



# **La Fin de vie en médecine d'urgence**

## **Epidémiologie**

**COPACAMU 2010**

**Dr Gilles Viudes**

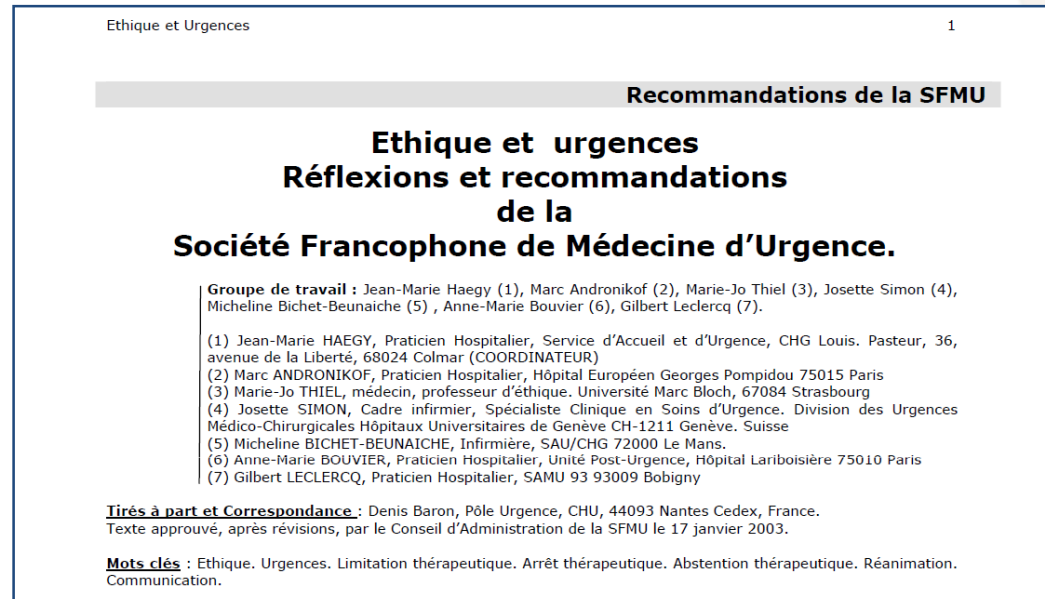
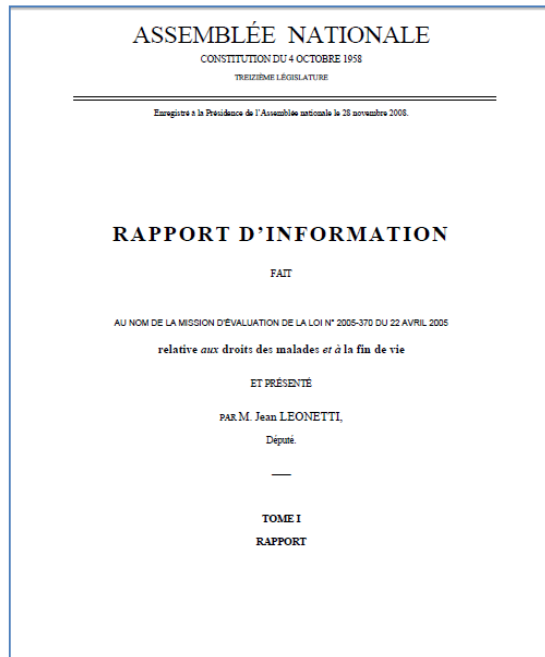
---

# Plan

---

1. Contexte
2. Epidémiologie de la fin de vie en médecine d'urgence
  - Au SAMU
  - Au SMUR
  - Dans les établissements de santé
  - Aux urgences
3. Quels indicateurs ?
4. Conclusions

# Le contexte national : plus d'exigence



La loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie s'est attachée à définir les procédures de limitation et d'arrêt de traitement des patients, qu'ils soient ou non en fin de vie et qu'ils puissent ou non exprimer leur volonté. Ce texte a proscrit l'acharnement thérapeutique, exigé transparence et collégialité médicale dans les procédures d'arrêt de traitement et imposé qu'en pareille situation les patients bénéficient des soins palliatifs.

# Situations de fin de vie en médecine d'urgence

---

1. Décès à l'admission
2. Décès à un niveau de soins maximal , décès « non attendu »
3. Patients adressés pour prise en charge de fin de vie
4. Patients pour lesquels un sentiment d'obstination déraisonnable est présent d'emblée dès l'admission.
5. Patients pour lesquels le sentiment d'obstination déraisonnable se développe durant la phase active de prise en charge.

**Fin de vie = le décès + « avant » le décès (parfois plusieurs mois)**

# Médecine d'urgence et Fin de vie (1)

---

## Contexte actuel de la médecine d'urgence

- PDS libérale « altérée »
- Activité des urgences croissantes
- Difficultés récurrentes de disponibilité de lits d'aval,
- Accès aux plateaux techniques via les urgences,
- ....

## Contexte de la prise en charge de la fin de vie

- Connaissance de l'antériorité du patient,
- Prendre le temps,
- Partage des décisions,
- Calme, confort, disponibilités des soignants,
- ...

**Ressenti : de plus en plus de situation de fin de vie aux urgences**

# Médecine d'urgence et Fin de vie (2)

---

- Paradoxe de l'urgence
  - *La démarche éthique et l'accompagnement d'un patient nécessite du temps*
- Recueil des informations patients
  - *Incomplètes et peu stables*
- Situation de crise pour le patient et son entourage
  - *Communication difficile,*
  - *Vécu variant (préparation, culture familiale, religion ...),*
  - *Non dit (épuisement des aidants .....)*
  
- *Une des situations les plus difficile à gérer*

# **EPIDÉMIOLOGIE**

# Epidémiologie de la fin de vie en médecine d'urgence : limites

---

- Peu d'études disponibles notamment en pré-hospitalier :
  - *PDS libérale : pas d'étude*
  - *Quelques travaux pour SAMU et SMUR*
- Les différentes situations de fin de vie en médecine d'urgence sont difficiles à dénombrer
  - *Bonne vision des décès aux urgences,*
  - *Séparation « Décès attendus » des autres cas plus difficile,*
  - *C'est encore pire dans les cas de prise en charge de fin de vie sans décès aux urgences car le décompte de ces dossiers est très incertain.*



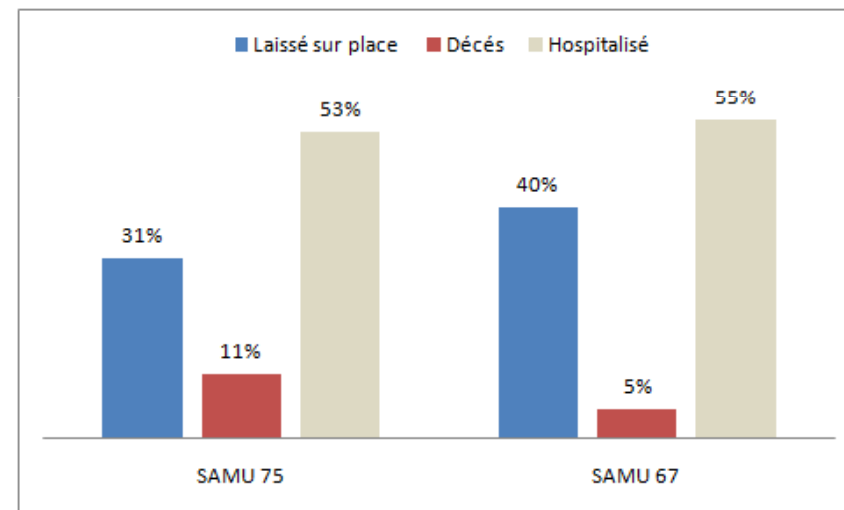
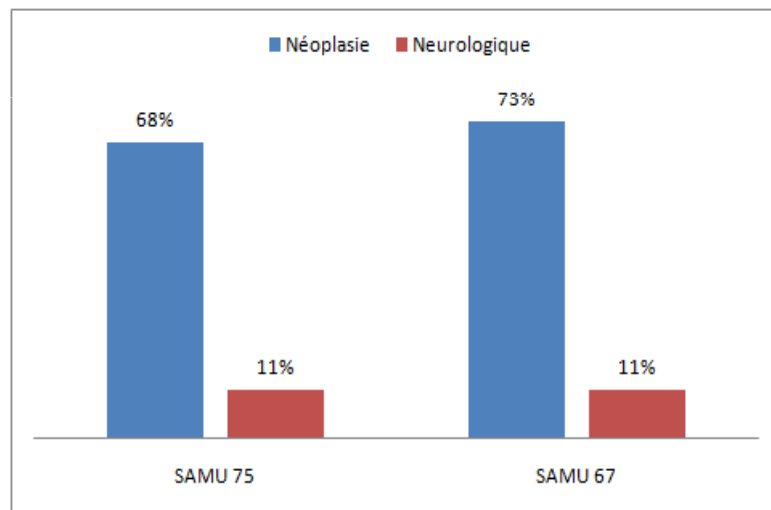
# Fin de vie et SAMU (1)

---

- *« Patients en fin de vie à domicile et appel au SAMU de Paris » C Chastre et col JEUR 2000 , 13, 205-10*
- Etude prospective sur 1 an
  - *Prise en charge et devenir*
  - *Cause d'appel, condition de prise en charge, hospitalisation*
  - *202 patients*
- Résultats :
  - *26% des SMUR envoyés du fait du manque d'informations du patient et de son entourage*

## Fin de vie et SAMU (2)

- Etude au SAMU 75 (Dr A.Couzineau, 1996)
- Étude de dossiers du SAMU 67 de 1998 à 2005



*Effectifs d'étude non connus*

# Décès dans les établissements de soins (1)

- Actuellement (1) :
  - 75 a 85 % des décès ont lieu dans un établissement de sante, le plus souvent après plusieurs jours de soins
  - 7,5 % de ces décès surviennent aux urgences
- PACA (fichier RSA 2009 - 6 mois) :

Nombre établissement	113
Nb RSA 2009	1 115 700
Nb Décès	12 107
Durée	6 mois

1,09 % des patients hospitalisés

(1) *Fin de vie et soins palliatifs : missions des services d'urgences La fin de vie et des soins palliatifs ne sont pas une mission des services d'urgences hospitalieres -Journal Européen des Urgences, Volume 17, Issue 3, Part 2, September 2004, Pages 294-298 J.-L. Lejonc*

# Décès dans les établissements de soins (2)

Mode d'entrée	Nombre
Domicile	10671
Mutation interne	135
Transfert	1301
<b>Total général</b>	<b>12107</b>

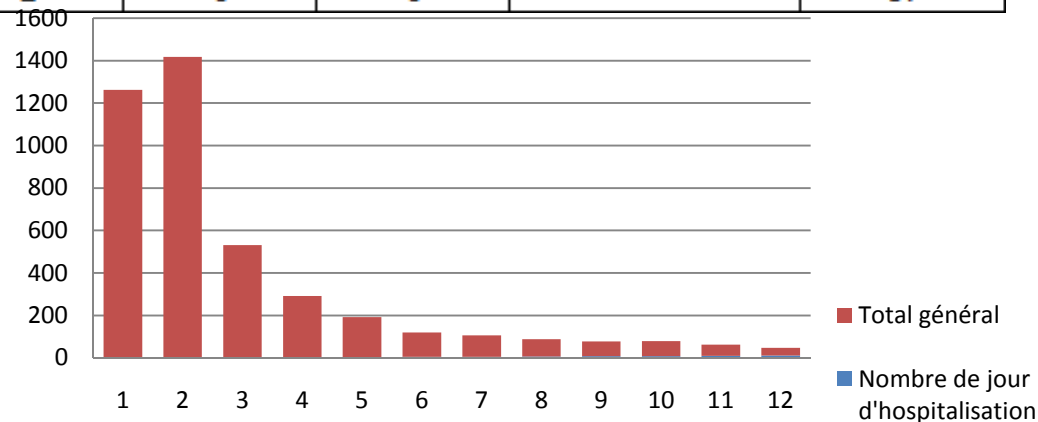
**PACA 113 établissements  
(fichier RSA 2009 - 6 mois)  
Données incomplètes**

Type d'unité ou intervient le décès	Nombre de type_um
Réanimation	1334
Soins Intensifs	463
Soins Palliatifs	296
Surveillance Continue	389
Unité de court séjour gériatrique hors hospitalisation de jour	101
Zone de surveillance de courte durée	2254
<b>Total général</b>	<b>4837</b>

*RSA 2009 PACA 113 Etablissements – 6 mois*

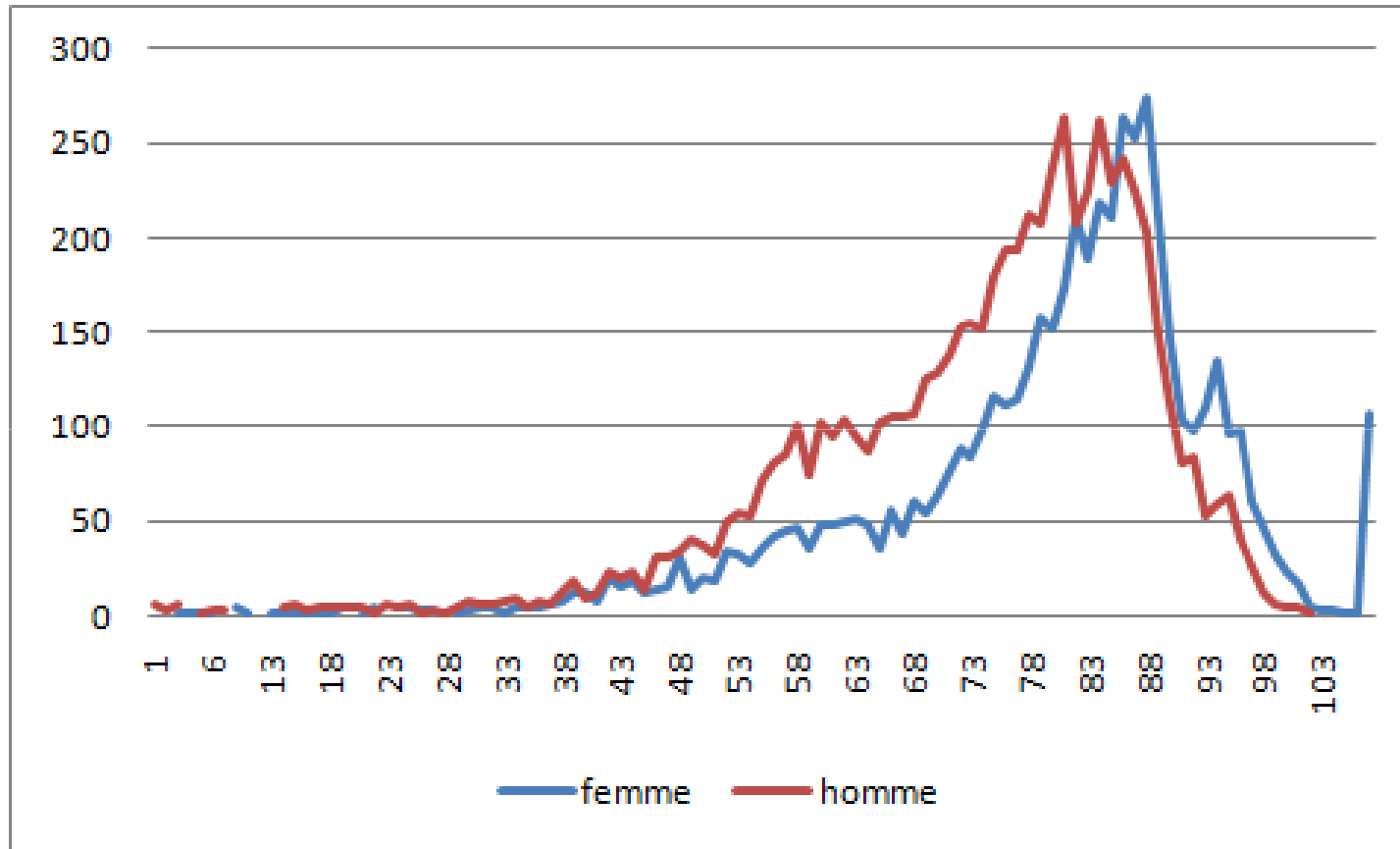
# Jours d'hospitalisation, service et décès ?

Nombre de jour d'hospitalisation	Réanimation	Soins Intensifs	Soins Palliatifs	Surveillance Continue	Zone de surveillance de courte durée	Total général
0	225	87	5	39	906	1262
1	274	91	18	91	942	1416
2	159	62	17	59	232	529
3	95	54	21	35	84	289
4	64	41	17	24	42	188
5	41	27	9	21	17	115
6	35	20	19	13	13	100
7	34	16	12	14	5	81
8	36	7	8	10	9	70
9	35	9	14	9	3	70
10	18	6	18	11		53
11	23	2	6	6		37



RSA 2009 PACA 113  
Etablissements – 6 mois

# Age de décès dans les établissements de santé



RSA 2009 PACA 113  
Etablissements – 6 mois

# Décès aux urgences

---

- USA : **0.3%** (National Center for Health Stats 1995)
- Etude multicentrique (Roupie et col, SRLF)
  - 54 centres, recueil pendant 1 mois (Avril 1997)
  - Décès : **0.2%** des passages
- Etude rétrospective (Nantes, 2002) : 92 patients en 3 mois (**0.5%**)
- Olsen JC, Bueneffe ML, Falco W. Death in the emergency department Ann Emerg Med 1998; 31 : 758-65 Incidence **0.3%**
- Cummings P. Cause of death in an emergency department; Am J Emerg 1990;8 : 379-84 : Incidence **0.4%** (suivi de six ans)
- Augmentation de **33,5%** des décès aux urgences de 2001 à 2002  
Blimle V, Houot-Maire V, Niziolek D, M de Talancé, Boulanger B, Durin L, Gérard D. Le décès aux urgences : vers une nouvelle spécificité. JEUR, Urgences 2003

# Décès aux urgences en région PACA

---

- Données de 22 SAU de la région PACA
- Année 2009
- 530.000 séjours

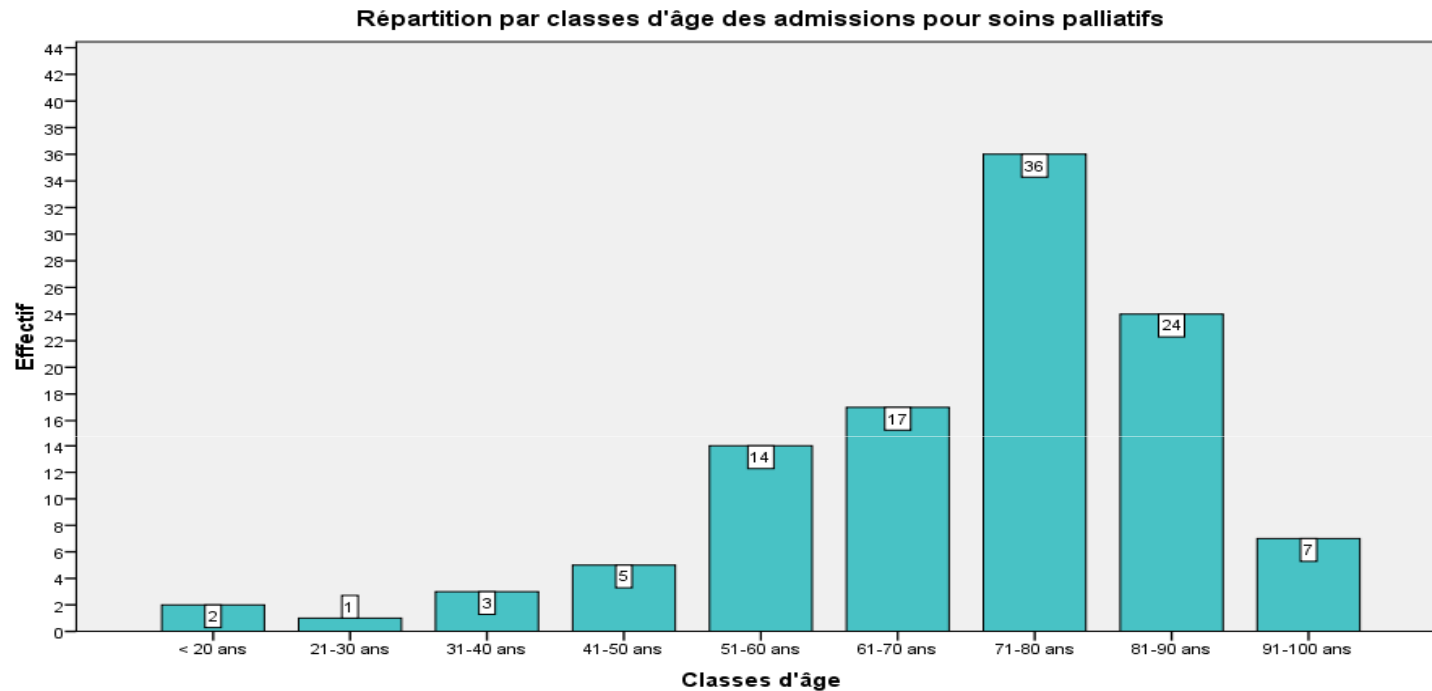
Passages	Décès	Taux
531 021	637	0,12%

- Biais d'interprétation lié au niveau de gravité du recrutement des services d'urgences.

Source « terminal des urgences » 2009



# Age moyen des décès aux urgences PACA



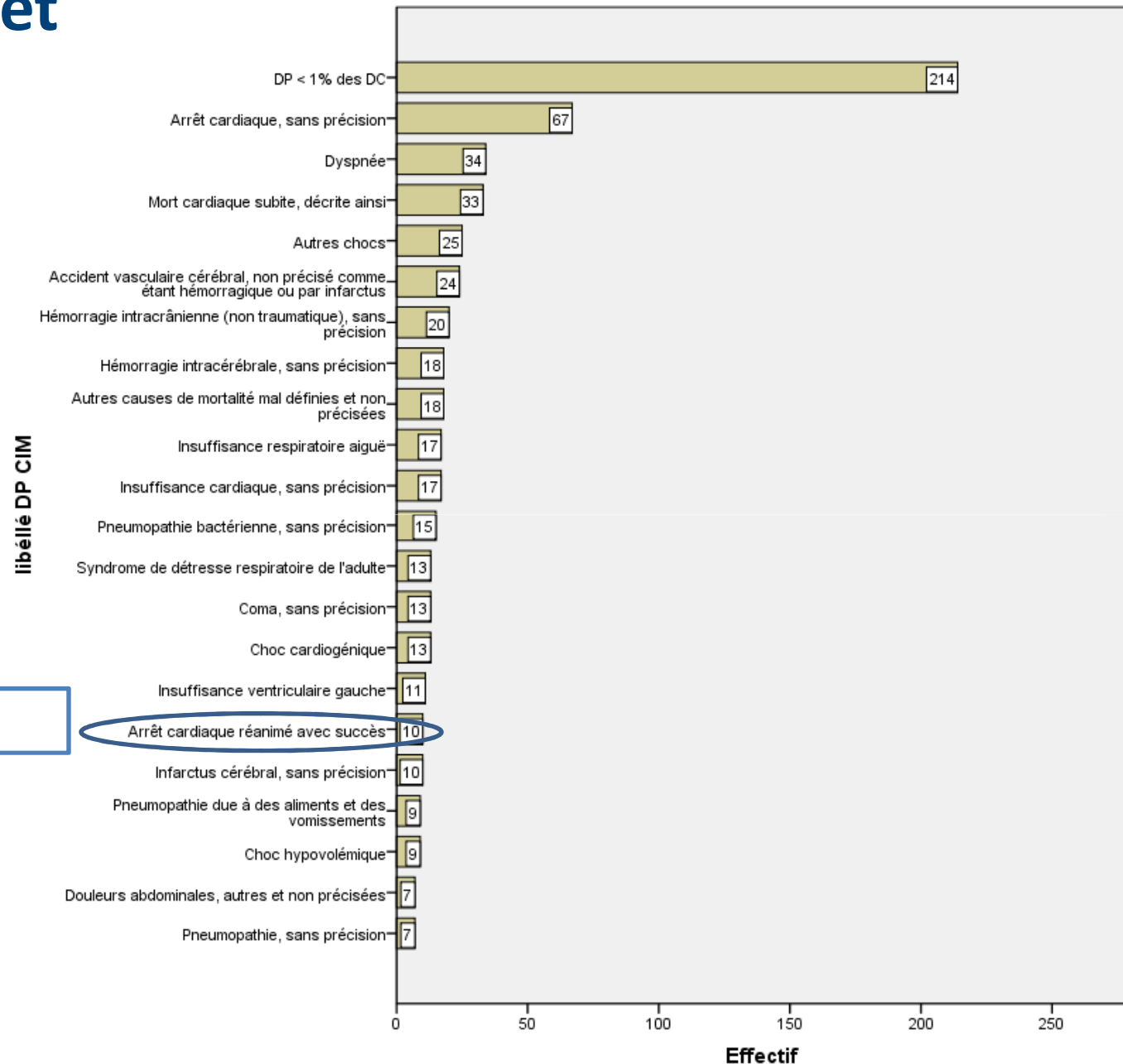
72 ans (PACA 2009)

- 72 ans (Tardy),
- 75.2 ans (Roupie)
- 77 ans (Le Conte)

Source « terminal des urgences » 2009

# Diagnostiques et décès aux urgences en PACA

Diagnostic principal des patients décédés aux urgences.



**Imprécis ou faux !**

Source « terminal des urgences » 2009

# Contexte de soins palliatifs aux urgences

- 22 SAU PACA
  - 115 séjours codés soins palliatifs (code CIM 10 : Z51.5).
  - 2,3/10.000 passages.

SAU	Effectifs
APHM	12
Arles	12
Brignoles	2
Cannes	12
Carpentras	3
Digne	9
Draguignan	9
Grasse	9
Hyères	8
Martigues	11
Orange	4
Pertuis	6
Salon	8
St_Raphael	7
St_Tropez	3
Total	115

Source « terminal des urgences » 2009

# Limitation des soins aux urgences

---

- Décisions de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives (LATA)
- Etude multicentrique (Roupie et col, SRLF)
  - LATA : 63% des décès
    - *Abstention de soins* 44%
    - *Arrêt soins actifs* 56%
  - Décision
    - *Urgentiste seul* : 60%
    - *Urgentiste et autre médecin* : 40%
    - *Famille informée* : 73%
    - *Famille impliquée* 9%
- Pour Conte (PHRC NATIONAL « MORT AUX URGENCES » )
  - LATA : 80% des décès

## Quels indicateurs pour évaluer l'impact de la prise en charge de la fin de vie aux urgences ?

Indicateurs	Collecte	Limites
Nombre de décès/passage	SRVA – informatique des urgences	facile
Nombre de décès urgences, UHCD et établissement	Idem + fichier rsa régionaux	Chiffre connu à année + 6mois
Diagnostic cause du décès	Informatique des urgences	Non fiable – prévoir un <b>thésaurus spécifique des causes de décès</b>
Décès et limitation de soins	Questionnaire / décès	Observance - -
Type de décès (non attendus ...)	Informatique des urgences	<b>Thésaurus de type de décès</b>
Temps de passage aux urgences et décès	Informatique des urgences	Fiabilité incertaine
Nombre de professionnels par patient au moment du décès	Informatique des urgences	<b>À évaluer</b>

## Quels indicateurs pour évaluer l'impact de la prise en charge de la fin de vie aux Urgences ?

Indicateurs	Collecte	Limites
Nombre intervention EMSP	Informatique emsp	Collecte hasardeuse
Codes « soins palliatifs »	Informatique urgences	Non fiable
Refus de réanimation	Registre – informatique	Exhaustivité – relationnel difficile
Nombre de patients signalés par les emsp, réseaux et médecins traitant	Signalement régional	À venir – à évaluer
Indicateurs de « LATA »	Etudes ponctuelles- registre	Observance

## Quels indicateurs pour évaluer l'impact de la prise en charge de la fin de vie aux SMUR ?

Indicateurs	Collecte	Limites
Nombre de décès (régionaux et par équipe)	informatique des SMUR	Applicatif régional
Décès sans réanimation	Thésaurus type de décès	
Diagnostic décès	Idem urgences	
Nombre de « laissé sur place » + soins palliatifs ou LATA	informatique des SMUR	Applicatif régional
Même indicateurs qu'aux urgences		

## Quels indicateurs pour évaluer l'impact de la prise en charge de la fin de vie aux SAMU ?

Indicateurs	Collecte	Limites
Nombre de patients signalés et nombre de patients détectés par le signalement	Signalement régional	À venir – à évaluer
Nombre d'appel pour fin de vie identifiés dès l'appel	Informatique des SAMU	Qualité du codage incertaine



# Conclusions

---

- **Améliorer** les données épidémiologiques qui sont actuellement insuffisantes,
- **Anticiper** l'admission des patients de soins palliatifs et de situation de LATA:
- Trouver des indicateurs de la prise en charge de ses patients :
  - décrivant la qualité des organisations,
  - permettant de les améliorer.

**MERCI**