de Soins Palliatifs. Espace professionnel, Protocoles, COVID 19. Disponible à l'adresse URL : <http://coordination-soins-palliatifs-haute-normandie.fr/En-construction.html>.
48. Economos G, Tholly F, Rhondali W, Ruer M, Tricou C, Fawoubo A, et al. Nursing home hospital transfers in the terminally ill: night shift nurses matter! *BMJ Support Palliat Care*. juin 2020;10(2):228-33.
49. Lemoyne SE, Herbots HH, De Blick D, Remmen R, Monsieurs KG, Van Bogaert P. Appropriateness of transferring nursing home residents to emergency departments: a systematic review. *BMC Geriatr*. 21 janv 2019;19(1):17.
50. Laging B, Ford R, Bauer M, Nay R. A meta-synthesis of factors influencing nursing home staff decisions to transfer residents to hospital. *J Adv Nurs*. oct 2015;71(10):2224-36.
51. Kouyoumdjian V, Perceau-Chambard E, Sisoix C, Filbet M, Tricou C. Physician's perception leading to the transfer of a dying nursing home resident to an emergency department: A French qualitative study. *Geriatr Gerontol Int*. mars 2019;19(3):249-53.
52. Van den Block L, Honinx E, Pivodic L, Miranda R, Onwuteaka-Philipsen BD, van Hout H, et al. Evaluation of a Palliative Care Program for Nursing Homes in 7 Countries: The PACE Cluster-Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 1 févr 2020;180(2):233-42.
53. Temkin-Greener H, Mukamel DB, Ladd H, Ladwig S, Caprio TV, Norton SA, et al. Impact of Nursing Home Palliative Care Teams on End-of-Life Outcomes: A Randomized Controlled Trial. *Med Care*. janv 2018;56(1):11-8.
54. Rantz MJ, Popejoy L, Vogelsmeier A, Galambos C, Alexander G, Flesner M, et al. Successfully Reducing Hospitalizations of Nursing Home Residents: Results of the Missouri Quality Initiative. *J Am Med Dir Assoc*. 1 nov 2017;18(11):960-6.
55. Kane RL, Huckfeldt P, Tappen R, Engstrom G, Rojido C, Newman D, et al. Effects of an Intervention to Reduce Hospitalizations From Nursing Homes: A Randomized Implementation Trial of the INTERACT Program. *JAMA Intern Med*. 1 sept 2017;177(9):1257-64.
56. Honinx E, Smets T, Piers R, Pasman HRW, Payne SA, Szczerbińska K, et al. Lack of Effect of a Multicomponent Palliative Care Program for Nursing Home Residents on Hospital Use in the Last Month of Life and on Place of Death: A Secondary Analysis of a Multicountry Cluster Randomized Control Trial. *J Am Med Dir Assoc*. déc 2020;21(12):1973-1978.e2.

VIII. Annexes.

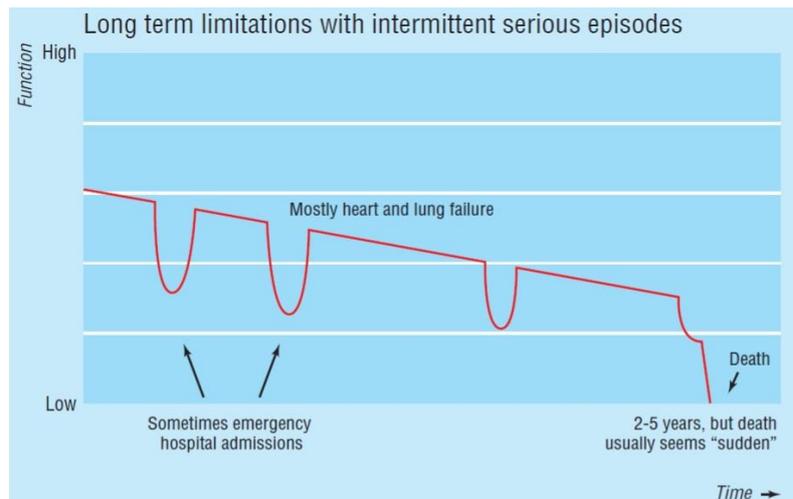
Annexe 1 : Les trajectoires de fin de vie.

Source : Murray SA, Kendall M, Bord K, Sheikh A. *Illness trajectories and palliative care*. *BMJ*. 30 avr 2005;330(7498):1007-11.

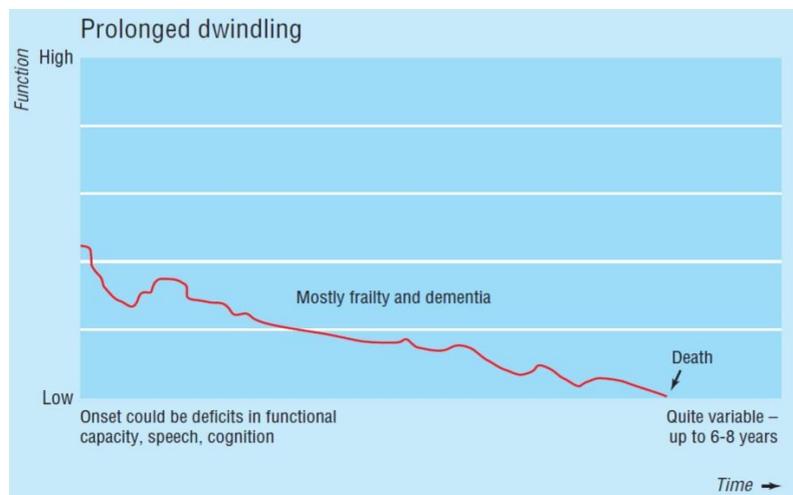
Trajectoire 1 :
déclin rapide (décrit dans les pathologies cancéreuses).



Trajectoire 2 :
déclin graduel avec périodes de récupération (décrit dans les défaillances d'organes).



Trajectoire 3 :
déclin lent et progressif (décrit dans les maladies neurodégénératives).



Annexe 2 : Classification GIR.

Source : Service-Public.fr - <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>

« En fonction de son degré de perte d'autonomie, la personne âgée est classée dans un groupe iso-ressources (GIR).

Il existe 6 GIR :

- Seuls les GIR 1 à 4 ouvrent droit à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA).
- La personne relevant des GIR 5 ou 6 ne peut pas avoir droit à l'APA. Elle peut demander une aide-ménagère ou une aide auprès de sa caisse de retraite. »

Signification du GIR auquel la personne est rattachée.

GIR	Degré de dépendance
GIR 1	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants - ou personne en fin de vie.
GIR 2	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante - ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente.
GIR 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels.
GIR 4	- Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage - ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas.
GIR 5	Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
GIR 6	Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante.

Annexe 3 : Fiche Urgence Pallia (ou SAMU Pallia).

Source : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP).

<http://www.sfap.org/rubrique/fiche-urgence-pallia-samu-pallia>

Fiche URGENCE PALLIA



Concernant une personne en situation palliative ou palliative terminale

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

RÉDACTEUR Nom : <input type="text"/>		Statut du rédacteur : <input type="text"/>	
Téléphone : <input type="text"/>		ou tampon : <input type="text"/>	
Fiche rédigée le : <input type="text"/>			
PATIENT <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme NOM : <input type="text"/>		Prénom : <input type="text"/>	
Rue : <input type="text"/>		Né(e) le : <input type="text"/>	
CP : <input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>	Téléphone : <input type="text"/>	
N° SS : <input type="text"/>		Accord du patient pour la transmission des informations <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Impossible	
Médecin traitant : Dr <input type="text"/>		Joignable la nuit <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA ¹ Tél : <input type="text"/>	
Médecin hospitalier référent : Dr <input type="text"/>		Tél : <input type="text"/>	
Service hospitalier référent : <input type="text"/>		Tél : <input type="text"/>	
Lit de repli possible ² : <input type="text"/>		Tél : <input type="text"/>	
Suivi par HAD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="text"/>		Tél : <input type="text"/>	
Suivi par EMSP : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="text"/>		Tél : <input type="text"/>	
Suivi par réseau : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <input type="text"/>		Tél : <input type="text"/>	
Autres intervenants à domicile : <input type="text"/> (SSIAD, IDE libérale...) avec leur(s) numéro(s) de téléphone			
Pathologie principale et diagnostics associés :		<input type="text"/>	
Le patient connaît-il son diagnostic ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> NA Son pronostic ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> NA			
L'entourage connaît-il le diagnostic ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> NA Le pronostic ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> NA			
Réflexion éthique collégiale sur l'orientation des thérapeutiques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> En partie <input type="checkbox"/> NA			
Projet thérapeutique : <input type="text"/>			
Symptômes et risques possibles : si extrême, l'écrire en majuscules		<input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Vomissement <input type="checkbox"/> Encombrement <input type="checkbox"/> Anxiété majeure <input type="checkbox"/> Agitation <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Occlusion <input type="checkbox"/> Autres (à préciser dans cette zone →) <input type="text"/>	
Produits disponibles au domicile : <input type="text"/>			
Prescriptions anticipées : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA			
DÉMARCHE PRÉVUE <input type="checkbox"/> Avec accord patient le <input type="text"/>			
<input type="checkbox"/> Projet d'équipe si accord patient impossible			
Hospitalisation : <input type="checkbox"/> Souhaitée si aggravation <input type="checkbox"/> Envisageable <input type="checkbox"/> Refusée autant que possible <input type="checkbox"/> NA			
Soins de confort exclusifs : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA		Décès à domicile : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	
Réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA		Massage cardiaque : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	
Ventilation non invasive : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA		Intubation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	
Usage d'amines vaso-actives : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA		Trachéotomie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	
Sédation en cas de détresse aigüe avec pronostic vital engagé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA		Remplissage : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	
Directives anticipées <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA		Rédigées le <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Copie dans le DMP			
Personne de confiance <input type="text"/>		Lien : <input type="text"/>	
Tél : <input type="text"/>			
Où trouver ces documents ? <input type="text"/>			
Autre personne à prévenir <input type="text"/>		Lien : <input type="text"/>	
Tél : <input type="text"/>			

1) NA = Non Applicable ou inconnu

2) Validé au préalable avec le service concerné

Version fiche 2017-05



Annexe Fiche URGENCE PALLIA

La fiche URGENCE PALLIA se doit d'être synthétique pour une lecture rapide par les médecins régulateurs ou urgentistes. Cette fiche annexe vous permet de détailler les notions résumées dans la fiche.

Date de rédaction de la fiche URGENCE PALLIA à laquelle cette fiche annexe se rapporte :

Si différente, date de rédaction de cette fiche annexe :

Nom du rédacteur : Statut du rédacteur :

CONCERNANT CE PATIENT : M. Mme Nom :

Prénom : Né(e) le :

Précisions concernant la situation décrite dans la fiche URGENCE PALLIA :

Annexe 4 : Liste des EHPAD référencés parmi les séjours aux urgences entre 2017 et 2019 et nombre de décès en fonction de l'EHPAD de provenance.

Ville (Code Postal)	Établissement	Adresse	Nombre de décès			
			Total	2019	2018	2017
Aumale (76390)	Résidence du duc d'Aumale	3 rue sœur Badiou	0	-	-	-
Barentin (76360)	Saint Martin – Le Parc	17 rue Pierre et Marie Curie, CH de l'Austreberthe	4	1	2	1
Bémécourt (27160)	L'Asterina	20 chemin du Patrouillet	0	-	-	-
Bernay (27303)	Résidence Jacques Daviel	5 rue Anne de Ticheville	0	-	-	-
Blangy-sur-Bresle (76340)	Masse de Cormeilles	8 rue du Petit Fontaine	0	-	-	-
Bois Guillaume (76230)	La Boiseraie	763 rue du Tourne Midi	10	-	4	6
	Les Terrasses	184 rue Robert Pinchon	5	2	1	2
	Korian Villa Saint Do	125 avenue du maréchal Juin	22	13	4	5
	Saint Antoine	650 rue Robert Pinchon	6	1	5	-
Bois L'Évêque (76160)	Mishkane	3 rue Carouge	4	3	1	-
Bonsecours (76240)	Les Hautes Bruyères	17 rue Leon Lebourgeois	26	10	5	11
Bourg Achard (27310)	CH Pierre Hurabielle	165 rue pasteur	0	-	-	-
Brionne (27800)	L'Escale de la Risle	3 rue Jean Jaurès	0	-	-	-
Buchy (76750)	Gilles Martin	397 rue de Rocquemont	13	3	5	5
Canteleu (76380)	Jean Ferrat	1 allée de Flore	12	4	3	5
Caudebec-en-Caux (76490)	Maurice Collet	3 avenue Winston Churchill	2	1	-	1

Caudebec-lès-Elbeuf (76320)	Lecallier Leriche	168 rue du général Giraud	2	2	-	-
Charleval (27380)	Villa Saint Michel	4 rue Transière	6	3	1	2
Chaumont-en-Vexin (60240)	Compassion	4 rue de la Libération	0	-	-	-
Cléon (76410)	Le Bois Rond	Rue Charles Perrault	0	-	-	-
Conches-en-Ouche (27190)	Refllet d'argent	25 rue du Dr Paul Guilbaud	1	-	-	1
	Chêne au loup	rue Georges Clemenceau				
Criquetot-l'Esneval (76280)	La Pommeraie	4 route de Turretot	0	-	-	-
Darnetal (76160)	Durecu Lavoisier	116 rue Louis Pasteur	10	6	2	2
Déville-lès-Rouen (76250)	La Filandière	4 rue Georges Hebert	10	2	3	5
Dieppe (76200)	Château Michel	98 avenue des Canadiens	0	-	-	-
Duclair (76480)	L'Archipel	89 chemin Clarin Mustad	17	4	8	5
Ecouis (27440)	Les Quatre Vents	Route du Moulinet	7	2	1	4
Elbeuf (76500)	La Ruche	19 rue Lazare Hoche	0	-	-	-
	La Source	Rue Boucher de Perthes	0	-	-	-
Envermeu (76630)	Lemarchand d'Envermeu	10 place de l'Eglise	0	-	-	-
Estouteville-Ecalles (76750)	L'Age d'Or	82 route de la Chapelle	5	3	-	2
Eu (76260)	CH de Eu	2 rue de Clèves	0	-	-	-
Évreux (27000)	La Providence SA Odysseior	2 rue du Docteur Roux	0	-	-	-
	La Harpe	14 boulevard Chambaudoïn	0	-	-	-
Fauville-en-Caux (76640)	Résidence Bouic Manoury	373 rue Charles de Gaulle	0	-	-	-

Forges-les-Eaux (76440)	Fondation Beaufiles	Boulevard Nicolas Thiessé	13	4	7	2
Gaillefontaine (76870)	Lefebvre Blondel Dubus	1 chemin le Clair Ruissel	8	5	2	1
Grainville-la- Teinturière (76450)	Anne Françoise le Boultz	5 rue des Écoles	0	-	-	-
Gournay-en-Bray (76220)	Le Cercle des Aînés	11 avenue des Anciens Combattants	6	5	-	1
	CH de Gournay-en- Bray	30 avenue de la Première Armée Française	3	1	1	1
Grand-Couronne (76530)	Résidence Carola	2 rue du Clos Samson	0	-	-	-
Grugny (76690)	Grugny Établissement Public Départemental (EPD)	634 rue Henri Martin	29	8	16	5
Harcourt (27800)	EHPAD d'Harcourt	4 place Françoise de Brancas	1	1	-	-
Hodeng-au-Bosc (76340)	Castel Saint Joseph	18 rue Blangy Guimerville	0	-	-	-
Isneauville (76230)	La Buissonnière	49 impasse de la Ronce	6	2	4	-
La Feuillie (76220)	Noury	95 route de Rouen	5	1	3	1
Le Grand-Quevilly (76120)	Les Jardins de Matisse	1 rue Albert Lebourg	23	10	4	9
Le Havre (76600)	Korian La Porte Océane	29 rue Louis Brindeau	0	-	-	-
	Les Jardins D'Élodie	502 rue Irène Joliot Curie	0	-	-	-
	Sanvic	28 rue Romain Rolland	0	-	-	-
Le Houllme (76770)	La Source	8 rue du 8 mai	7	2	3	2
Le Mesnil-Esnard (76240)	Le Moulin des Prés	7 rue Saintonge	9	4	4	1
Le Neubourg (27110)	CH du Neubourg	25 rue du Général De Gaulle	0	-	-	-

Le Petit-Quevilly (76140)	Les Quatre Saisons	2 rue Guillaume Lecoite	1	-	1	-
Les Andelys (27700)	CH Saint Jacques	Quai Enguerrand de Marigny	1	1	-	-
Les Grandes-Ventes (76950)	Le Bois Joli	79 rue de Saint Vaast	0	-	-	-
Louviers (27400)	Korian L'Ermitage	25 boulevard Georges Clemenceau	1	-	-	1
	CHI Louviers, résidence les 4 saisons	2 rue Saint Jean	0	-	-	-
Lyons-la-Forêt (27480)	Les Jardins	4 chemin de Croix Mesnil	3	-	2	1
Maromme (76150)	Les Aubépins	16 rue de la République	7	4	2	1
Mont-Saint-Aignan (76130)	CHU Boucicaut (pavillon Béthel)	3 rue Boucicaut	2	-	2	-
	Les Iliades	24 chemin de la Planquette	10	4	3	3
Montville (76710)	Les Myosotis	Rue Ernest Delaporte	5	1	3	1
Morgny-la-Pommeraye (76750)	Les Trois Hameaux	664 rue du Calvaire	8	2	6	-
Neufchâtel-en-Bray (76270)	Neufcastel / CH Fernand Langlois	4 route de Gaillefontaine	8	4	2	2
Notre-Dame-de-Bondeville (76960)	La Cote de Velours	3 rue de l'abbaye	16	4	7	5
Oissel (76350)	Le Quesnot	14 chemin du Quesnot	0	-	-	-
Paris (75009)	Les Parentèles	49 rue Blanche	0	-	-	-
Pavilly (76570)	La Madeleine / CH de l'Austreberthe	Rue Paul Painlevé	22	6	12	4
Perriers-sur-Andelle (27910)	Korian Les Jardins de l'Andelle	17 rue des Champs	11	7	2	2
Pont-Authou (27290)	EHPAD de Pont-Authou	2 rue de Saint Vulfran	2	1	1	-

Pont-de-l'Arche (27340)	Julien Blin	8 rue du Général De Gaulle	0	-	-	-
Rouen (76000 – 76100)	Fondation Lamauve	101 rue du Renard	17	2	8	7
	Korian Le Jardin	121 avenue des Martyrs de la Résistance	19	8	7	4
	La Compassion	175 boulevard de l'Yser	13	5	4	4
	La Pléiade	16 rue Jacques Fouray	13	5	4	4
	Le Sacré Cœur	7 rue d'Ernemont	6	1	4	1
	Les Cent Clochers	21 place de l'Eglise St Sever	28	8	7	13
	Les Sapins	22 rue Charles Cros	14	6	4	4
	Sainte Anne	3 rue de Joyeuse	8	1	3	4
	Saint Joseph	2 rue de la Cage	21	10	5	6
	Tiers Temps	86 rue des Bons Enfants	14	6	5	3
Sainte-Adresse (76310)	La Roseraie	27 rue Albert Dubosc	0	-	-	-
Saint-Aubin-lès- Elbeuf (76410)	Les Collines de la Seine	Rue du Dr Villers	1	1	-	-
Saint-Crespin (76590)	Résidence de la Scie	2 route des Vergers	0	-	-	-
Saint-Etienne-du- Rouvray (76800)	CNRO – BTP – Château Blanc	Périphérique Wallon le Château Blanc	4	-	2	2
	Michel Grandpierre	1 bis avenue du Val l'Abbé	22	12	4	6
Saint-Jacques-sur- Darnetal (76160)	Castel Saint Jacques	229 rue des Pommerais	2	1	1	-
Saint-Léger-du- Bourg-Denis (76160)	L'Eau Vive	1097 route de Lyons La Foret	5	3	1	1
Saint-Martin- Osmonville (76680)	Résidence du vieux puits	154 lieu-dit La Salle	3	2	-	1

Saint-Pierre-du-Bosguerard (27370)	Le Bosguerard SA Orpea	7 rue Marie de Vaudemont	0	-	-	-
Saint-Saëns (76680)	Résidence d'Eawy	Rue Auguste Guérin	3	2	1	-
Sotteville-lès-Rouen (76300)	CH du Bois Petit	8 avenue de la Libération	10	1	5	4
	Saint Joseph	3 rue de Paris	39	12	13	14
Tourville-la-Rivière (76410)	Les Jonquilles	2 rue Jean Moulin	2	2	-	-
Val-de-Saône (76890)	Le Val Fleury	6 rue du Moulin Traversin	3	1	1	1
Verneuil-sur-Avre (27130)	CH Verneuil-sur-Avre	101 boulevard des Poissonniers	0	-	-	-
Yerville (76760)	Résidence Eliane Souriau – Les Bruyères et les Charmilles	196 rue de la Myre	3	1	1	1
Yvetot (76190)	Asselin Hedelin	7 rue du Champ de Courses	9	-	8	1
	Les Dames Blanches	6 rue du champ de mars	9	1	3	5
	Adresse non précisée		1	-	1	-
Total			638	228	224	186

Résumé.

Introduction : les résidents d'EHPAD sont régulièrement hospitalisés au cours de leurs derniers mois de vie et 25% d'entre eux décèdent lors d'une hospitalisation. Il existe peu de données dans la littérature sur les décès précoces (moins de 72 heures) des résidents d'EHPAD hospitalisés.

Objectifs : décrire le contexte, les causes et les conditions de décès précoces des résidents d'EHPAD hospitalisés après une admission aux urgences. Identifier les facteurs associés à une décision de limitation de soins aux urgences.

Méthodologie : cette étude rétrospective descriptive incluait les patients décédés précocement entre 2017 et 2019 au CHU de Rouen. Les données ont été recueillies dans le dossier médical informatique de chaque patient. Les caractéristiques des patients ayant une limitation de soins ont été comparées à celles des patients n'ayant pas de limitation notifiée. Une régression logistique a été effectuée afin d'identifier les facteurs indépendamment associés à une limitation de soins.

Résultats : 332 résidents d'EHPAD sont décédés précocement en hospitalisation en 3 ans. Le motif de recours aux urgences était majoritairement la dyspnée ou la détresse respiratoire (57,4%) et la principale cause de décès était la pneumopathie (41,7%). Près de la moitié des décès précoces sont survenus aux urgences. Environ un tiers des patients a bénéficié d'une prise en charge symptomatique exclusive dans des situations de fin de vie. Peu de patients ont bénéficié de soins intensifs ou invasifs et une limitation de soins était notifiée dans 66,7% des cas. Les facteurs indépendamment associés à une limitation de soins étaient l'existence d'un cancer (OR = 5,34 [1,35 – 39,2], p = 0,041) et d'une dépendance sévère (OR = 16,1 [1,60 – 415], p = 0,034).

Conclusion : les décès précoces en hospitalisation des résidents d'EHPAD sont fréquents et le plus souvent en lien avec des pneumopathies. Une réflexion et une anticipation du projet de soins basées sur une collaboration interprofessionnelle doivent permettre d'éviter des hospitalisations de résidents en fin de vie.

Mots clefs : résidents d'EHPAD, urgences, décès précoce, pneumopathie, limitation de soins, anticipation des soins, soins palliatifs, fin de vie.