



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ , NANCY 1  
2003

Double. A  
FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

N° 117 . 105948



## THESE

pour obtenir le grade de

## DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement  
dans le cadre du troisieme cycle de Médecine Générale

par

**Didier EVRARD**

Le 03 octobre 2003

## LA MORT AUX URGENCES

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D 007 216884 5

Examineurs de la Thèse :

M. LAMBERT Henri

Professeur

Président

M. PIERSON Michel

Professeur

Juge

M. PITTI Raphaël

Professeur

Juge

M. ROTHMANN Christophe

Docteur en Médecine, Praticien Hospitalier

Juge





## THESE

pour obtenir le grade de

## DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement  
dans le cadre du troisieme cycle de Médecine Générale

par

**Didier EVRARD**

Le 03 octobre 2003

## LA MORT AUX URGENCES

Examineurs de la Thèse :

M. LAMBERT Henri	Professeur	Président
M. PIERSON Michel	Professeur	Juge
M. PITTI Raphaël	Professeur	Juge
M. ROTHMANN Christophe	Docteur en Médecine, Praticien Hospitalier	Juge

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

-----  
**Président de l'Université : Professeur Claude BURLET**

**Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER**

**Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE**

**Assesseurs**

du 1<sup>er</sup> Cycle :

du 2<sup>ème</sup> Cycle :

du 3<sup>ème</sup> Cycle :

de la Vie Facultaire :

**Mme le Docteur Chantal KOHLER**

**Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**

**Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI**

**Mr le Professeur Bruno LEHEUP**

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Jacques ROLAND

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Henri HEPNER – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU

Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT – Michel WEBER

=====  
**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -  
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

-----  
**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cytologie et histologie)**

Professeur Bernard FOLIGUET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

-----  
**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)**

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT - Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM - Professeur Jacques FELBLINGER

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)**

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Physiologie*)**

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Biologie cellulaire*)**

Professeur Claude BURLET

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Nutrition*)**

Professeur Olivier ZIEGLER

-----

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)**

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIOWSKI

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)**

Professeur Bernard FORTIER

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)**

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

-----

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)**

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine et santé au travail*)**

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)**

Professeur Henry COUDANE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)**

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUSSON

-----

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)**

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)**

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Immunologie*)**

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Génétique*)**

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)**

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Réanimation médicale*)**

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)**

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Thérapeutique*)**

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

-----

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes)**

Professeur Jean-Pierre KAHN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie)**

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean-Marie ANDRE

-----

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)**

Professeur François DAP

-----

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie)**

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Professeur Gérard FIEVE

-----

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)**

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie digestive)**

-

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

-----

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne)**

Professeur Francis PENIN – Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,  
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Pierre MONIN  
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)**

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)**

Professeur Hubert GERARD

-----

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Ophtalmologie)**

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

-----

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeur Daniel BURNEL

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cytologie et histologie)**

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

-----

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

-----



**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Nutrition)**

Docteur Didier QUILLIOT

-----

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)**

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Parasitologie et mycologie)**

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CÔNET-AUDONNEAU

-----

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Docteur François ALLA

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication (type biologique))**

Docteur Pierre GILLOIS

-----

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Docteur François SCHOONEMAN

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Docteur Marie-Nathalie SARDA

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Docteur Christophe PHILIPPE

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)**

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)**

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,  
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)**

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

-----

**19<sup>ème</sup> section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE**

Madame Michèle BAUMANN

-----

**32<sup>ème</sup> section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE**

Monsieur Jean-Claude RAFT

-----

**40<sup>ème</sup> section : SCIENCES DU MÉDICAMENT**  
Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

-----

**60<sup>ème</sup> section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**  
Monsieur Alain DURAND

-----

**64<sup>ème</sup> section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**  
Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

-----

**65<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE CELLULAIRE**  
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD  
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

-----

**67<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE**  
Madame Nadine MUSSE

-----

**68<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE DES ORGANISMES**  
Madame Tao XU-JIANG

=====

### **MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

#### **Médecine Générale**

Docteur Alain AUBREGE  
Docteur Francis RAPHAEL

=====

### **PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel BOULANGE  
Professeur Alain LARCAN - Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE  
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT  
Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Paul VERT – Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT  
Professeur Philippe CANTON – Professeur Henri HEPNER – Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Gilbert THIBAUT

=====

### **DOCTEURS HONORIS CAUSA**

Professeur Norman SHUMWAY (1972)  
*Université de Stanford, Californie (U.S.A)*  
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)  
*Université Catholique, Louvain (Belgique)*  
Professeur Charles A. BERRY (1982)  
*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*  
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)  
*Brown University, Providence (U.S.A)*  
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)  
*Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)*  
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)  
*Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)*  
Harry J. BUNCKE (1989)  
*Université de Californie, San Francisco (U.S.A)*

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)  
*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*  
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)  
*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*  
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)  
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*  
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)  
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*  
Professeur James STEICHEN (1997)  
*Université d'Indianapolis (U.S.A)*  
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)  
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des  
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

*A notre Maître et Président de thèse,*

*Monsieur le Professeur Henri LAMBERT,  
Professeur de Réanimation Médicale,  
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques,*

*Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider cette thèse. Nous avons eu le plaisir de pratiquer la médecine d'urgence sous votre direction et de bénéficier de vos enseignements.*

*Soyez assuré de notre respectueuse reconnaissance.*

*A notre Juge,*

*Monsieur le Professeur Michel PIERSON,*

*Professeur Emérite de Génétique,*

*Chevalier dans l'Ordre National de la Légion d'Honneur,*

*Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques,*

*Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans notre jury de thèse,*

*Veillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.*

*A notre Juge,*

*Monsieur le Professeur Raphaël PITTI ,  
Professeur Agrégé du Val de Grâce,  
Professeur d'Oxyologie,*

*Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans notre jury de thèse,*

*Veillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.*

*A notre Juge,*

*Monsieur le Docteur Christophe ROTHMANN,  
Praticien Hospitalier,*

*Vous êtes à l'origine de ce travail et le directeur de sa conception.*

*Pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans notre jury de thèse,*

*Veillez trouver ici notre admiration devant votre disponibilité, votre professionnalisme et  
votre Foi.*

***A ma Mère,***

***A mon Père,***

*Reçois ici le témoin de mon plus profond respect devant ton soutien permanent, ta confiance et ta justesse, sources de mon éducation.*

*Je te dédie cette thèse, puisse t-elle t'apporter Bonheur éternel.*

***A Valérie,***

*Ton soutien, ton écoute, ta compréhension, ta patience, font de toi ma ligne de vie. Ce travail accompli en est le témoin.*

***A mon Frère,***

*Ta joie, ta fougue, tes éclats illuminent ma vie.*

*Sois certain de mon soutien permanent.*

***A ma Sœur, Olivier, Louis, Mathis et Elise,***

*En témoignage de ma plus grande affection.*

***A mes Grands-parents,***

*Pour votre confiance et votre soutien permanent.*

***A Martine, Bernard, Christelle et David,***

*Pour votre aide et votre disponibilité.*

*A Madame le Docteur Estella PORET,*

*A Monsieur le Docteur Philippe TRECHOT,*

*A l'ensemble du personnel médical et para-médical présent et passé,*

*Mention spéciale aux docteurs Rothmann, Streiff, Boillat, Weiss, Zemmouche, Saidou, Gillet, Gonthier, Niziolek, Viard, Muller, Huot-Maire, Frey, Pittet, Ruschel et Rouchiche, à Marie-Hélène, Carmélina, Céline, Maryline, Christine, Brigitte, Véro, Christelle, Marie-Josée, José, Patricia, Loïc, Arnaud, j'en oublie, c'est sûr.*

*A Florient, Grizby, Ban et à leur Familles,*

*A nos grands moments passés et à venir.*

*A Fabrice, Gilles, Buck, Nap, Fred, Dav, Dan, Julie, Mimi et à leur famille,*

*Que la Force soit avec vous.*

*A Eric et Jean-Louis,*

*Pour leurs nouvelles fraîches.*

*A Claire,*

*Pour ton Esprit.*

*A mes entraîneurs successifs, Bernard VERY, Jean-Paul KRUMBHOLZ, Michel GODARD, Sylvain BROSSE, Jean-Pierre LEPOINTE, Sandor RAC, Dragan MAJSTROJOVIC et Marc BERGED.*

*A Franck, Hervé, Jess, Croq, Jérôme, Dragan, Gaby, Did, Fruch, Yérime, Papy, Gougouil, Bolive, Alex, Clairon, Babar, Toto, Makhlouf, Maudit, Luc, Boris, Gueu, Fiston, Benoit, Jacek, Rod, Ouin-Ouin, Conti, Max, Lolotte, Manue, Séverine, Du 1, Du 2, Lionel, Anouk, Yohann, Stan, Sim, les Lions, Jocelyn, Fabien et Seb, Aude, Audrey, Fefe, Jo et Fred, Toto et cath, Pierro et Delphine, Héloïse, Betty, Jacques, Mimi et Romu, Babeth et Vincent, Philippe, Pascal et mes copains chasseurs, Bernadette et Antoine, à tous mes amis... .*

*A Jean-Marc.*



## SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

# **SOMMAIRE**

<b>INTRODUCTION</b>	<b>21</b>
<b>PREMIERE PARTIE : ASPECTS THEORIQUES</b>	<b>23</b>
1. DEFINITIONS	24
1.1 LA MORT	24
1.1.1 Encyclopédique	24
1.1.2 Légale et clinique	24
1.1.2.1 Diagnostic clinique de la mort	25
1.1.2.1.1 Signes négatifs de vie	25
1.1.2.1.2 Signes positifs de mort	25
1.1.2.2 La mort encéphalique	25
1.2 L'URGENCE	27
1.2.1 Encyclopédique	27
1.2.2 Les services d'urgences en France	27
2. L'HOMME ET LA MORT	28
2.1 HISTORIQUE DES ATTITUDES ET COMPORTEMENTS FACE A LA MORT	28
2.2 RITES ET PRATIQUES RELIGIEUSES	29
2.2.1 Définition	29
2.2.2 Pratiques exposées	30
2.2.3 Les rites	31
2.2.3.1 Catholique romain	31
2.2.3.1.1 Signification de la mort	31
2.2.3.1.2 Rite du passage de vie à trépas	31
2.2.3.1.3 Rite des funérailles	31
2.2.3.1.4 Attitude face à l'autopsie et au prélèvement de tissus et d'organes	31
2.2.3.2 Protestant	31
2.2.3.2.1 Signification de la mort	31
2.2.3.2.2 Rite du passage de vie à trépas	32
2.2.3.2.3 Rite des funérailles	32
2.2.3.2.4 Attitude face à l'autopsie et au prélèvement de tissus et d'organes	32

2.2.3.3	Orthodoxe grec ou russe	32
2.2.3.3.1	Signification de la mort	32
2.2.3.3.2	Rite du passage de vie à trépas	32
2.2.3.3.3	Rite des funérailles	32
2.2.3.3.4	Attitude face à l'autopsie et au prélèvement de tissus et d'organes	32
2.2.3.4	Témoins de Jéhovah	32
2.2.3.4.1	Signification de la mort	32
2.2.3.4.2	Rite du passage de vie à trépas	32
2.2.3.4.3	Rite des funérailles	33
2.2.3.4.4	Attitude face à l'autopsie et au prélèvement de tissus et d'organes	33
2.2.3.5	Israélite	33
2.2.3.5.1	Signification de la mort	33
2.2.3.5.2	Rite du passage de vie à trépas	33
2.2.3.5.3	Rite des funérailles	33
2.2.3.5.4	Attitude face à l'autopsie et au prélèvement de tissus et d'organes	33
2.2.3.6	Musulman	34
2.2.3.6.1	Signification de la mort	34
2.2.3.6.2	Rite du passage de vie à trépas	34
2.2.3.6.3	Rite des funérailles	34
2.2.3.6.4	Attitude face à l'autopsie et au prélèvement de tissus et d'organes	34
3.	LA MEDECINE D'URGENCE ET LA MORT	34
3.1	ETHIQUE MEDICALE	35
3.2	ASPECTS MEDICO-LEGAUX DE LA MORT AU SERVICE DES URGENCES	37
3.2.1	Dispositions légales et réglementaires générales	37
3.2.1.1	Certificat de décès	37
3.2.1.2	Déclaration de décès	37
3.2.1.3	Constat de mort	37
3.2.2	Cas particuliers	38
3.2.2.1	Mort violente ou suspecte	38
3.2.2.2	Maladies suspectes	38
3.2.2.3	Décès entraînant des ouvertures de droits (assurance maladie, pension militaire)	38
3.2.2.4	Patients non identifiés	38

3.2.3	Responsabilité médicale dans la prise en charge des urgences vitales	39
3.3	PRISE EN CHARGE DES PROCHES APRES UN DECES AU SERVICE DES URGENCES	40
3.4	PRELEVEMENTS DE TISSUS DANS LE CADRE DE L'URGENCE	41
3.4.1	Critères de sélection des donneurs	42
3.4.2	Présence et abord des familles	43
3.4.3	Prélèvements de tissus dans les services d'urgence	43
	<b>DEUXIEME PARTIE : ETUDE STATISTIQUE</b>	<b>45</b>
1.	MATERIEL ET METHODE	46
2.	RESULTATS	47
2.1	EPIDEMIOLOGIE GENERALE	47
2.1.1	Fréquence	47
2.1.2	Décès par tranches d'âges	48
2.1.3	Décès par pathologies	51
2.1.4	Décès par intervalles de temps de passage	52
2.1.5	Sex ratio	53
2.1.5.1	Sex ratio global	53
2.1.5.2	Sex ratio par tranches d'âges	53
2.1.5.3	Sex ratio par pathologies	54
2.1.6	Age moyen	55
2.2	ARRIVEE AU SERVICE DES URGENCES	56
2.2.1	Décès par pathologies et par années	56
2.2.2	Heures d'arrivée	56
2.2.3	Origine des patients	57
2.2.4	Origine de l'orientation des patients au service des urgences	57
2.2.4.1	Par tranches d'âges	58
2.2.4.2	Par pathologies	59
2.2.5	Modes d'arrivée des patients au service des urgences	60
2.2.5.1	Répartition globale du mode d'arrivée	60
2.2.5.2	Par pathologies	61
2.2.5.3	Par tranches d'âges	65

2.3	DUREE MOYENNE DE SEJOUR	66
2.3.1	Par tranches d'âges	66
2.3.2	Par pathologies	67
2.4	LIEUX DE DECES	69
2.4.1	Secteur pré hospitalier	69
2.4.2	Service d'Accueil des Urgences	69
2.4.3	Unité d'hospitalisation de Courte Durée	71
2.4.4	Lieux de décès par tranches d'âges	75
2.4.5	Lieux de décès par pathologies	76
2.5	ETUDE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE	77
2.5.1	Antécédents	78
2.5.2	Constantes à l'admission	78
2.5.2.1	Score de Glasgow	78
2.5.2.2	Tension Artérielle Systolique	80
2.5.2.3	Fréquence cardiaque	80
2.5.2.4	Fréquence respiratoire	80
2.5.2.5	Saturation pulsée en oxygène	80
2.5.2.6	Manœuvres de réanimation	80
2.5.2.6.1	Secteur pré hospitalier	81
2.5.2.6.2	Service d'Accueil des Urgences	82
2.5.2.6.3	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée	83
2.5.2.6.4	Manœuvres de réanimation par tranches d'âges	84
2.5.2.6.5	Manœuvres de réanimation par pathologies	89
2.6	ETUDE SYNTHETIQUE DE LA POPULATION AGEE	90
2.6.1	Modes d'arrivée au service des urgences et origines des patients	90
2.6.2	Antécédents	90
2.6.3	Etat de conscience à l'arrivée au service des urgences	90
2.6.4	Manœuvres de réanimation	91
2.6.5	Etiologies des décès	91
2.6.6	Durée moyenne de séjour	91
2.6.7	Lieux de décès	91
2.7	ETUDE SYNTHETIQUE DE LA POPULATION CLASSEE EN FIN DE VIE	92
2.7.1	Modes d'arrivée au service des urgences et origines des patients	92

2.7.2	Antécédents	92
2.7.3	Etat de conscience à l'arrivée au service des urgences	92
2.7.4	Mancœuvres de réanimation	92
2.7.5	Durée moyenne de séjour	93
2.7.6	Lieux de décès	93
<b>TROISIEME PARTIE : DISCUSSION</b>		<b>94</b>
1.	CRITIQUE DE LA METHODE	95
2.	ANALYSE DES RESULTATS - DISCUSSION	96
<b>CONCLUSION</b>		<b>104</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>		<b>106</b>

# **INTRODUCTION**



La prise en charge des urgences est une priorité de santé publique dans notre pays.

Le développement récent de la médecine d'urgence pré-hospitalière et hospitalière permet la prise en charge précoce et efficace de toutes les détresses vitales, repoussant ainsi la frontière entre la vie et la mort.

Le médecin des urgences est alors au centre de décisions cruciales concernant la gestion de cette situation.

Un tel constat a conduit à l'élaboration de ce travail qui présente 3 parties.

La première partie aborde les rapports « théoriques » liant l'Homme et la médecine d'urgence à la mort, au travers de définitions, conduites et pratiques.

La deuxième partie est une étude statistique rétrospective sur une population de 227 patients déclarés décédés au service d'accueil des urgences de Metz.

La troisième partie consiste en l'analyse des résultats de notre étude, compte-tenu des conduites récentes retrouvées dans la littérature à propos de la détresse vitale et du mourant admis aux urgences.



**PREMIERE PARTIE :**  
**ASPECTS**  
**THEORIQUES**

## **1. DEFINITIONS**

### **1.1. LA MORT**

#### **1.1.1. Encyclopédique**

La définition première [7] de la mort est la fin de la vie. Cependant, la difficulté à définir la vie explique toute la complexité d'en identifier sa fin. Discuter de la mort amène à s'interroger sur des notions telles que le temps, la fonction, l'espèce, l'émoi. La mort qui nous intéresse dans ce travail est celle de l'individu. Elle ne représente pas la fin de la vie mais la fin d'une vie, la cessation définitive de ses fonctions corporelles.

Du point de vue biologique, la mort représente la cessation définitive des fonctions biologiques. Il s'agit alors de phénomènes progressifs, ne correspondant pas à la mort de l'individu. Ceci explique la possibilité de prélèvements de tissus viables, pouvant être réalisés jusqu'à 24 heures après le moment du décès.

La mort est également définie comme l'ensemble des circonstances qui accompagnent la fin de la vie. Elle représente alors la manière de mourir, la mort vue par le mourant. Elle est parfois identifiée à une souffrance intense, extrêmement vive, à un désarroi, au désespoir : « souffrir mille morts », « avoir la mort dans l'âme ».

Pour le mourant, la mort représente la fin de sa vie. Elle devient alors pour le survivant, le début d'une nouvelle vie marquée par l'extinction, la destruction, la disparition du défunt.

#### **1.1.2. Légale et clinique**

L'évolution de la biotechnologie et de la médecine est à l'origine de déplacements progressifs de repères essentiels de notre existence comme la mort.

En 1800, Bichat [13] dissocie déjà les fonctions animales et motrices nécessitant un bon fonctionnement cérébral, des fonctions organiques qui persistent malgré de grandes lésions cérébrales. La mort clinique reste toutefois en ce temps le moment de l'arrêt cardiaque.

C'est au milieu du 20<sup>ème</sup> siècle que de nouvelles techniques (ventilation artificielle, corrections des troubles hydro électrolytiques et circulatoires) modifient la

frontière entre la vie et la mort. La mort clinique n'est plus un instant précis, mais une période plus ou moins longue durant laquelle le fonctionnement des organes est assuré de manière artificielle. Il devient alors nécessaire de déterminer, avec la plus grande précision, le moment de la « mort cérébrale », distinguant les patients décédés à cœur arrêté des patients décédés à cœur battant.

#### **1.1.2.1. Diagnostic clinique de mort**

Il correspond au constat clinique d'un patient décédé à cœur arrêté, et repose sur différents signes cliniques.

##### **1.1.2.1.1. Signes négatifs de vie**

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

##### **1.1.2.1.2. Signes positifs de mort**

Le médecin des urgences est peu confronté aux signes positifs de mort, lesquels sont tardifs (refroidissement et rigidité cadavérique, lividités, putréfaction).

#### **1.1.2.2. La mort encéphalique**

La définition actuelle légale de la mort prend ses sources dans la notion de mort cérébrale, précisée par l'arrêt du Conseil d'Etat du 2 juillet 1993, plus connu sous le nom d'arrêt MILHAUD.

La mort encéphalique résulte de l'arrêt de la circulation sanguine dans le cerveau et le tronc cérébral. Cet arrêt circulatoire cérébro-bulbaire conduit à la destruction irréversible de la substance blanche et de la substance grise. Ces lésions se traduisent alors par la disparition des fonctions commandées par ces structures.

La persistance, pendant quelques heures, de l'activité cardiaque en cas de mort encéphalique traduit le fait que le cœur possède un automatisme et conduit à la notion de patient décédé à cœur battant.

Les signes cliniques en rapport avec cet arrêt circulatoire cérébral doivent être recherchés lorsque le malade est stable sur le plan hémodynamique et réchauffé. En effet, l'hypothermie, entre autre, peut donner un tableau clinique quasi identique à celui de la mort encéphalique.

Les signes cliniques à rechercher sont :

- un coma profond aréactif et hypotonique
- l'absence de tout mouvement déclenché par des stimuli douloureux
- l'absence de réaction lors des stimulations des paires crâniennes, avec abolition des réflexes :
  - ✓ photo-moteur
  - ✓ naso-palpébral
  - ✓ cilio-spinal
  - ✓ cornéen
  - ✓ vestibulo-oculaire horizontal
  - ✓ oculo-cardiaque
  - ✓ tussique

Cette notion de mort cérébrale est aujourd'hui expressément définie dans un Décret du 2 décembre 1996, relatif au constat de la mort préalable au prélèvement d'organes de tissus et des cellules à des fins thérapeutiques ou scientifiques.

Le code de la santé publique (CSP), qui reprend les dispositions de ce décret en son article 671, dispose :

▪ Article 671-7-1 du CSP :

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

- Absence totale de conscience et d'activité motrice spontanée
- Abolition de tous les réflexes du tronc
- Absence totale de ventilation spontanée

▪ Article 671-7-2 du CSP :

Si la personne, dont le décès est constaté cliniquement, est assistée par ventilation mécanique et conserve une fonction hémodynamique, l'absence de ventilation spontanée est vérifiée par une épreuve d'hypercapnie. De plus, en complément des trois critères cliniques mentionnés précédemment, il doit être recouru pour attester du caractère irréversible de la destruction encéphalique :

Soit à deux encéphalogrammes, nuls et aréactifs, effectués à un intervalle minimal de quatre heures, réalisés avec une amplification maximale sur une durée

d'enregistrement de trente minutes et dont le résultat doit être immédiatement consigné par le médecin qui en fait l'interprétation.

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

## **1.2. L'URGENCE**

### **1.2.1. Encyclopédique**

La première définition [8] du nom commun « urgence » renvoie à l'adjectif correspondant. Un acte est urgent, lorsque sa réalisation ne peut attendre, qu'elle doive être immédiate.

L'urgence médicale caractérise donc le patient nécessitant un traitement immédiat. Cette définition reste néanmoins très subjective.

Afin de définir au mieux cette notion d'urgence médicale, il est nécessaire de se projeter vers la situation initiale. Une situation peut être définie comme urgente, car ressentie comme telle par le patient. Elle devient urgence médicale, lorsqu'elle est ressentie comme telle par un médecin.

La terminologie S.A.U. (Service d'Accueil des Urgences) explique donc la diversité des consultations effectuées. Il s'agit d'un accueil d'urgences ressenties par la population. Les consultations sont indépendantes des acteurs de l'urgence médicale. Il s'agit donc d'un véritable service public, répondant à une demande de soins en constante augmentation.

### **1.2.2. Les services d'urgences en France**

Les services d'urgences en France sont répartis pour assurer une couverture optimale des besoins de la population.

La spécificité d'un service d'urgence public est la non-gestion du nombre de demande de soins en amont.

La situation géographique et les activités de soins relatifs à l'activité « accueil et traitement des urgences » sont définies régionalement par le schéma d'organisation sanitaire. [3]

Les établissements de santé sites d'urgences hospitalières sont :

- les Services d'Accueil et de traitement des Urgences (SAU)
- les Unités de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des urgences (UPATOU)
- les Pôles Spécialisés d'accueil des Urgences (POSU)

Certains établissements de santé adhérant au réseau des urgences mais non sites d'urgence, sont agréés à prendre en charge des patients pour des soins immédiats ou non programmés.

L'urgence pré hospitalière est assurée grâce aux Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

L'ensemble de ces structures est soumis à des normes opposables, définies par les textes réglementaires relatifs à l'urgence.

## 2. L'HOMME ET LA MORT

### 2.1. HISTORIQUE DES ATTITUDES ET COMPORTEMENTS FACE A LA MORT [9]

Des siècles durant, la mort est restée pour l'Homme à la fois familière, atténuée, indifférente. Les personnages célèbres des romans médiévaux meurent avertis. A Roncevaux, Roland « sent que la mort le prend tôt. De sa tête, elle descend vers le coeur ». Il sent que son temps est fini. Sachant sa fin prochaine, le mourant prend ses dispositions et accomplit des gestes dictés par les anciennes coutumes. Une fois disposé, le mourant peut réaliser les derniers actes du cérémonial traditionnel et public : complainte du regret de la vie, pardon des compagnons et prières permettent de reposer en paix en attendant la résurrection. C'est la *mort apprivoisée*, qui se réfère au premier millénaire.

Quand le principal intéressé ne s'aperçoit pas le premier de son sort, il revient à d'autres de l'avertir. Un document pontifical du Moyen Age en fait un devoir au médecin.

Au cours du haut Moyen-Age, le vécu de la mort prend une tournure plus dramatique, coïncidant avec la crainte du Jugement dernier. Le destin individuel du défunt dépend alors de sa propre existence ; l'âme n'accède à la vie éternelle qu'au prix d'épreuves et de purifications assurées par l'Eglise. Ce sens dramatique et personnel de la mort est désigné comme la *mort de soi*.

Au siècle du Romantisme, la mort est remarquable par l'attitude des survivants. C'est l'aspect pathétique et douloureux qui prédomine. La séparation est alors intolérable et il importe d'exprimer sa douleur devant la mort de l'autre, *la mort de toi*.

Plus on avance dans le temps, moins l'homme sent de lui-même sa mort prochaine, plus il faut l'y préparer et, par conséquent, plus il dépend de son entourage.

Au XVIIIème siècle, le médecin renonce au rôle qui fut le sien et c'est la famille qui prend ce soin. L'évolution croissante du sentiment familial et de l'individualisme amène le mourant à se reposer sur la parole de ses proches qui, à partir du XXème siècle, dissimulent la menace d'une mort prochaine. Les progrès de la médecine, de leur côté, substituent, dans la conscience de l'homme atteint, la mort par la maladie. On sait de moins en moins si la maladie grave est mortelle. Plus encore, si malgré tout le mourant a deviné, il fait semblant de ne pas savoir ; la bienséance exige qu'il reste discret et naturel. Le mourant devient alors privé du droit jadis essentiel de connaître sa mort, de la préparer, de l'organiser. La *mort inversée* est une rupture à laquelle on ne veut pas songer, qu'on espère repousser indéfiniment, et du moins subite et discrète. C'est ce parti pris d'éclipser et d'escamoter, qui caractérise aujourd'hui nos attitudes face à la mort.

## 2.2. RITES ET PRATIQUES RELIGIEUSES

### 2.2.1. Définition

Le rite est un cérémonial lié aux croyances, où le symbolique l'emporte sur le fonctionnel. C'est une façon d'administrer le sacré.

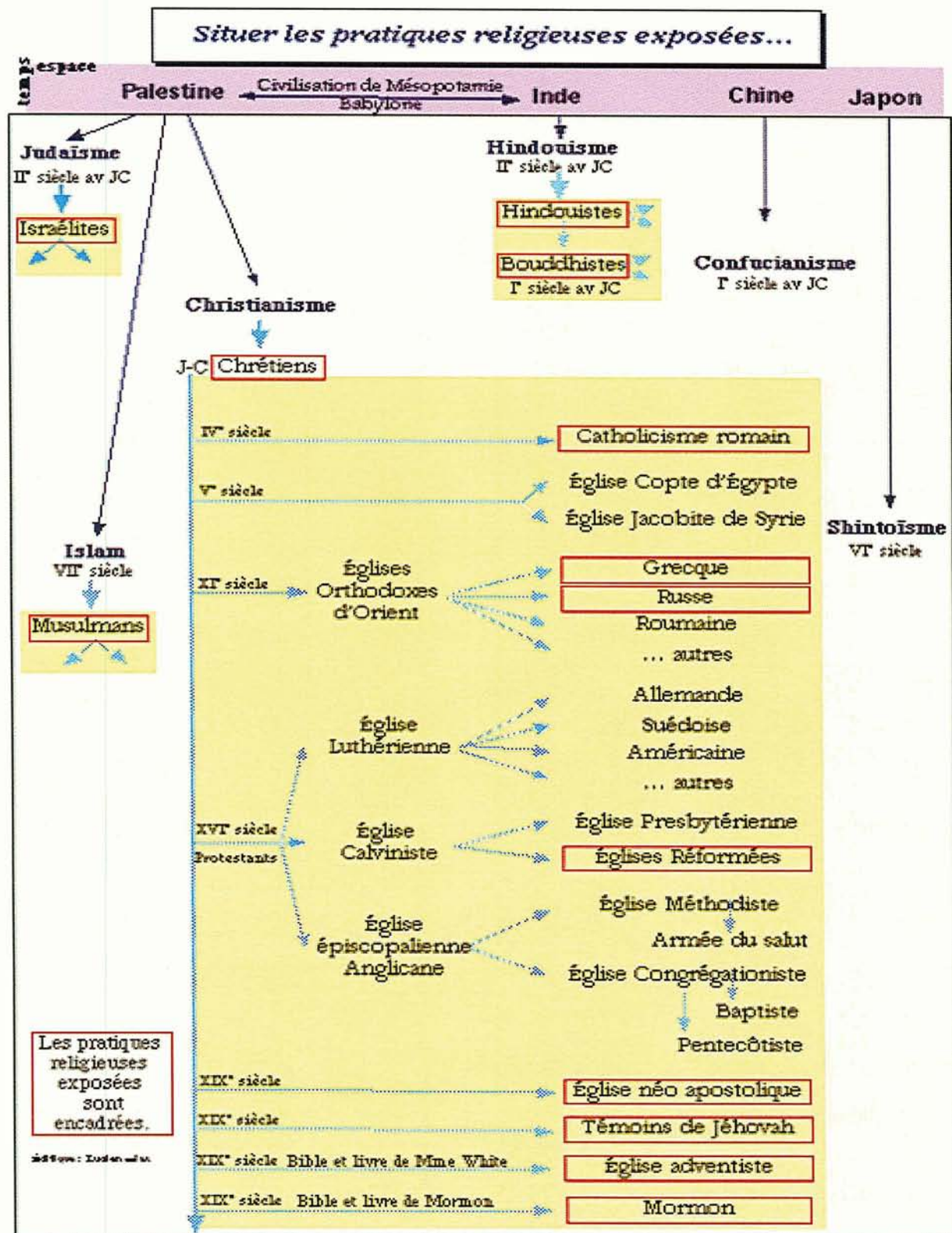
Le rituel a deux grandes fonctions :

- la fonction ontologique, qui se préoccupe de la destinée du défunt après sa mort. Elle se propose d'accompagner et de préparer ce voyage, pour que le passage soit réussi.
- la fonction thérapeutique, qui s'occupe des survivants, dans leur travail de deuil.

Aujourd'hui, le rituel est à rapprocher de la conception de la mort déniée. Les rites se simplifient ou disparaissent, tombent en panne de symbolique et se professionnalisent. La force de l'individualisme, la science et la technique, l'urbanisation, la société marchande, contribuent à une déritualisation croissante [64].



## 2.2.2. Pratiques exposées [58]



### **2.2.3. Les rites [58]**

Chaque pratique dicte ses rites.

Nous avons choisi d'exposer les rites de quelques confessions, en tant que connaissances utiles pour les soignants.

Elles sont présentées dans un ordre qui n'implique aucune échelle de valeur de notre part.

Nous énonçons, pour chacune d'elle, la signification de la mort, les rites du passage de la vie à trépas, les rites des funérailles et la position sur l'autopsie et les prélèvements d'organes.

#### **2.2.3.1. Catholique romain**

##### **2.2.3.1.1. Signification de la mort :**

Elle est l'entrée en plénitude de la vie nouvelle du royaume de Dieu. Chacun devient pleinement participant de la vie de Dieu.

##### **2.2.3.1.2. Rites du passage de vie à trépas :**

L'extrême onction est donnée dès que la personne se sent menacée par la maladie. On célèbre le viatique, qui représente la dernière participation sacramentelle au corps du Christ avant d'y être incorporé définitivement.

##### **2.2.3.1.3. Rites des funérailles :**

Quand cela est possible, les trois jours de veille avant inhumation sont respectés. Fleurs, bougies, et prières correspondent à ce qui se passe sur le plan spirituel : illumination et éclosion de l'âme dans le monde de l'esprit.

On aide ainsi le défunt à se détacher du matériel.

##### **2.2.3.1.4. Attitude face à l'autopsie et au prélèvement de tissus et d'organes :**

L'intégrité du corps, l'embaumement, sont des perspectives à la résurrection. Le respect de cette intégrité n'est pas incompatible avec le don d'organe.

#### **2.2.3.2. Protestant**

##### **2.2.3.2.1. Signification de la mort :**

Elle est l'espérance de vie éternelle, la découverte d'une plénitude nouvelle, le passage auprès de Dieu.

#### **2.2.3.2.2. Rites du passage de vie à trépas :**

L'accompagnement se fait à l'aide de lectures bibliques et de prières. Un proche du mourant peut faire fonction de pasteur.

#### **2.2.3.2.3. Rites des funérailles :**

Le culte des funérailles est destiné à l'accompagnement de la famille et des amis. Il est centré sur la prédication de l'Évangile qui donne promesse de Résurrection. Le défunt est enterré simplement, avec respect et lecture d'un verset de la Bible et de prières.

#### **2.2.3.2.4. Autopsie et prélèvements d'organes :**

Il n'existe pas d'obstacle en ce qui concerne la doctrine.

### **2.2.3.3. Orthodoxe grec ou russe**

#### **2.2.3.3.1. Signification de la mort :**

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

#### **2.2.3.3.2. Rites du passage de vie à trépas :**

La famille et le pope (prêtre) communient et prient pour le repos de l'âme. Après le décès, les bras sont croisés sur la poitrine.

#### **2.2.3.3.3. Rites des funérailles :**

Comme dans le catholicisme romain, fleurs bougies et prières correspondent à l'illumination et à l'éclosion de l'âme dans le monde de l'esprit.

#### **2.2.3.3.4. Autopsie et prélèvements d'organes :**

Ils sont à éviter selon la doctrine orthodoxe.

### **2.2.3.4. Témoins de Jéhovah**

#### **2.2.3.4.1. Signification de la mort :**

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

#### **2.2.3.4.2. Rite du passage de vie à trépas :**

Il n'existe pas de rite particulier.

#### **2.2.3.4.3. Rites des funérailles :**

La communauté prie et élabore des discours en la mémoire du défunt.

#### **2.2.3.4.4. Autopsie et prélèvements d'organes :**

Chacun est libre de décider selon sa conscience. Cependant, le refus est majoritaire.

#### **2.2.3.5. Israélite**

##### **2.2.3.5.1. Signification de la mort :**

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

##### **2.2.3.5.2. Rites du passage de vie à trépas :**

La famille avisée ne quitte pas le malade, même au moment de l'agonie, car l'âme qui quitte le corps au moment de la mort est pleine de douleur. Le malade est invité à se confesser, à demander pardon aux hommes et à Dieu, et à prononcer les paroles « que ma mort soit une expiation pour toutes mes fautes. » Toutes les parties du corps doivent être recouvertes.

Au moment du décès, les proches déchirent, en signe de deuil, une partie de leur vêtement et allument des bougies. Un des hommes, de préférence le fils aîné, récite le verset du Chemah (profession de foi du judaïsme). On ferme alors les yeux du mort et on dépose son corps à même le sol.

Il est temps pour les membres de la Hebra Kadicha de lui faire la toilette mortuaire.

La mise en bière et les obsèques religieuses ont lieu vingt-quatre heures après le décès.

##### **2.2.3.5.3. Rites des funérailles :**

Il s'agit d'une cérémonie simple, sans fleur ni ornement.

##### **2.2.3.5.4. Autopsie et prélèvements d'organes :**

L'autopsie est interdite, mais l'avis du médecin est à considérer.

La transplantation est autorisée de vivant à vivant, si la vie du donneur n'est pas en danger.

### **2.2.3.6. Musulman**

#### **2.2.3.6.1. Signification de la mort**

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

#### **2.2.3.6.2. Rites du passage de vie à trépas :**

A l'heure de l'agonie, on donne au mourant un verre d'eau à boire pour le purifier intérieurement, on pose une cuillère de miel dans la bouche et sur le nombril, et on pince fortement un doigt de pied pour que la mort soit douce.

On le tourne alors vers la Mecque, on lui tient l'avant-bras droit, coude posé, l'index désignant le ciel, en répétant avec lui dans sa langue le Kibla : Allah est Dieu, Mahomet est son Prophète.

Si on est un de ses proches, on lui demande pardon en l'embrassant sur le front et sur l'épaule.

Après la mort, le corps est tourné vers la Mecque. Il est lavé trois fois selon des règles précises, puis les yeux sont fermés et les pieds liés. Les femmes lavent le corps des femmes, les hommes le corps des hommes.

Le corps nu est ensuite enveloppé dans un linceul.

#### **2.2.3.6.3. Rites des funérailles :**

Dans la tombe, le corps est couché sur le côté droit, pieds au nord-ouest, tête au sud-ouest la face tournée vers la Mecque. Trois pleines mains de terre seront jetées par chacun des proches sans aucun artifice, riches et pauvres étant enterrés dans la même terre.

La tombe est suffisamment large pour que le mort puisse se retourner à l'appel des anges Munkar et Nakir qui l'interrogeront sur la manière dont il a été fidèle.

#### **2.2.3.6.4. Attitude face à l'autopsie et au prélèvement de tissus et d'organes :**

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

## **3. LA MEDECINE D'URGENCE ET LA MORT**

La mort dans un service d'urgence est une entité temporelle, incluant la succession du traitement de la détresse vitale, du décès et de la prise en charge psychologie initiale des proches du défunt voire des soignants. Elle englobe des réflexions morales, des comportements, des décisions, une charge émotionnelle et des aspects médico-légaux importants.

### 3.1. ETHIQUE MEDICALE

Les problèmes éthiques concernent tous les médecins, et tout particulièrement les médecins des urgences.

D'une manière générale, les fondements de l'éthique médicale reposent sur la nécessité d'agir pour le bien des patients, de ne rien faire qui leur nuise, de respecter leur autonomie de décision et de répartir avec équité les ressources médicales sans distinction d'âge, de sexe, de classe sociale ou de race [17] [19]. Ces quatre notions morales fondamentales ont leur place dans les services d'urgences, où les décès sont souvent inopinés et brutaux.

De manière plus précise, l'organisation mondiale de la santé (O.M.S.) et l'Association Européenne pour les soins palliatifs (E.A.P.C.) proposent d'appliquer certains principes spécifiques à la fin de vie.

Le principe d'humanité, tiré de la Déclaration universelle des droits de l'Homme, stipule que la dignité humaine est indépendante des tares physiques ou mentales portées par un malade.

Le principe de proportion justifie l'application de thérapeutiques adaptées au malade en fin de vie, afin d'éviter le passage de la frontière « acharnement thérapeutique »

Le principe de futilité définit la thérapeutique sans objet n'apportant pas de bénéfice au patient. Arrêter une telle thérapeutique est aussi justifié que de l'entreprendre.

Le refus à priori de l'euthanasie permet de distinguer envie de mourir et désir de ne plus souffrir.

Le principe de justice, retenu par l'O.M.S., insiste pour que tout malade en fin de vie puisse recevoir les soins palliatifs dont il a besoin, dans le monde entier... .

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

La dignité se vit de manière très subjective et n'a de sens que dans la relation avec l'autre. C'est toute la difficulté d'une relation médecin-malade basée sur cette notion. Elle consiste pour le médecin à agir de la manière la plus efficace et adaptée pour le malade sans perdre le respect de soi. C'est sur ce principe que s'appuient les

soins palliatifs, où l'allègement de la souffrance et l'accompagnement jusqu'au dernier souffle priment. On ne peut être digne seul [14].

La communication et le temps sont alors primordiaux dans la prise en charge de la fin de vie, et on se rend compte que plus les rapports entre patient et praticien sont importants, plus la relation médecin-malade est digne et plus présentes sont les valeurs de l'éthique médicale [60]. La connaissance du patient, de ses racines, sa culture, sa confession, son autonomie de décision sont la clef de voûte d'une prise en charge optimale de la fin de vie, basée sur le dialogue [65]. Ce dialogue doit permettre au patient de maîtriser sa mort, de se la réapproprier.

Ainsi, toutes ces notions mesurent l'ampleur des conséquences morales pouvant exister en cas de décès dans un service d'urgences, où le quasi-anonymat des patients est routinier et où le temps manque souvent.

Aux urgences plus qu'ailleurs, la détresse vitale arrive brutalement, avec des décisions essentielles à prendre rapidement, chez des patients de tous âges ne pouvant parfois pas s'exprimer, aux antécédents, vellétés et familles rarement connus. Dans ces conditions, la notion de dignité de la mort décrite précédemment n'a souvent malheureusement pas sa place. La communication et l'accompagnement du mourant peuvent alors faire défaut.

La prise en charge va alors consister à diagnostiquer et évaluer, en un temps compté et restreint, afin de procéder à la thérapeutique la plus judicieusement adaptée au malade et à sa situation.

C'est en médecine d'urgence que la distinction entre abstention et limitation de soins prend toute sa valeur [39].

Les décisions d'abstention thérapeutique ou d'arrêt des soins sont prises en fonction de la pathologie sous-jacente en premier lieu. Viennent ensuite la crainte de créer un état végétatif chronique, puis l'âge du patient [57]. L'autonomie physique et morale du patient, dans notre société actuelle, où priment la liberté et la jeunesse, constitue un critère de décision primordial et fiable en urgence. De plus, la crainte de rendre un patient dépendant guide les décisions d'abstention ou d'arrêt des soins, d'autant plus que ce sujet est âgé.

Ces décisions primordiales ne sont pas dénuées de règles médico-légales importantes et une parfaite connaissance de la loi est nécessaire pour agir éthiquement [24].

## **3.2. ASPECTS MEDICO-LEGAUX DE LA MORT AU SERVICE DES URGENCES**

Actuellement, 70% des décès ont lieu dans un établissement de santé, le plus souvent après plusieurs jours de soins. Dès lors qu'un décès a lieu dans l'hôpital, des dispositions légales et réglementaires, communes à tous les services, entrent en vigueur.

La rédaction d'un certificat de décès, si elle est aisée dans les services « conventionnels », peut devenir délicate dans certains cas particuliers de décès dans les services d'urgences.

### **3.2.1. Dispositions légales et réglementaires générales.**

#### **3.2.1.1. Certificat de décès**

C'est une déclaration médicale attestant de la mort définitive et irréversible du patient intéressé. Il est rédigé, dans les services de soins publics, par les médecins des hôpitaux, conformément à l'instruction générale de l'état civil, 433, circulaire du préfet de la seine du 19 mars 1881.

#### **3.2.1.2. Déclaration de décès**

Elle correspond à la remise du certificat de décès à l'officier d'état civil de la commune du décès. Cet officier établit alors l'acte de décès.

A l'hôpital, les décès sont inscrits dans le registre des décès, au bureau de l'état civil.

#### **3.2.1.3. Constat de mort**

Un constat de mort doit être signé, avant tout prélèvement, par deux médecins titulaires, lorsqu'il s'agit d'un sujet décédé à cœur battant (mort encéphalique), et par un médecin lorsqu'il s'agit d'un patient décédé à cœur non battant. Dans les deux cas, ces médecins doivent être indépendants d'unités de transplantation. Le constat de mort est uniquement nécessaire pour un prélèvement futur. Il est destiné au directeur de l'établissement où le patient est déclaré décédé, directeur qui autorise ensuite les prélèvements de tissus à des fins thérapeutiques.



### **3.2.2. Cas particuliers**

#### **3.2.2.1. Mort violente ou suspecte**

Selon les articles 81 du code civil et 72 du décret du 14 janvier 1974, Le médecin rédigeant le certificat de décès précise l'existence d'un obstacle médico-légal à l'inhumation. Le médecin chef du service où le décès est constaté doit en aviser le directeur de l'hôpital, qui aussitôt préviendra l'autorité judiciaire.

Tout prélèvement est alors proscrit sans l'accord du Procureur de la République.

En cas de mort violente ou suspecte au cours d'une hospitalisation, le médecin chef du service, en sus des dispositions précédentes, établit un rapport circonstancié destiné au directeur de l'hôpital.

#### **3.2.2.2. Maladies suspectes**

L'éventualité d'une maladie suspecte pouvant porter atteinte à la santé publique doit être mentionnée sur le certificat de décès.

La prescription de prélèvements à but scientifique par le préfet, avec l'avis identique écrit et motivé de deux médecins, est recevable, conformément à l'article R 363-20 du code des communes.

#### **3.2.2.3. Décès entraînant des ouvertures de droits (assurance maladie, pension militaire)**

Toutes les causes de décès ouvrant des droits sont considérées comme des obstacles médico-légaux à l'inhumation, et interrompent de ce fait les opérations funéraires.

#### **3.2.2.4. Patients non identifiés**

Le certificat de décès doit être rédigé en bonne et due forme.

Aucun prélèvement ne peut alors être réalisé, selon l'Arrêté du 27 février 1998 portant homologation des règles de bonnes pratiques au prélèvement d'organes à finalité thérapeutique sur personne décédée.

### **3.2.3. Responsabilité médicale dans la prise en charge des urgences vitales [5]**

Les praticiens, dans leur exercice quotidien, engagent leur responsabilité, qui peut être recherchée devant les juridictions administratives, civiles et pénales, ainsi que devant les conseils régionaux et le Conseil national de l'Ordre des médecins.

La juridiction administrative est saisie devant la demande de réparation d'un patient auprès d'un praticien exerçant dans un établissement public. La faute du praticien est alors considérée comme une faute de service et sa responsabilité personnelle envers le patient n'est pas mise en cause, en dehors d'une action pénale.

La responsabilité civile est contractuelle ou délictuelle. Les actions des plaignants doivent être appuyées par des articles du code civil.

La responsabilité civile contractuelle des médecins est définie par l'Arrêt Mercier, qui reconnaît l'existence d'un contrat entre le médecin et son patient.

La responsabilité civile du médecin devient délictuelle, si la réparation est demandée devant une juridiction répressive ou s'il n'y a pas de contrat entre le plaignant et le médecin, ce dernier cas étant fréquemment rencontré aux urgences (prise en charge de patients inconscients)

Lorsque l'action est intentée par les ayants droit du patient, demandant la réparation de leur préjudice personnel, ceux-ci peuvent agir en tant que tiers étrangers au contrat médical et se placer sur le terrain délictuel. (Cour de Cassation, 1<sup>ère</sup> Chambre Civile, 01/04/1968)

La responsabilité civile du médecin hospitalier exerçant sous le régime public ne peut être engagée que lorsqu'il commet une faute personnelle détachable du service, par manquement inexcusable à des obligations d'ordre professionnel.

Le médecin engage sa responsabilité pénale lorsque les faits reprochés sont susceptibles de constituer une infraction pénale. Les atteintes involontaires à l'intégrité de la personne sont les principales infractions susceptibles d'être retenues dans le milieu médical.

La responsabilité disciplinaire porte sur la violation du code de déontologie médicale.

Elle est jugée par le conseil régional de l'Ordre des médecins en première instance et par le Conseil national de l'Ordre en appel.

Peu d'articles du code de déontologie s'appliquent spécifiquement aux médecins des urgences.

L'article 9 précise que tout médecin doit porter assistance à un blessé ou malade et s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires.

L'article 36 stipule que si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité.

Il existe des règles précises, professionnelles et juridiques qui doivent être respectées lors de la prise en charge de l'urgence vitale, afin d'éviter les risques de poursuites judiciaires des ayants-droit.

Au niveau professionnel, ces règles peuvent être d'ordre matériel, comme le montre la jurisprudence en faveur d'une obligation de bon fonctionnement des appareils utilisés, mais elles peuvent aussi concerner le nombre du personnel disponible dans le service et le niveau de compétence des personnes disponibles.

Il existe par ailleurs des règles textuelles d'organisation des services d'urgences hospitalières par le biais de décrets et de nombreuses circulaires d'application, dont celle précisant le nombre de lits devant être mis à disposition pour les urgences vitales dans les centres hospitaliers généraux.

### **3.3. PRISE EN CHARGE DES PROCHES APRES UN DECES AU SERVICE DES URGENCES**

Un décès aux urgences revêt un caractère inattendu, parfois inexplicable et de toute façon brutal. L'annonce aux proches du défunt de l'issue fatale reste un exercice émotionnellement douloureux pour la plupart des praticiens [59].

Walters et Tupin [66] écrivent cependant, et de manière appuyée par Parish [51], que les praticiens sont considérés comme résistants aux émotions que peut susciter la mort, froids et antipathiques dans 25% des situations.

L'explication de ce paradoxe tient probablement dans la réflexion de Xavier Emmanuelli [25] qui distingue la mort des autres, de la mort des siens. La mort des autres est omniprésente dans les médias sans ou rarement déclencher d'excès émotifs. De même, un médecin confronté régulièrement à la mort des autres considère celle-ci comme familière. Il n'empêche que la mort des siens est inacceptable.

Ceci tente donc d'expliquer comment un médecin des urgences peut sembler émotionnellement « de pierre » devant des situations familiales dramatiques.

L'annonce d'un décès n'en devient pas pour autant un exercice facile et demeure primordiale. C'est le point de départ de la prise en charge du deuil de la famille. L'étude de Ahrens WR en 1997 [4] rapporte que 66% des médecins interrogés considèrent que la prise en charge de la famille d'un enfant décédé est la plus difficile des tâches. La demande de formation du corps médical dans ce domaine est grande,

concernant 92% des médecins interrogés. En 1993, Greenberg [33] montrent la nécessité de protocoles de prise en charge et d'abord des familles d'enfants décédés, et paradoxalement, leur faible présence effective dans les services. Ceci implique une inexpérience des praticiens et un manque d'habileté dans ce type de management. Ce même auteur, en 1999, propose un procédé de formation médicale [34] par mise en situation simulée, destiné à améliorer l'habileté des participants à informer les proches d'une victime.

La pénibilité de l'annonce du décès aux urgences est également majorée par le peu de place réservé à l'intimité.

Ainsi, Olsen [50] propose un protocole de prise en charge et d'approche des familles, les mots clefs étant les suivants :

- confirmer l'identité du défunt et de la famille
- accueil des proches dans une salle privée
- se présenter
- s'asseoir
- exposer la chronologie des événements
- confirmer la mort réelle du patient
- assurer que tout a été fait pour tenter de sauver le patient
- parler avec des mots accessibles aux proches
- prévoir le chagrin initial de la famille
- permettre à la famille de voir le corps
- introduire et demander si nécessaire l'éventualité de prélèvement d'organes ou d'autopsie
- répondre aux questions
- fournir une possibilité d'entretien à distance

L'ensemble de ces éléments permet d'optimiser la prise en charge du deuil des familles et de rendre le décès plus acceptable.

### **3.4. PRELEVEMENTS DE TISSUS DANS LE CADRE DE L'URGENCE**

La transplantation d'organes et de tissus d'origine humaine est une technique couramment appliquée en médecine humaine et les développements techniques de ces dernières années apportent de nouvelles possibilités.

Cependant, le manque d'organes à disposition donne lieu à de nouveaux problèmes. La résolution d'une partie de ces problèmes passe par la réalisation d'une campagne active de sensibilisation et d'information publique sur le don d'organes, qui est une priorité de santé publique.

De plus, les prélèvements d'organes nécessitent une coordination entre les services d'urgences et de réanimation. Récemment, 120 postes de coordination ont été attribués aux différents centres hospitaliers français.

La prise en charge des prélèvements d'organes aux urgences se résume à l'abord des familles avant l'admission du malade en réanimation. Rein, foie, cœur, poumon, et pancréas nécessitent une perfusion continue pour être prélevés, ces techniques n'étant donc pas du ressort des urgences, du moins dans notre pays.

Cependant, Alvarez [6] souligne un avenir certain pour les prélèvements d'organes sur cœur arrêté. Son expérience montre que, dans des conditions strictes de sélection de donneurs potentiels, 83% des reins prélevés et transplantés ont une probabilité de survie à 36 mois. Ce type de programme nécessite une parfaite organisation des ressources et du personnel des services d'accueil des urgences et des établissements préleveurs.

En France, seuls les prélèvements de tissus sont autorisés sur patient décédé à cœur arrêté.

#### **3.4.1. Critères de sélection des donneurs**

Le Conseil Médical et Scientifique de l'Etablissement français des Greffes du 13 mai 1997 a établi les spécifications techniques concernant les sélections réglementaires et cliniques des donneurs potentiels de tissus.

Le médecin préleveur est responsable du recueil des informations permettant la sélection du donneur.

La sélection réglementaire repose sur le respect des règles de sécurité sanitaire, visant à éviter la transmission de maladies et à exclure les donneurs à risques.

La sélection clinique consiste à recueillir toute donnée pouvant intervenir sur la qualité du greffon, au terme d'un examen clinique et anamnestique approfondi du défunt.

La sélection est une étape essentielle concourant à la sécurité des patients greffés et du personnel des équipes de prélèvement et des banques de tissus.

Aux urgences, la connaissance et la disponibilité des pathologies générales et locales contre-indiquant les prélèvements doivent optimiser ces derniers.

### **3.4.2. Présence et abord des familles**

L'incidence des décès et la prise en charge fréquente des détresses vitales font des services d'accueil des urgences des lieux où les demandes de consentements de prélèvement de tissus ou d'organes peuvent devenir fréquents.

A Londres, Wellesley [69] montre, dans une étude rétrospective, que peu de familles concernées par le décès d'un proche ont été sollicitées pour des prélèvements de tissus ou organes.

Il est clairement établi que la formation des équipes soignantes sur le sujet augmente les demandes de prélèvements et l'obtention de consentements [36].

Du côté des équipes soignantes, les avis quant à l'agression que peut représenter une telle demande dans un tel contexte peuvent diverger. Pour Ahrens [4], 76% des familles consultées pour une demande de prélèvement n'ont pas considéré la situation comme agressive. Ces chiffres tendent à démontrer le bien fondé et l'avenir prometteur de la création d'équipes de coordination hospitalière de prélèvement. Leur personnel, par leur formation et leur expérience, optimise la prise en charge des familles, et participe directement au travail de deuil.

### **3.4.3. Prélèvements de tissus dans les services d'urgences**

Les tissus prélevés à des fins thérapeutiques sont :

- les cornées
- la peau
- les os, cartilages et ligaments
- les vaisseaux
- les valves et tubes valvés.

Actuellement, la majorité des prélèvements de tissus ont lieu lors des prélèvements multi-organes. La politique actuelle de santé publique tend à dynamiser et à favoriser les dons de tissus et d'organes ainsi que leurs prélèvements. Peu de publications rendent compte des prélèvements effectués aux urgences.

En France, les prélèvements de cornées représentent l'essentiel de l'activité aux urgences des équipes de coordination hospitalière. Nous n'avons pas trouvé, dans la littérature, de publication en rapport avec d'autres tissus prélevés.

Huot-Maire [38] révèle l'importance de la sensibilisation du corps médical aux prélèvements de cornées et du travail de l'équipe de coordination hospitalière sur le

nombre de patients prélevés. Ces conclusions sont confirmées outre-Manche par Magrath et Boulstridge [45] qui recensent 3 prélèvements pour 110 décès.

# **DEUXIEME PARTIE : ETUDE STATISTIQUE**



Le but de cette étude est, après une analyse descriptive des cas de décès au SAU, d'évaluer les pratiques et méthodes de leur prise en charge.

Elle entre dans le cadre d'un audit interne, destiné à une amélioration des qualités de soins dans cette situation particulière qu'est la mort aux urgences.

## 1. MATERIEL ET METHODE

Ce travail est réalisé à partir d'une étude rétrospective des cas de décès survenus au SAU du CHR de Metz, entre le 1<sup>er</sup> janvier 1998 et le 31 décembre 2000.

Durant cette période de 72 mois, 112 552 dossiers ont été créés, correspondant au nombre de passages dans le service.

Tous les dossiers sont informatisés.

Le nombre de passages et de décès de janvier à avril 1998 n'est pas exhaustif. Cette période correspond en effet à l'installation du logiciel informatique du service, tous les passages n'ayant alors pas été enregistrés dans le système informatique.

227 dossiers ont été inclus, correspondant au nombre de décès aux urgences, c'est à dire aux patients décédés à l'arrivée ou secondairement dans le service.

Ainsi, ont été analysés :

- l'épidémiologie générale des décès aux urgences
- l'arrivée des patients aux urgences et ses modalités
- le temps de séjour au service
- le lieu de décès (pré-hospitalier, SAU ou UHCD)
- la présentation clinique de la détresse vitale et sa prise en charge thérapeutique.

Ces études sont réalisées, chaque fois que cela est possible, par tranches d'âges et par pathologies.

Deux sous populations sont ensuite étudiées de manière synthétique en fin de partie : les patients les plus âgés (81 ans et plus) et les patients considérés en fin de vie.

Les différentes tranches d'âges utilisées dans ce travail sont les suivantes :

- [0-20 ans]
- [21-40 ans]
- [41-60 ans]
- [61-80 ans]
- 81 ans et plus.

Les diagnostics utilisés pour réaliser la classification par pathologies sont les diagnostics finaux, correspondant aux diagnostics de sortie du service des urgences.

Les motifs de recours aux urgences ne sont pas utilisés ici.

Les six classes pathologiques retenues sont :

- traumatologiques
- cardio-vasculaires
- respiratoires
- neurologiques
- fins de vie
- autres.

Les « fins de vie » correspondent à des patients présentant d'emblée une détresse vitale, sur un terrain marqué par des antécédents médicaux chargés.

La classe de « pathologies autres » correspond à des diagnostics variés, comprenant la pathologie digestive, les causes toxiques, les états de chocs septiques, les décès de nature inconnue et les « faux diagnostics ». Ces « faux diagnostics » sont des diagnostics finaux correspondant à des symptômes ou motifs de recours (ex : douleur abdominale, dyspnée...) et les décès d'origine inconnue correspondent aux patients décédés d'arrêt cardio-respiratoire brutal (mort subite) sans étiologie précise retrouvée.

Dans cette étude, un seul prélèvement de tissu (cornées) a été effectué. Une analyse de l'évolution des pratiques concernant les prélèvements de cornée dans le service fait l'objet d'une discussion dans la partie suivante.

## **2. RESULTATS**

### **2.1. EPIDEMIOLOGIE GENERALE**

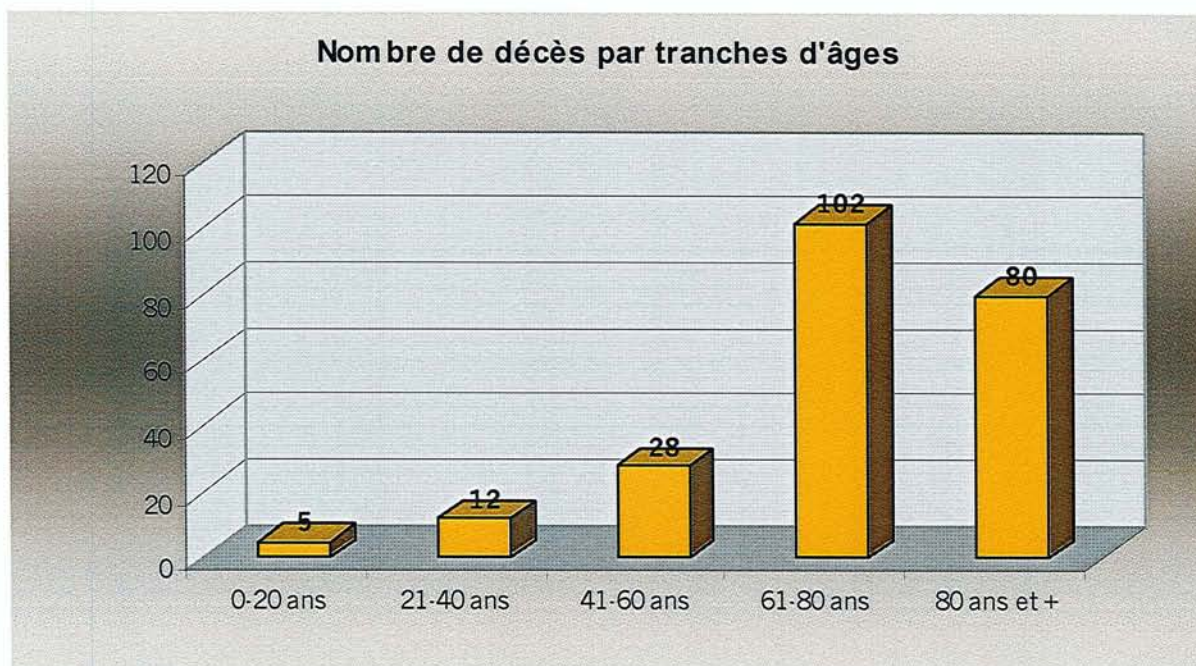
#### **2.1.1. Fréquence**

Durant cette étude, nous recensons 35 921 passages en 1998 dont 48 décès, 37 085 passages en 1999 dont 86 décès et 39 546 passages en 2000 dont 93 décès, soit 112 552 passages et 227 décès.

Les 227 cas de décès représentent donc 0,20% de l'activité clinique du service.

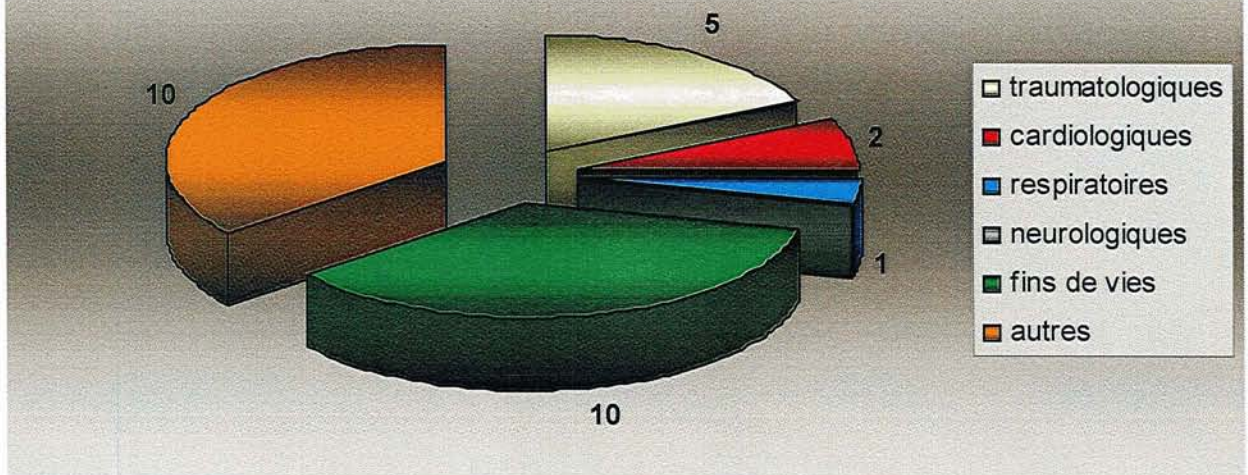
### 2.1.2. Décès par tranches d'âges

80% des patients décédés aux urgences ont plus de 60 ans, 35% plus de 80 ans.



- La mort des patients âgés de 0 à 20 ans est exceptionnelle avec 5 décès sur une période de 3 ans, représentant 2,2% de l'ensemble des décès. 3 de ces décès sont de causes traumatologiques (60%), 1 de cause neurologique (hémorragie cérébrale) et 1 de cause toxique.
- La mort des [21-40 ans] représente 5,3% des décès. 6 (50% de cette sous population) sont des polytraumatisés, 3 meurent de cause inconnue (mort subite) et une patiente présente un état de choc septique rapidement fatal. Enfin, 2 patients décèdent des suites d'accidents vasculaires cérébraux.
- La mort des adultes âgés de 41 à 60 ans atteint 12,3% des décès. Les étiologies des décès de cette tranche d'âges se répartissent de la manière suivante:

### Étiologies des décès des 41-60 ans



La traumatologie n'est plus majoritaire comme précédemment, mais représente 17% des causes de décès.

Les étiologies principalement rencontrées (71%) dans cette tranche d'âges sont les « fins de vies » (n=10) et la classe « autres » (n=10).

Tous les patients en « fin de vie » sont atteints d'une pathologie néoplasique hors ressource thérapeutique.

La classe « pathologies autres » se divise en 6 morts subites, 2 chocs septiques, 1 insuffisance hépatique majeure et 1 hématome cervical compressif.

La pathologie cardio-vasculaire reste exceptionnelle, représentée par 1 dissection aortique et 1 état de choc cardiogénique (infarctus chez un patient poly-vasculaire).

- Les 61-80 ans représentent environ 45% des décès (102/227).

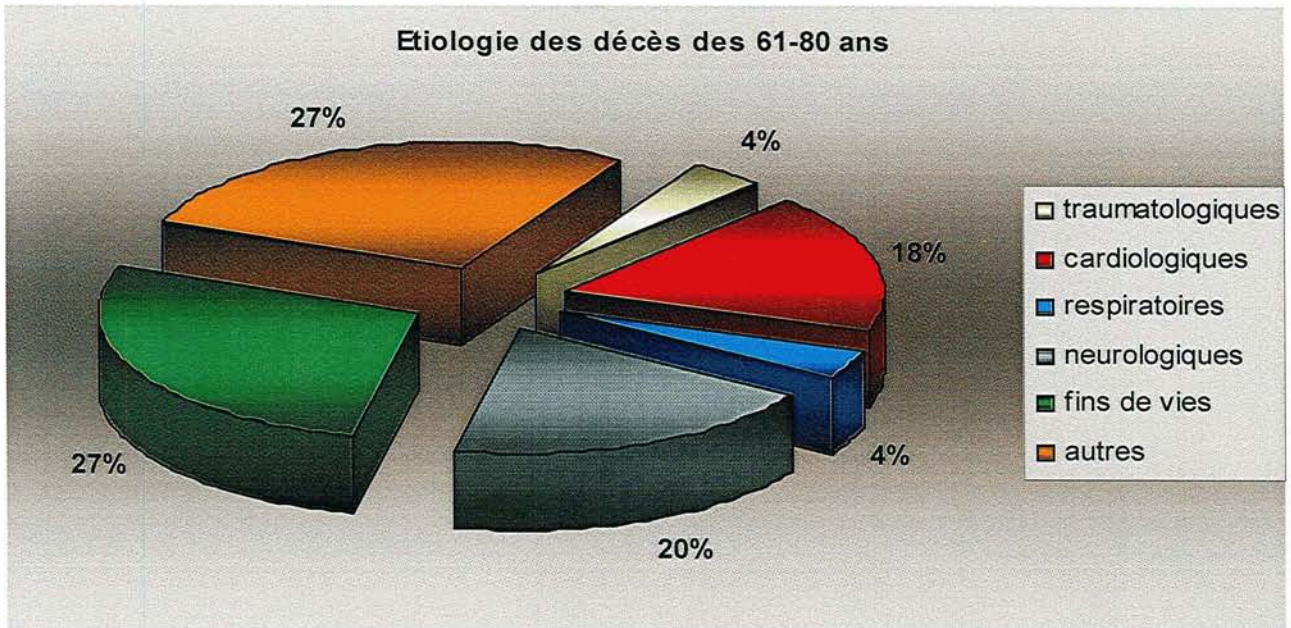
Nous remarquons l'arrivée de la pathologie neurologique (accidents vasculaires cérébraux) avec 20 cas.

La pathologie traumatique n'est plus très présente en pourcentage, mais reste stable en valeur absolue (4 cas).

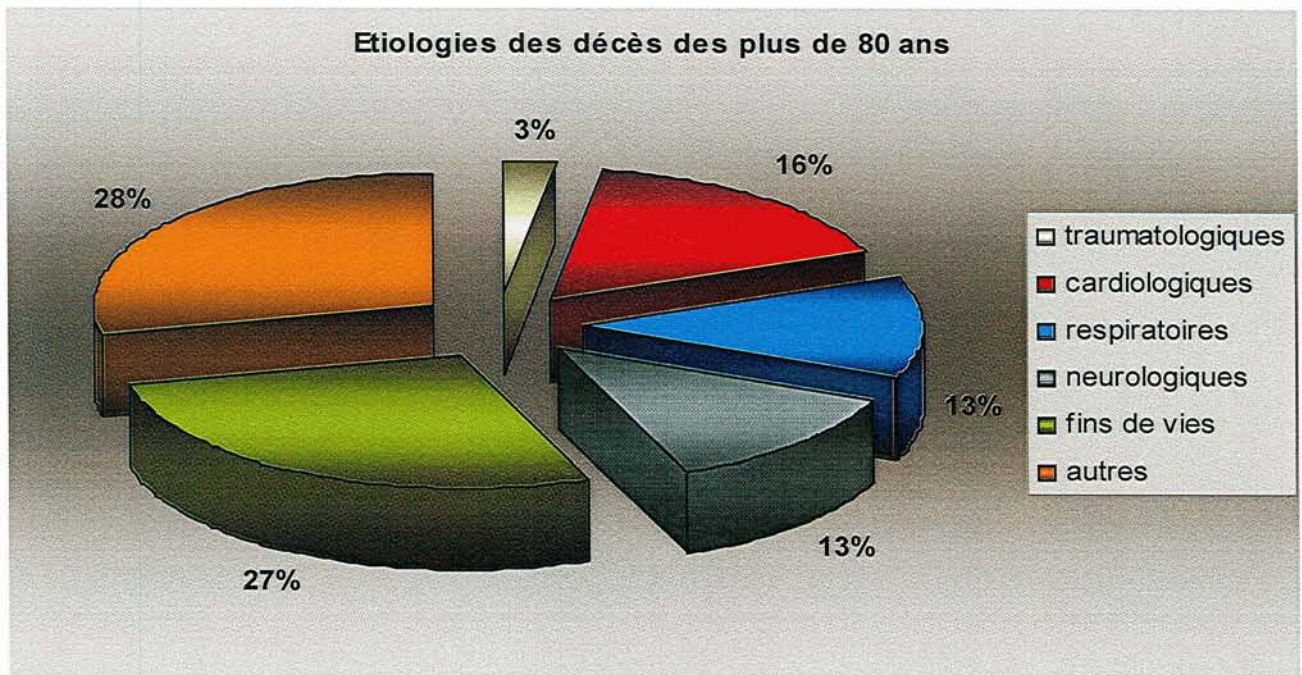
La pathologie cardio-vasculaire apparaît nettement avec 18 cas.

On note une augmentation des causes respiratoires.

Les classes « fins de vie » et « autres » restent majoritaires à parts égales.



- La répartition des étiologies des décès des plus de 80 ans a le même profil que celle des 61-80 ans, hormis une augmentation des causes respiratoires au détriment d'une diminution des causes neurologiques.



En résumé, l'étude des décès par tranches d'âges révèle que le médecin des urgences est confronté à la mort de patients de tous âges. Cependant, le décès des plus de 60 ans reste majoritaire (182 cas, soit 80%).

Jusqu'à 40 ans, les décès de causes traumatologiques sont majoritaires.

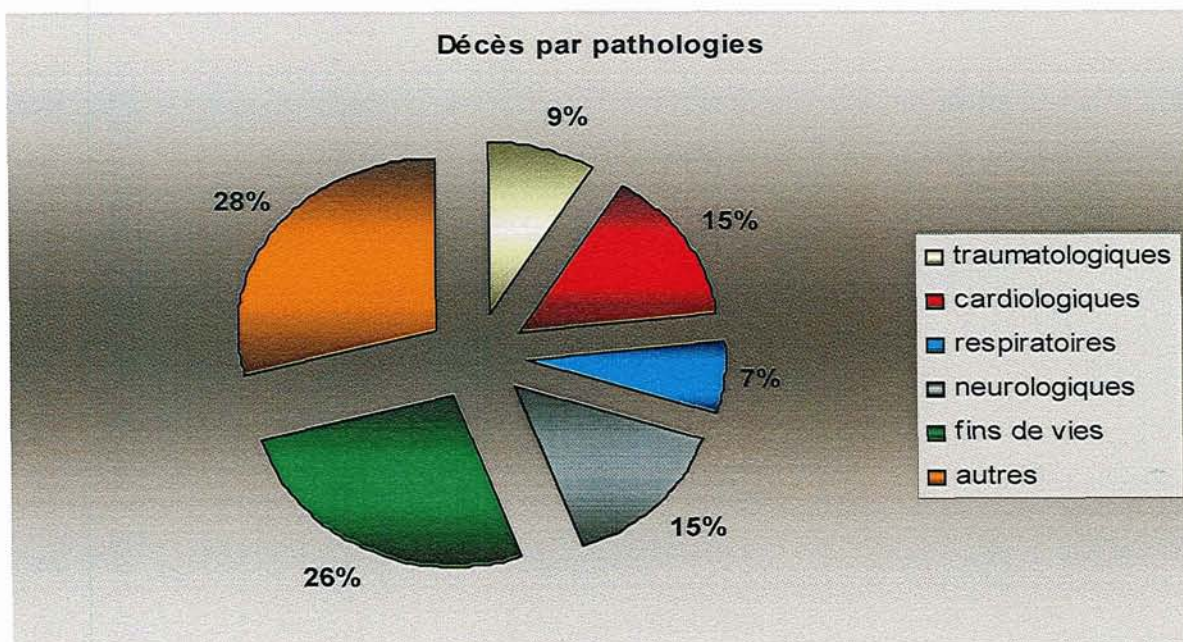
A partir de 40 ans, les « fins de vies » et les pathologies classées « autres » sont au premier plan.

C'est à partir de 60 ans que la pathologie vasculaire prend toute son ampleur en terme de causes de décès aux urgences.

### 2.1.3. Décès par pathologies

Deux classes pathologiques regroupent 55% des décès. Il s'agit des « fins de vie » (60 cas) et de la classe « autres » (66 cas, dont 35 arrêts cardio-circulatoires d'origine inconnue).

20 patients meurent de causes traumatologiques, 33 de causes cardio-vasculaires, 15 de causes respiratoires et 33 de causes neurologiques.



Les étiologies des décès aux urgences sont très variées, ceci étant en relation avec l'absence de sélection des patients consultant ou admis dans ces services.

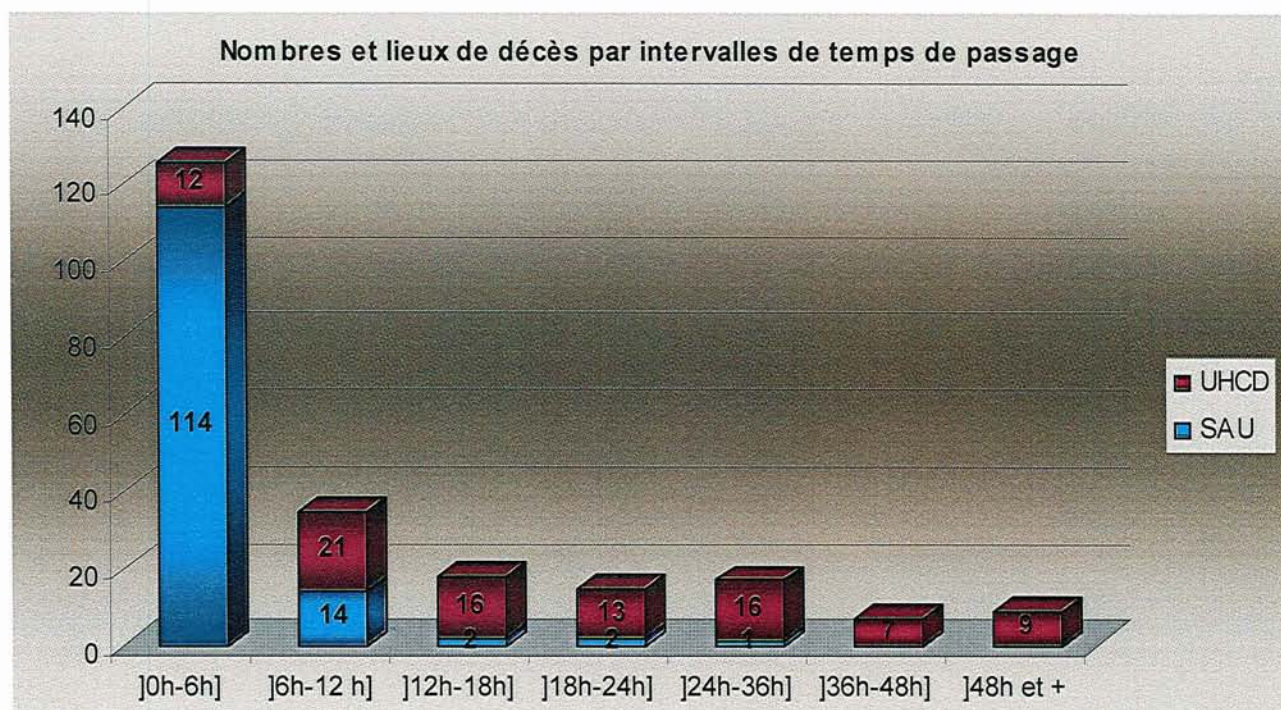
Du décès inattendu et brutal du polytraumatisé à l'agonie du patient en stade terminal d'une pathologie chronique (plus d'un quart des patients dans notre étude), l'équipe soignante des urgences doit faire face à tous types de situations létales.

### 2.1.4. Décès par intervalles de temps de passage

Le temps de passage aux urgences d'un patient correspond à l'intervalle entre la création informatique du dossier et sa clôture. Il s'agit d'un « temps informatique » et non clinique.

Dans notre étude, 126 patients (55,5%) décèdent dans les 6 premières heures après leur arrivée aux urgences, dont 12 en U.H.C.D (10 admissions pour « fins de vie », une pour pneumopathie et un patient en attente de lit en réanimation).

71% des patients décèdent dans les 12 premières heures de leur séjour hospitalier.



La majorité des patients décédés aux urgences présentent une détresse vitale et décèdent rapidement après leur admission.

Les retards de clôture informatique des dossiers et les patients admis et décédés en UHCD expliquent les durées moyennes de séjour élevées.

## 2.1.5. Sex ratio

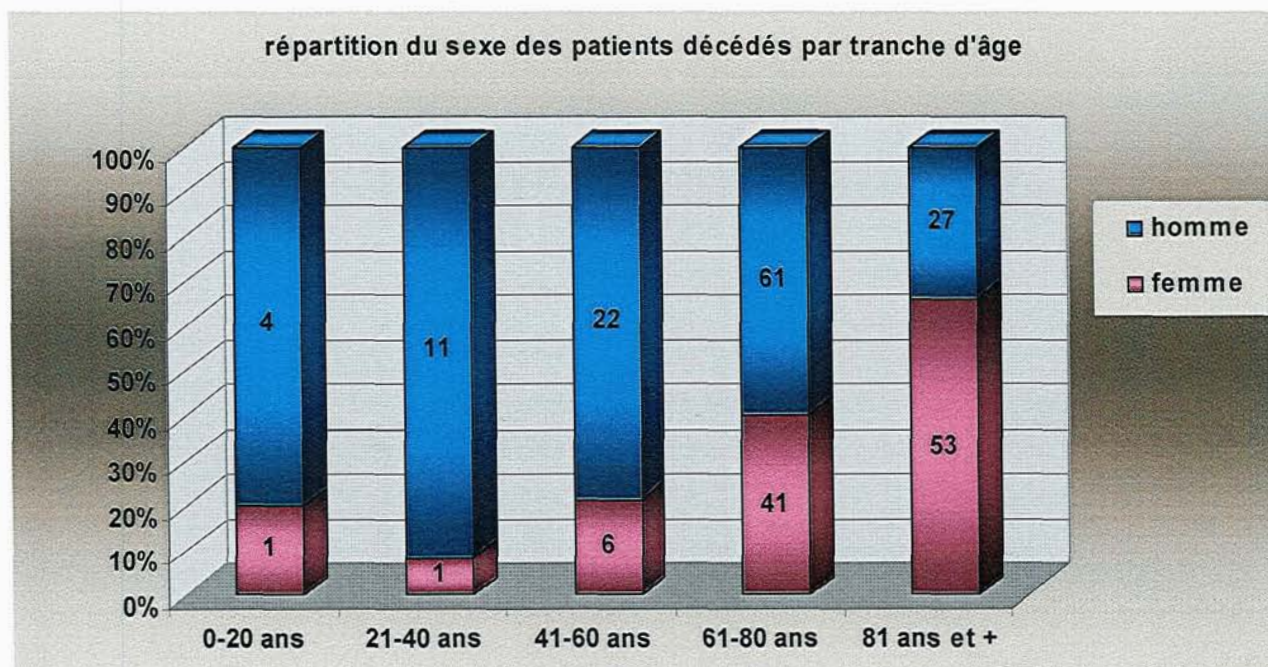
### 2.1.5.1. Sex ratio global

Parmi les 227 patients décédés, on retrouve 125 hommes et 102 femmes, soit un sex ratio de 0,55.

### 2.1.5.2. Sex ratio par tranches d'âges

Chez les patients les plus jeunes, c'est-à-dire, dans les tranches d'âges [0 – 20 ans], [21-40 ans] et [41-60 ans], la mortalité est largement masculine avec 33 hommes pour 8 femmes, soit un sex ratio de 0,82.

Chez les plus de 60 ans, la tendance s'inverse avec 88 décès masculins pour 94 décès féminins, soit un sex ratio de 0,48.



Dans cette population, toutes les tranches d'âges sont représentées, avec une moyenne d'âge élevée. Ainsi, du décès inopiné, rapide, brutal et violent du jeune polytraumatisé, à l'agonie du nonagénaire, le médecin des urgences est confronté de manière certaine à tous types de situations létales.



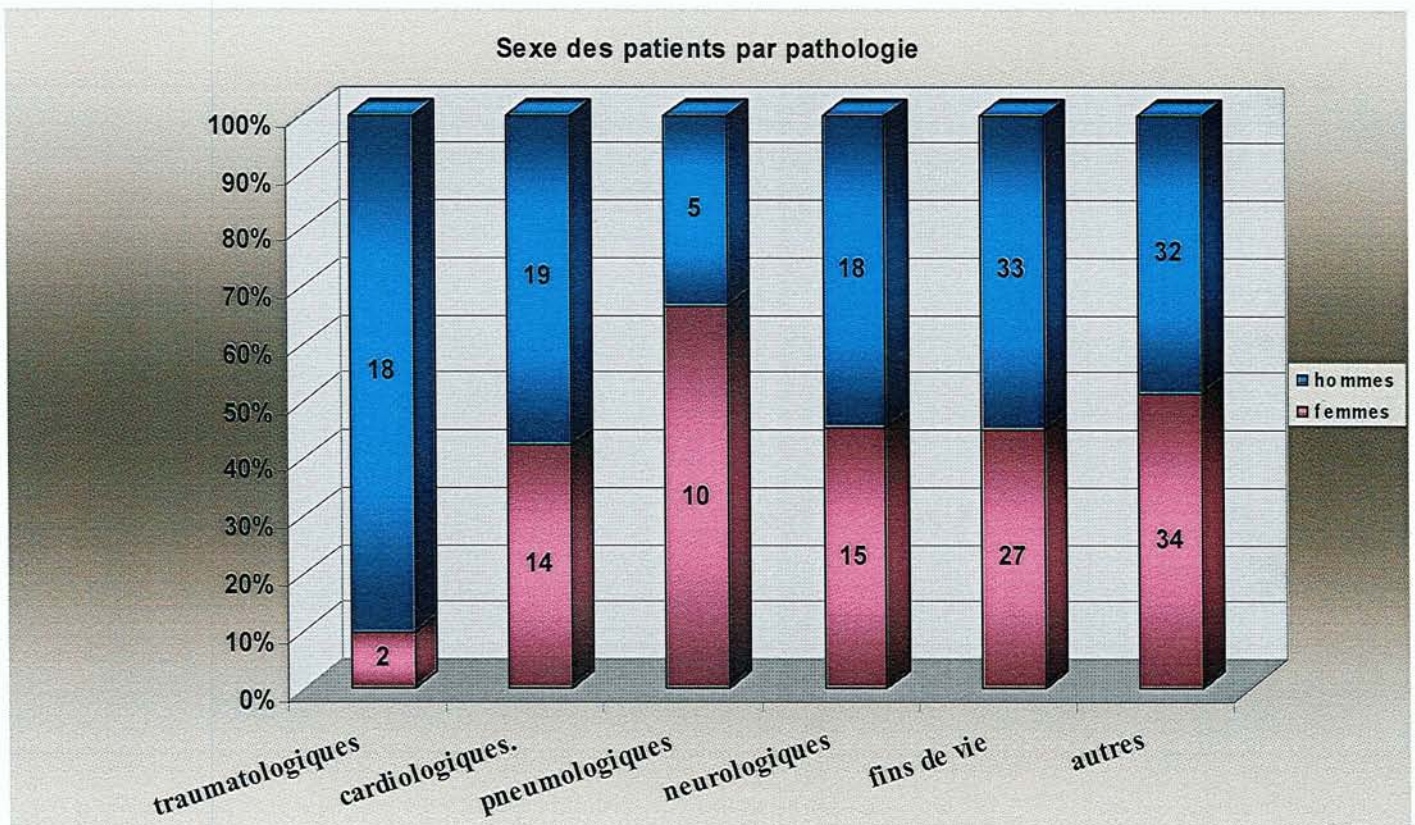
### 2.1.5.3. Sex ratio par pathologies

La pathologie traumatologique intéresse essentiellement les hommes, avec 18 décès masculins pour 2 décès féminins, soit un sex ratio de 0.9.

La pathologie respiratoire touche plutôt les femmes, avec un sex ratio de 0.33.

Les autres causes de décès voient les genres s'équilibrer :

- Sex ratio de 0.58 pour la pathologie cardio-vasculaire
- Sex ratio de 0.55 pour la pathologie neurologique
- Sex ratio de 0.55 pour les « fins de vie »
- Sex ratio de 0.48 pour la pathologie « autres ».



Il existe une relation entre la mortalité masculine et les étiologies traumatiques et cardiologiques des décès survenus aux urgences.

### 2.1.6. Age moyen

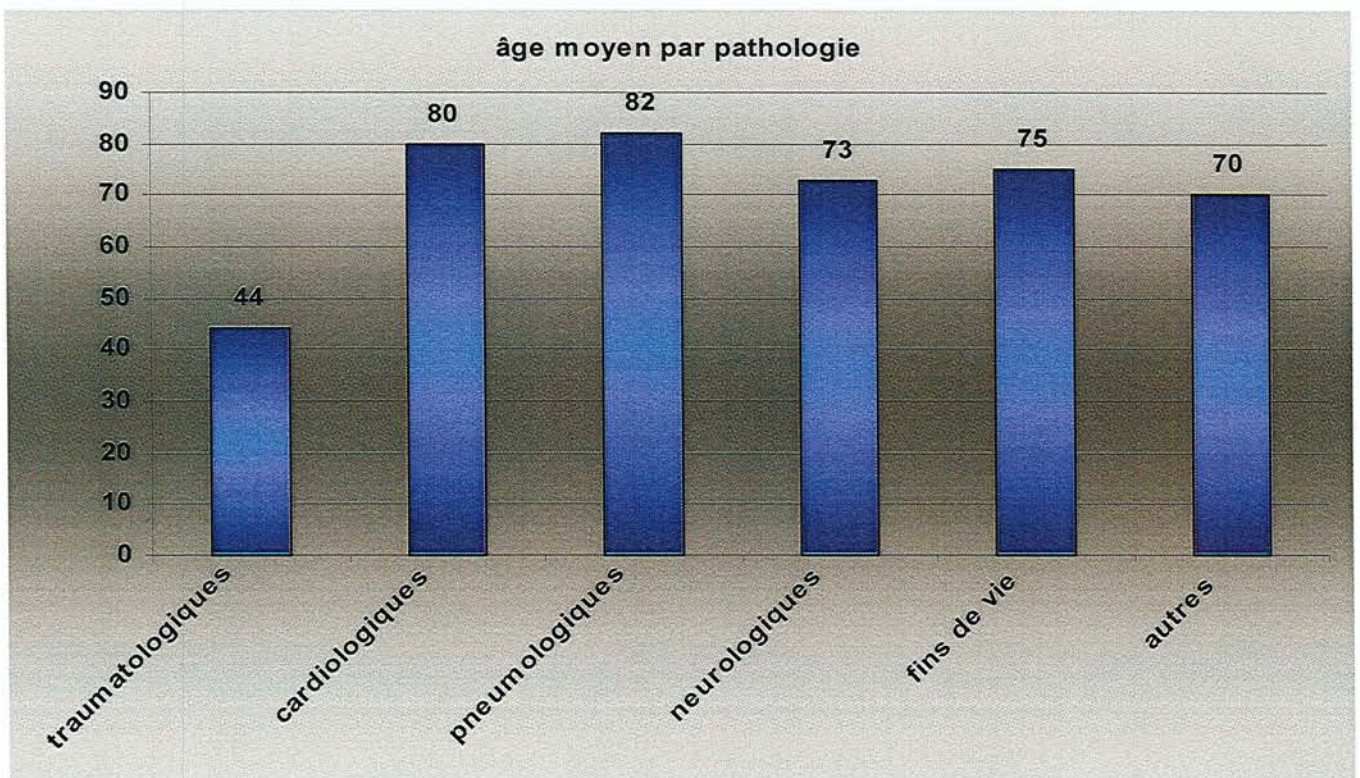
L'âge moyen est de 72 ans, avec des extrêmes allant de 2 et 99 ans.

L'âge moyen de la population masculine est 66 ans (n=125).

L'âge moyen de la population féminine est de 79 ans (n=102).

La répartition des âges moyens en fonction des pathologies se fait de la manière suivante :

- 44 ans pour les décès d'origines traumatologiques
- 80 ans pour les décès d'origines cardiologiques
- 82 ans pour les décès d'origines respiratoires
- 73 ans pour les décès d'origine neurologiques
- 75 ans pour les « fins de vies ».
- 70 ans pour les décès d'origine autres.



La population des « fin de vie » n'a pas la moyenne d'âge la plus élevée (75 ans, contre 80 ans pour les causes cardio-vasculaires et 82 ans pour les causes respiratoires). Ceci peut s'expliquer par la pathologie néoplasique touchant des sujets jeunes.

Dans ce travail, on constate que les pathologies respiratoires et cardio-vasculaires sont les causes principales de décès des sujets les plus âgés (82 et 80 ans en moyenne).

## 2.2. ARRIVEE AUX URGENCES

### 2.2.1. Décès par pathologies et par années

Les incidences respectives des décès survenus au SAU de Metz en 1998, 1999 et 2000 sont 0,13%, 0,23% et 0,23%, avec la répartition par classes pathologiques suivante :

	Traumatologie	Cardiologie	Pneumologie	Neurologie	Fins De vies	Autres	
<b>1998</b>	5 (10,4%)	9 (18.7%)	2 (4.1%)	10 (20.8%)	8 (16.6%)	14 (29.1%)	<u>48</u>
<b>1999</b>	8 (9.3%)	11 (12.8%)	8 (9.3%)	10 (11.6%)	27 (31.4%)	22 (25.6%)	<u>86</u>
<b>2000</b>	7 (7.5%)	13 (14%)	5 (5.4%)	13 (14%)	25 (26.9%)	30 (29.2%)	<u>93</u>
	<u>20</u>	<u>33</u>	<u>15</u>	<u>33</u>	<u>60</u>	<u>66</u>	<u>227</u>

Nous soulignons ici que le nombre de décès de janvier à avril 98 n'est pas exhaustif du fait de la période d'installation du logiciel informatique du service, pouvant expliquer en partie les 48 décès de l'année 1998. Cependant, le faible taux de mortalité de cette année (0,13%) ne peut s'expliquer que par ce biais.

Le nombre de décès aux urgences a tendance, comme le nombre de passages, à s'accroître en fonction du temps.

### 2.2.2. Heures d'arrivée

En fonction du nyctémère, les patients décédés aux urgences se répartissent de la manière suivante :

- 87 patients (38,3%) arrivent entre 20h00 et 08h00
- 140 patients (61,7%) arrivent entre 08h00 et 20h00.

L'heure d'arrivée moyenne au service est 13 heures 55.

### 2.2.3. Origine des patients

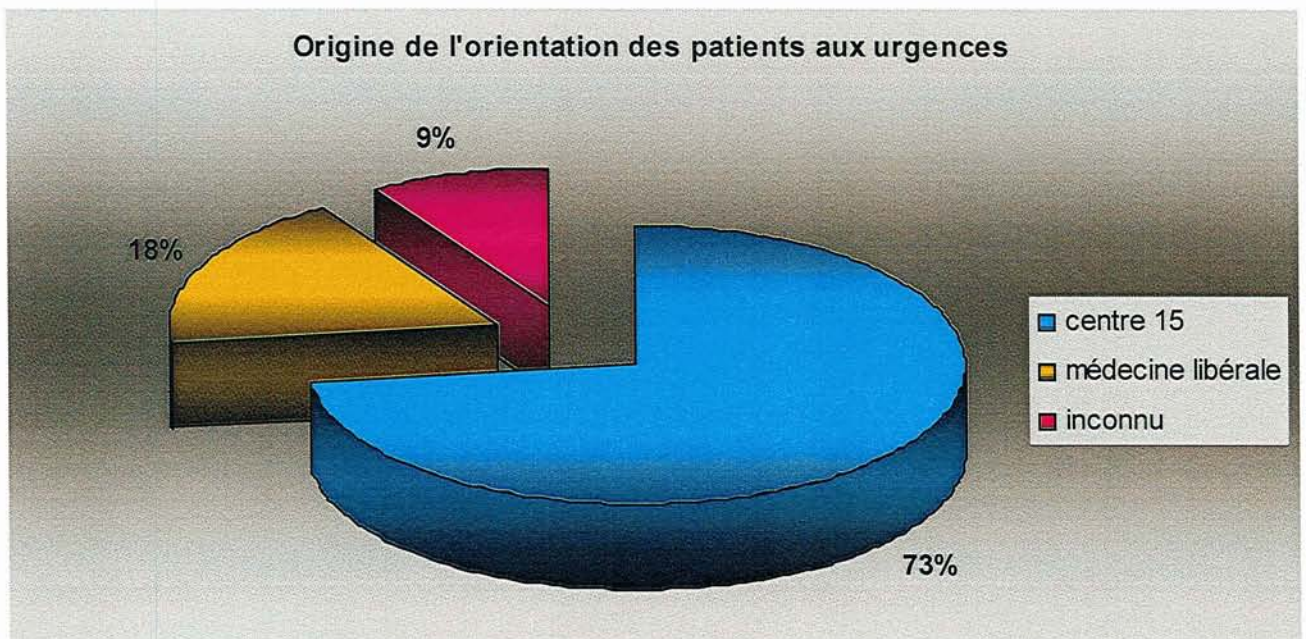
123 patients ont une origine inscrite dans le dossier :

- 74 (60%) viennent de leur domicile
- 33 (27%) viennent d'une maison de retraite
- 9 viennent de la voie publique (7%)
- 7 viennent d'un service interne de l'hôpital (chiffre exhaustif).

### 2.2.4. Origine de l'orientation des patients au service des urgences

Dans cette étude, nous distinguons trois origines distinctes dans l'orientation des malades (n=227) :

- Le SAMU-Centre 15
- La médecine libérale (médecin traitant ou de garde)
- La source inconnue ou autre.



166 patients (73 %) arrivant aux urgences et y décédant sont adressés par le Centre 15.

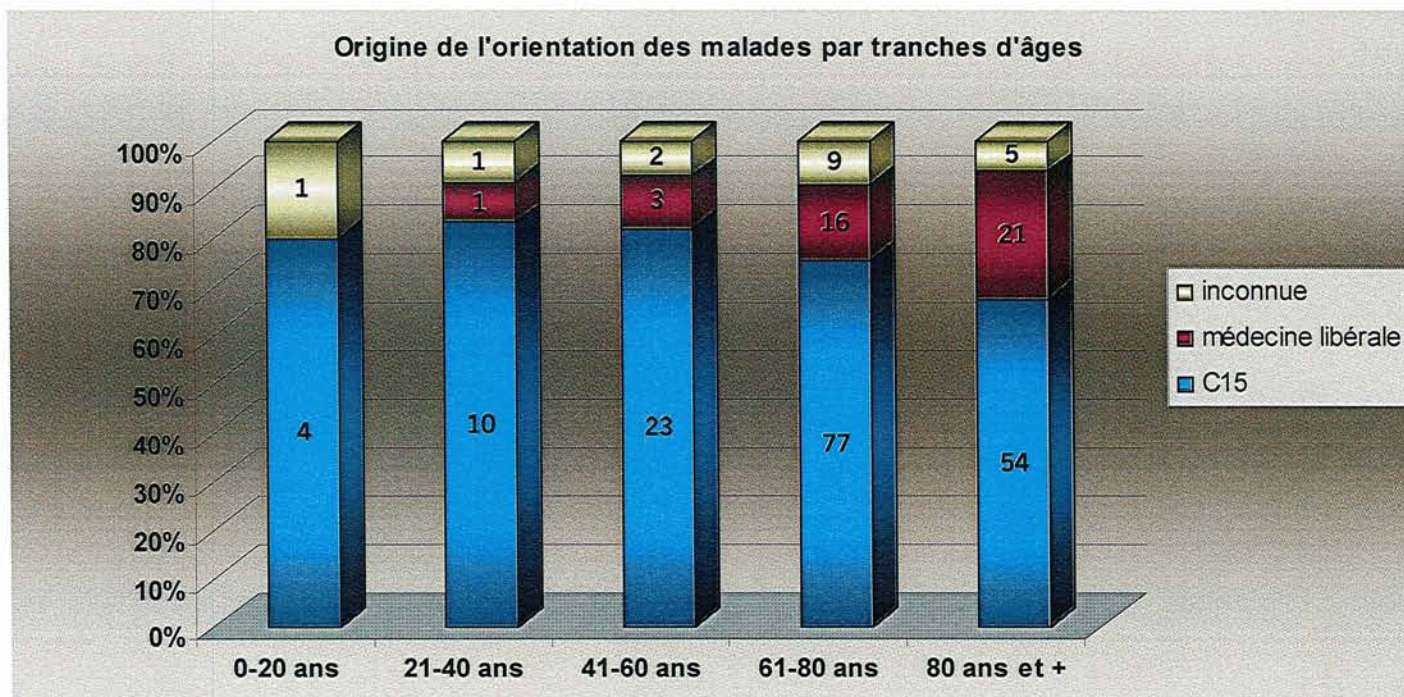
19 patients (9 %) ont une source d'orientation dite « autre ». Nous retrouvons 7 urgences internes de l'établissement, un enfant de 2 ans défenestré amené décédé par sa famille et un homme de 25 ans amené par des amis après un arrêt cardio-pulmonaire consécutif à une baignade en eau froide.

Un malade est adressé par un hôpital de proximité. Il s'agit d'un patient suivi dans cet hôpital pour une néoplasie en stade terminale, s'étant présenté mais non admis faute de place.

Dans ce travail, 18% des décès constatés aux urgences (41 patients) concernent des patients adressés par leur médecin traitant.

#### 2.2.4.1. Par tranches d'âges

En fonction de l'âge, il existe des différences quant à l'origine des patients entrant dans cette étude :

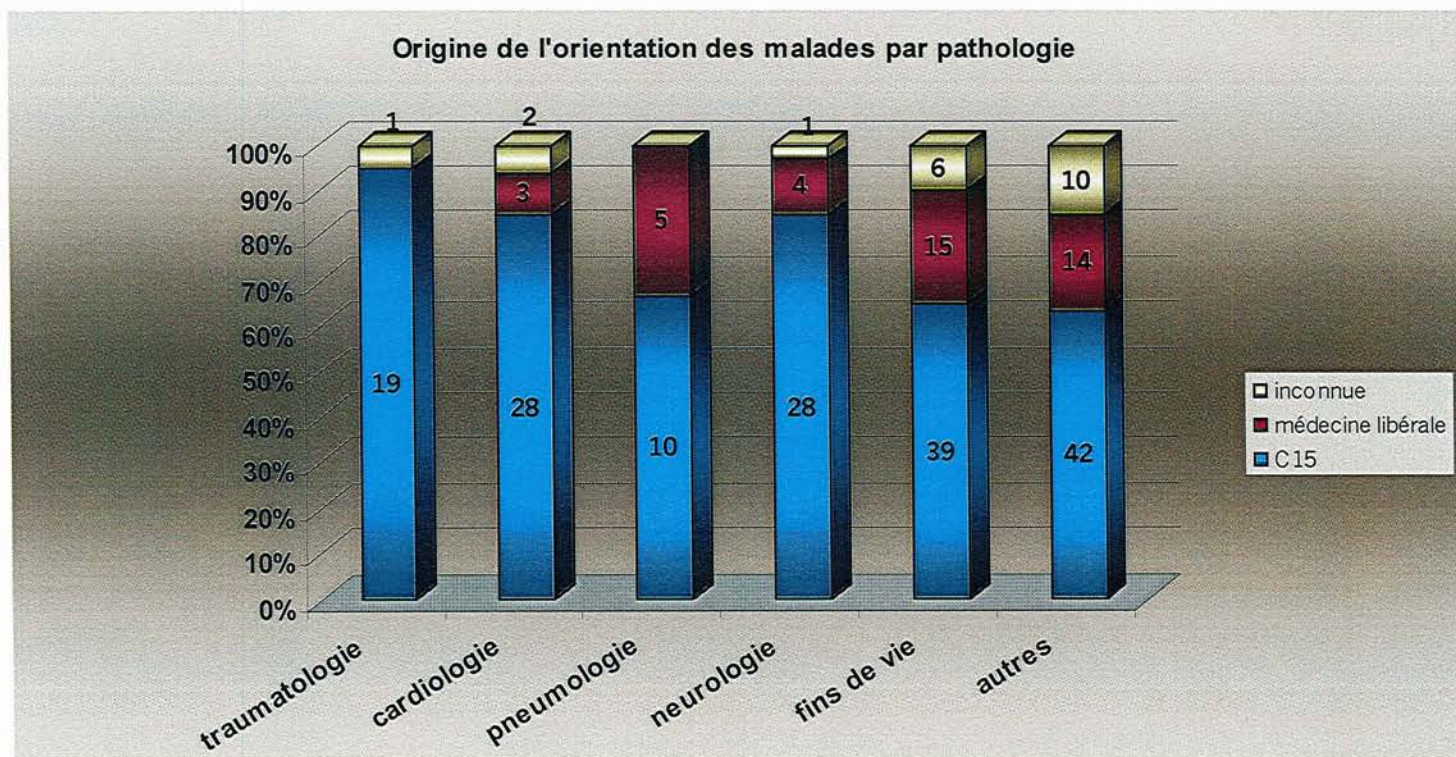


Plus les patients sont âgés et plus la demande de secours est faite par la médecine libérale, avec un taux supérieur à 26 % pour les plus de 80 ans. L'institutionnalisation des personnes âgées en maison de retraite, en liaison avec un médecin libéral référent, peut expliquer en partie cette constatation.

#### 2.2.4.2. Par pathologies

La traumatologie grave est régulée par le Centre 15.

33 % de la pathologie respiratoire létale est adressée par la médecine libérale, soit 5 patients. 1 patient est décédé au SAU et 4 en UHCD. Aucun de ces sujets n'a bénéficié de manœuvre de réanimation invasive.



15 des 41 patients décédés (36%) et adressés par la médecine libérale sont des patients en « fin de vie », témoignant de la difficulté rencontrée à gérer ce type de situation à domicile. Parmi ces 15 patients, 7 sont pensionnaires d'établissement de soins (maisons de retraite), susceptibles de faire face à la « fin de vie ». Il semble donc exister une insuffisance de communication entre les différentes catégories de soignants

et une difficulté à annoncer ou accepter la mort, même dans les établissements censés la rencontrer fréquemment.

### **2.2.5. Modes d'arrivée des patients au service des urgences**

Dans cette population, comme pour tous les autres patients admis aux urgences, l'arrivée peut se faire par l'intermédiaire :

- du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), la médicalisation est faite par un médecin des urgences, ou par un médecin sapeur-pompier
- des Véhicules de Secours aux Asphyxiés et Blessés des sapeurs pompiers (VSAB)
- des ambulances privées
- des moyens personnels
- enfin, signalons le cas particulier des urgences internes.

#### **2.2.5.1. Répartition globale du mode d'arrivée**

Les patients décédés durant leur transport aux urgences sont déclarés décédés aux urgences.

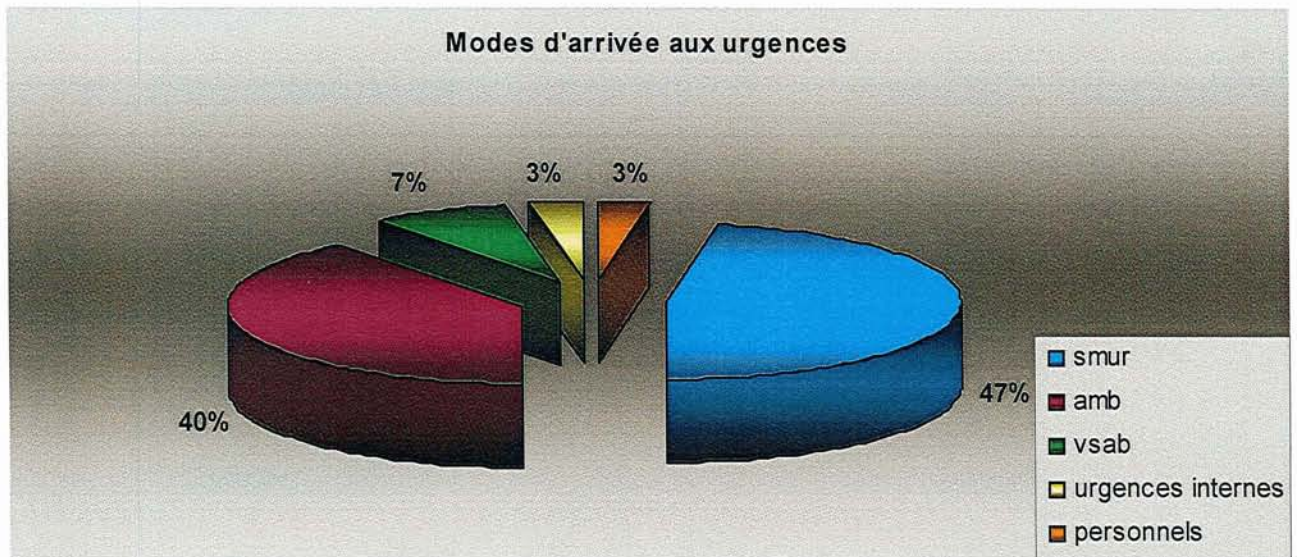
108 patients (47 %) décédés aux urgences arrivent par transport médicalisé (SMUR). Sur ces 108 patients, 17 décèdent durant le transfert.

90 patients (40%) arrivent aux urgences en ambulance privée. 3 sont décédés à l'arrivée, 2 de ces patients étant considérés en « fin de vie ». La troisième est une femme de 93 ans décédée de cause inconnue.

7 patients décédés aux urgences (3 %) sont des malades de l'hôpital (urgences internes). 2 proviennent du service d'hématologie, 1 de dermatologie, 1 de néphrologie, 1 de médecine interne, 1 d'endocrinologie et 1 d'un service indéterminé.

17 patients (7 %) sont amenés par les pompiers en VSAB. Un est décédé durant le transport.

6 patients (3 %) arrivent aux urgences par un autre moyen. Un est amené décédé et un moribond décède dans les minutes suivant son admission.



Ainsi, seulement 3% des patients en détresse vitale « échappent » à une régulation médicale.

### 2.2.5.2. Modes d'arrivée par pathologies

Les chiffres suivants sont calculés sur un nombre total de 220 décès, les 7 patients originaires de l'hôpital (urgences internes) étant soustraits.

Trois classes pathologiques voient leur transport vers les urgences médicalisé de façon majoritaire :

- La pathologie traumatique grave, avec 18 transports médicalisés sur 20, soit 90%.
- Un enfant de 2 ans est amené par sa famille décédé, victime d'une chute de grande hauteur
- Un patient de 76 ans, victime d'un accident de la voie publique est amené par VSAB. Il présente d'emblée une détresse respiratoire. Le bilan lésionnel retrouve un traumatisme thoracique grave fermé avec pneumothorax et contusion pulmonaire, un hémopéritoine de faible abondance, et une fracture du bassin (cotyle). Orienté vers un



service de réanimation chirurgicale, il décède avant son transport, malgré les manœuvres de réanimation entreprises.

- La pathologie cardio-vasculaire, avec 24 transports médicalisés sur 33, soit plus de 72%.

- 3 patients sont adressés par des médecins libéraux, par transports non médicalisés :

Un patient de 78 ans, originaire d'une maison de retraite, décédé secondairement en UHCD des suites d'une acidose métabolique sur ischémie aiguë d'un membre inférieur.

Un patient de 76 ans, insuffisant cardiaque majeur, grabataire avec lit médicalisé à domicile et soins infirmiers, admis en UHCD pour « fin de vie » après avis cardiologique.

Un patient de 94 ans, originaire d'une maison de retraite, adressé pour dyspnée et décédé en UHCD d'une embolie pulmonaire aiguë malgré un traitement anticoagulant à dose curative.

- 2 patients arrivent au service ni adressés par un médecin libéral, ni par le Centre 15 :

Une patiente de 89 ans, adressée directement par le personnel de sa maison de retraite pour une dyspnée évoluant depuis plusieurs jours. Elle décèdera en UHCD avec un diagnostic d'embolie pulmonaire, associé à un syndrome infectieux d'origine mixte urinaire et pulmonaire. Aucun traitement curatif invasif n'est réalisé.

Un patient de 62 ans se présentant avec une dyspnée d'apparition brutale, dans un contexte d'insuffisance cardiaque globale terminale. Ce patient décède au SAU, malgré une réanimation cardio-pulmonaire invasive de 35 minutes.

- 4 patients arrivent au SAU adressés par le Centre15 en transport non médicalisé :

Un patient de 79 ans, sans antécédent, est adressé pour une suspicion d'accident vasculaire cérébral avec trouble de la conscience. Arrivé en état de choc, il décède d'une hypovolémie sur rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale.

Une patiente de 90 ans, décède aux urgences d'un choc cardiogénique sur infarctus du myocarde, après avis cardiologique spécialisé et absence d'indication

d'une angioplastie de sauvetage. Antécédents de la patiente et anamnèse sont absents du dossier médical.

Un patient de 92 ans, adressé pour lipothymies répétitives, décède au service des urgences d'une rupture d'anévrisme aortique abdominal connu, après contre-indication chirurgicale posée par le chirurgien vasculaire.

Une patiente de 83 ans, adressée pour 2 épisodes de syncopes, arrive en état de choc avec bloc auriculo-ventriculaire du 3<sup>ème</sup> degré et décède en UHCD d'un choc cardiogénique sur infarctus du myocarde, malgré un traitement médical actif.

Après analyse rétrospective de l'anamnèse et des constantes à l'arrivée, nous estimons que la médicalisation de l'un de ces patients aurait pu éviter une évolution fatale à court terme.

- La pathologie neurologique, avec 17 transports médicalisés sur 31, soit 55 %.

Après étude de l'anamnèse et des constantes prises à l'admission de chaque patient transporté non médicalisé, nous estimons que la médicalisation du transport n'aurait pas interféré sur l'évolution fatale de ces accidents vasculaires cérébraux.

- Les patients classés « autres » ont un transport médicalisé dans 45% des cas (27 cas sur 60).

Nous estimons que dans cette sous population, 4 patients supplémentaires aurait dû bénéficier d'une prise en charge médicale pré-hospitalière :

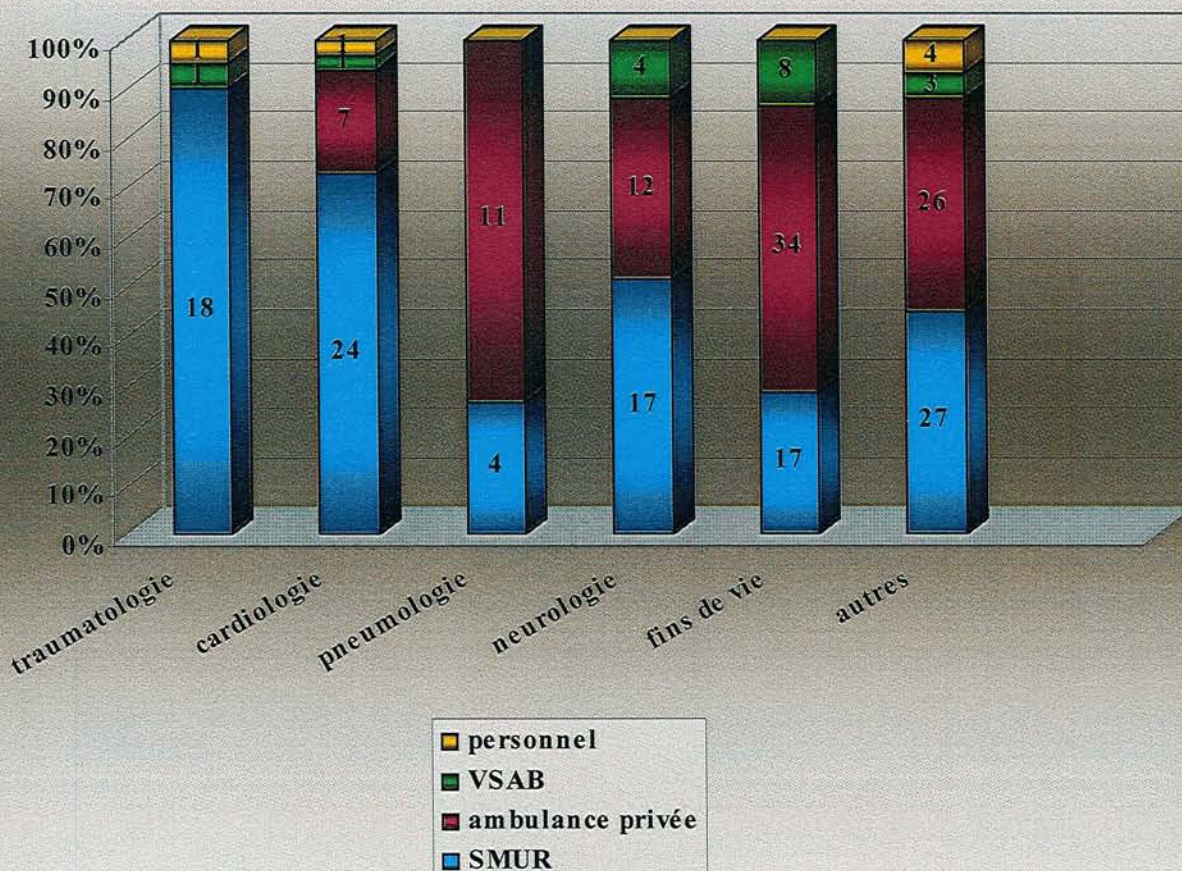
- 2 patients « échappent » à la régulation du Centre15. Il s'agit d'un homme de 50 ans adressé pour dyspnée par son médecin traitant et d'un homme de 25 ans amené moribond par ses amis.
- 1 patiente de 40 ans est adressée par le Centre15 pour douleur thoracique, en transport non médicalisé, et arrive aux urgences en état de mort apparente avec arrêt cardio circulatoire.
- 1 patiente de 74 ans, adressée pour somnolence par le Centre15, arrive au service en coma avec détresse respiratoire.

- Les patients décédant de pathologies respiratoires voient leur transport médicalisé dans 26% des cas.

Aucun transport médicalisé n'aurait à notre sens influencé l'évolution clinique des malades.

- Les patients classés « en fin de vie » bénéficient d'un transport médicalisé dans plus de 28 % des cas (17 cas sur 59). Sur ces 17 transports médicalisés, un patient est traité par remplissage vasculaire pré-hospitalier et un patient bénéficie d'une réanimation cardio-pulmonaire avec injection d'amines vaso-actives.

Modes d'arrivée par pathologie



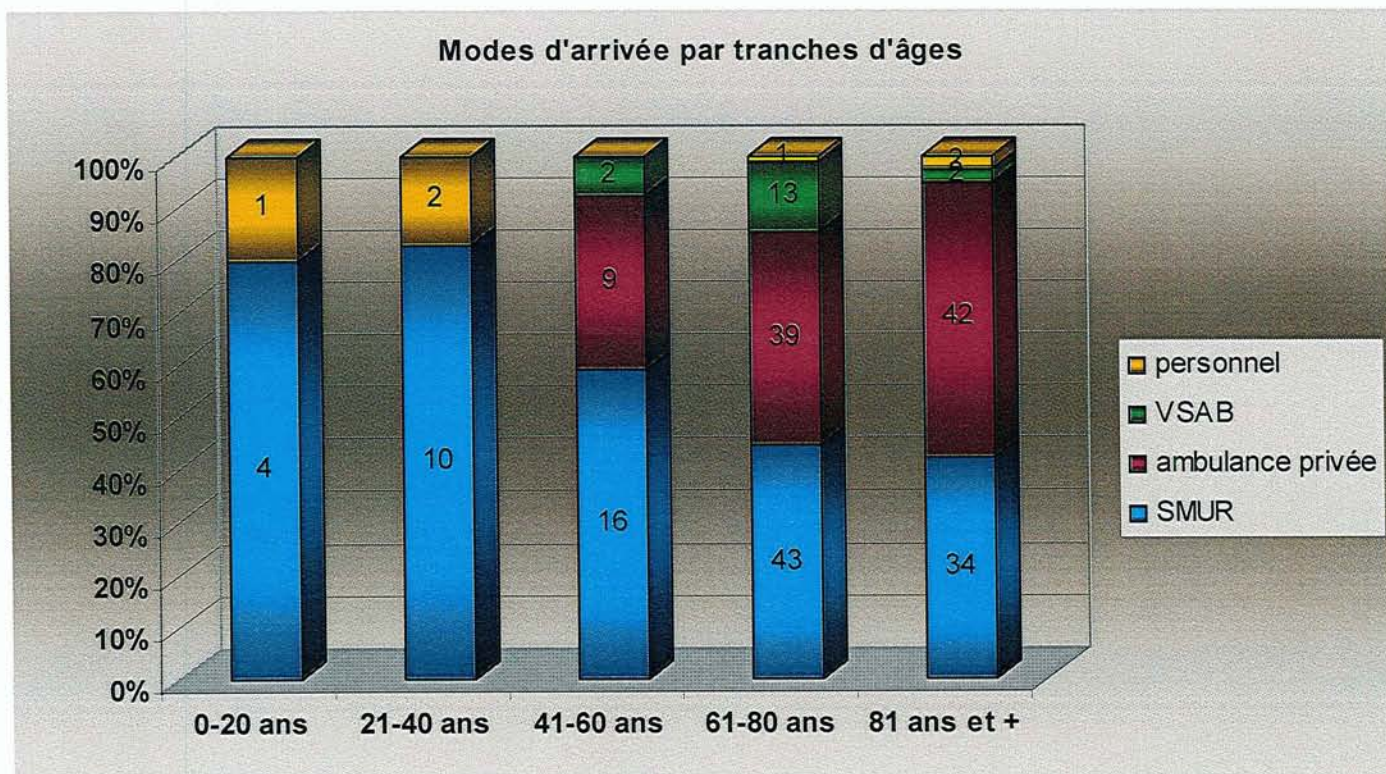
Au total et rétrospectivement, nous estimons donc à 5 (4.4% des cas) le nombre de transports, qui, s'ils avaient été médicalisés, auraient influencé l'évolution clinique à court terme des patients. Cette évaluation est faite en considérant l'anamnèse notée dans les dossiers médicaux, le motif de l'appel au secours et la distance entre le lieu de la détresse et le service des urgences. Trois des ces transports sont gérés par le Centre15.

### 2.2.5.3. Modes d'arrivée par tranches d'âges

De la même manière, les 7 patients pris en charge en urgences internes sont soustraits.

Les patients âgés de 0 à 40 ans arrivent en transport médicalisé 14 fois sur 17 (plus de 82 % des cas).

La tendance s'équilibre ensuite, avec une médicalisation dans 59 % des cas pour les 41-60 ans, 45 % pour les 61-80 ans et 42 % pour les plus de 80 ans.



Quel que soit l'âge des patients qui décèdent aux urgences, très peu d'entre eux y arrivent par un autre moyen qu'un véhicule sanitaire.

Tous les patients jeunes (de 0 à 40 ans) décédés aux urgences y arrivent par transport médicalisé, excepté ceux échappant à la régulation du Centre15 et amenés à l'hôpital par des proches.

### **2.3. DUREE MOYENNE DE SEJOUR**

Obtenu à partir des données du dossier médical informatisé, il s'agit de la durée correspondant à l'intervalle entre la création du dossier informatique et sa clôture. Il ne s'agit donc pas d'un temps de passage clinique, mais d'une durée administrative.

Elle est de 11 heures 20 minutes en moyenne.

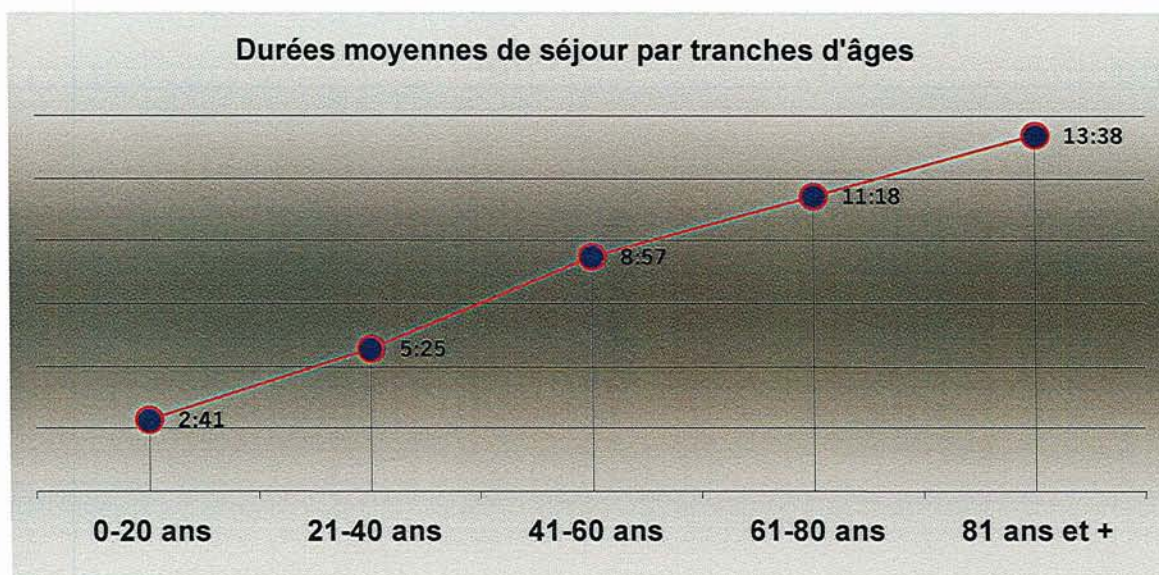
La médiane est de 4 heures 53 minutes

La durée de séjour moyenne des patients décédés en UHCD est de plus de 22 heures, la médiane étant de 17 heures et les extrêmes allant de 1 heure 40 minutes à 83 heures.

La durée moyenne de séjour des patients décédés au SAU est de 4 heures, avec une médiane de 3 heures. L'extrême inférieure est de 20 minutes et la supérieure de 25 heures.

#### **2.3.1. Par tranches d'âges**

Les patients les plus jeunes meurent rapidement, avec une durée moyenne de séjour de 2 heures 41 minutes pour les [0-20 ans]. Les patients les plus âgés décèdent plus tardivement, avec une durée moyenne de séjour de 13 heures 38 minutes pour les âges supérieurs à 80 ans.



La durée moyenne de séjour des patients décédés croît de manière quasi linéaire avec l'âge.

Quand ils décèdent aux urgences, les patients jeunes meurent rapidement malgré la prise en charge, témoignant de la sévérité d'emblée gravissime de leurs pathologies, le plus souvent d'origine traumatique.

Plus les patients sont âgés et moins leur détresse est fatale à court terme. Ceci peut s'expliquer par l'étiologie médicale des pathologies en cause et pose le problème de l'orientation des malades trop instables pour un secteur d'hospitalisation conventionnel, mais ne justifiant pas des soins lourds de réanimation. Ce type de situation explique les durées de séjours les plus élevés et la majorité des décès en UHCD.

### 2.3.2. Par pathologies

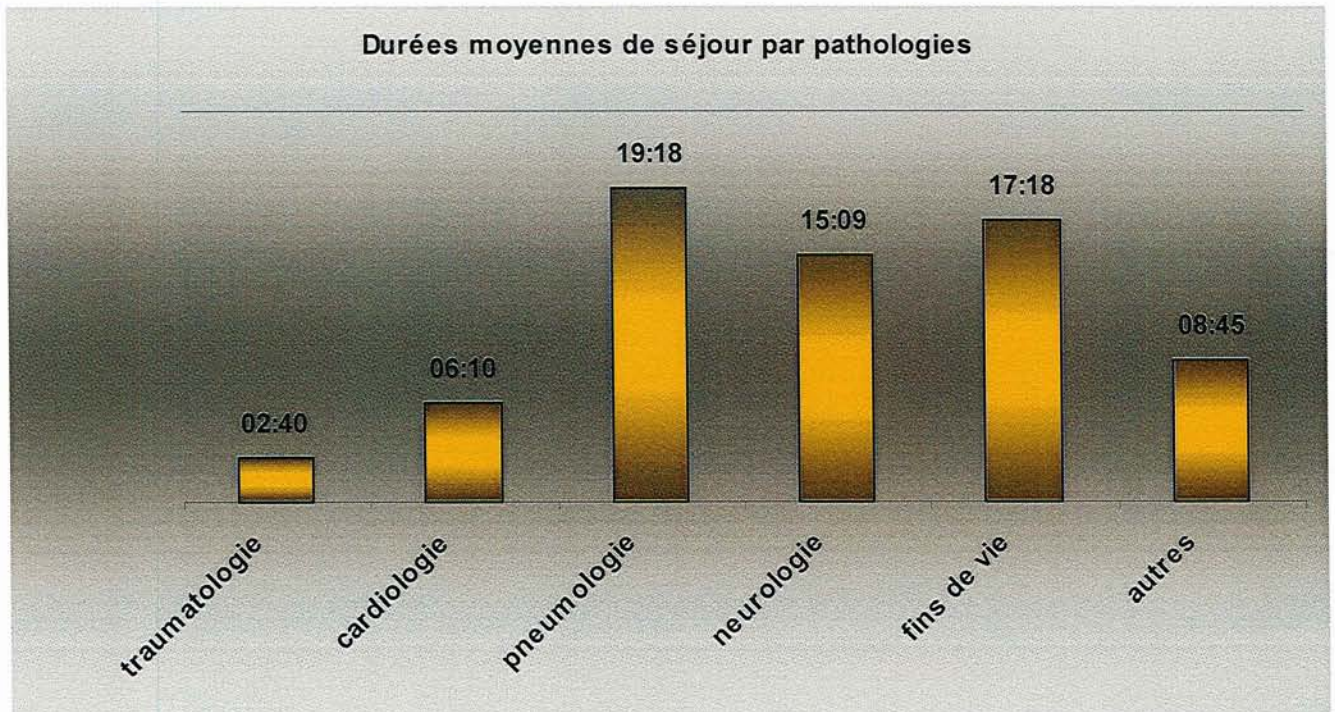
- Les polytraumatisés qui décèdent aux urgences meurent rapidement avec une durée moyenne de séjour de 2 heures 41 minutes.  
La médiane est de 2 heures 18 minutes.
- La durée moyenne de séjour de la pathologie cardio-vasculaire est d'un peu plus de 6 heures.  
La médiane est de 3 heures 7 minutes.

15 des 16 patients ayant des durées de séjour inférieures à la médiane sont pris en charge par le SMUR.

On note 11 infarctus compliqués, 2 embolies pulmonaires, une dissection aortique, une tamponnade et une rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale.

Le délai entre l'heure de décès constatée et l'heure de clôture du dossier informatique est en moyenne de 17 minutes (n=11/16).

- La durée moyenne de séjour de la classe de pathologie « autres » est de 8 heures 45 minutes.  
La médiane est de 7 heures 28 minutes.
- Les patients décédés de causes respiratoires et neurologiques, ainsi que les patients en « fin de vie », ont une durée moyenne de séjour supérieure à 15 heures.



Concernant la pathologie cardio-vasculaire, 50% des patients ayant une durée moyenne de séjour supérieure à la médiane sont pris en charge par le SMUR.

Il semble exister deux causes principales expliquant la durée moyenne de séjour élevée :

- le délai entre l'heure réelle du décès et la clôture du dossier informatique est en moyenne de 1 heure 30 minutes (n=14)
- 8 patients décèdent en UHCD, après avis spécialisé et décision de non-admission en unité de soins intensifs cardiologiques ou de chirurgie cardio-vasculaire.

## **2.4. LIEUX DE DECES**

Globalement, 22 patients (10%) décèdent durant leur transport à l'hôpital, 111 patients (49%) meurent aux urgences et 94 patients (41%) en UHCD.

### **2.4.1. Secteur pré hospitalier**

22 patients meurent durant leur transport vers les urgences.

18 sont adressés par l'intermédiaire du Centre15, 2 par celui du médecin traitant, et 2 arrivent aux urgences par moyens des personnels.

17 patients décèdent malgré une prise en charge médicale pré-hospitalière, avec tentative de réanimation pour 15 d'entre eux. Pour 2 patients, il y a abstention de soins, une fois par consigne de la famille et une fois par décision médicale à la vue des antécédents chargés.

5 patients arrivent décédés aux urgences par transport non médicalisé. 4 font partie des patients considérés « en fin de vie » et un est amené décédé par ses proches.

Ces chiffres montrent que les patients décédés durant leur transport ne le sont pas par défaut de moyen (77% de médicalisation).

### **2.4.2. Service d'Accueil des Urgences**

La durée moyenne de séjour est de 4 heures, la médiane de 3 heures.

111 patients meurent donc au SAU parmi les 205 arrivés vivants (227-22 décès pré hospitaliers).



- 54 % (60 patients arrivés vivants) de ces patients ont bénéficié d'un transport médicalisé.
- 56% (62 patients arrivés vivants) ne bénéficient d'aucune manœuvre de réanimation au SAU, mais 51 % (32 de ces 62 patients) sont pris en charge par le SMUR et donc conditionnés en phase pré hospitalière.

30 patients arrivent aux urgences par transport non médicalisé et ne bénéficient d'aucune thérapeutique de réanimation au SAU.

15 de ces 30 patients présentent des antécédents médicaux chargés. On ne note aucune étiologie traumatologique ni cardio-vasculaire dans cette population.

Les étiologies des décès de ces 30 patients sont les suivantes :

- 17 « fins de vie »
- 7 « autres » :
  - 1 choc septique chez une femme de 99 ans.
  - 1 infarctus mésentérique chez une femme de 86 ans.
  - 1 cirrhose terminale chez un homme de 43 ans.
  - 1 homme de 25 ans victime d'un arrêt cardio circulatoire amené par ses proches.
  - 1 état de choc cardiogénique chez une femme de 80 ans (urgence interne).
  - 1 choc hypovolemique sur hémorragie digestive chez un homme de 80 ans.
  - 1 arrêt cardio circulatoire chez un homme de 68 ans atteint d'une néoplasie digestive en soins palliatifs.
- 4 respiratoires :
  - 1 bronchite aiguë chez une patiente de 82 ans, comateuse, en insuffisance rénale aiguë.
  - 1 pneumopathie hypoxémiante chez une patiente de 89 ans, grabataire en maison de retraite, comateuse avec acidose respiratoire décompensée.
  - 1 encombrement bronchique chez une patiente de 71 ans retrouvée comateuse à son domicile, en insuffisance rénale aiguë sur rhabdomyolyse et en état d'acidose respiratoire décompensée.
  - 1 encombrement bronchique chez une patiente de 89 ans, arrivée comateuse, avec acidose métabolique décompensée.

- 2 accidents vasculaires cérébraux
  - 1 hémorragie intra cérébrale sous AVK avec inondation ventriculaire et engagement cérébral chez un patient de 72 ans, arrivé avec un score de Glasgow à 15 et décédé 2 heures après son admission.
  - 1 AVC clinique chez une patiente de 93 ans, originaire d'une maison de retraite, arrivée comateuse en détresse respiratoire, décédée 1 heure après son admission.
- 4 patients ont pour origine un service hospitalier de notre établissement (urgences internes).
  - 1 patient du service d'hématologie présentant un arrêt cardio circulatoire dans un contexte de choc septique, transporté aux urgences pour conditionnement avant transfert en réanimation et décédé au SAU.
  - 1 patient du service d'épuration extra-rénale ayant présenté un arrêt cardio circulatoire en cours de dialyse, décédé d'un choc cardiogénique en salle de déchocage.
  - 1 patient du service de dermatologie pris en charge pour un état de choc septique, décédé au déchocage malgré le traitement.
  - 1 patient hospitalisé dans un service de médecine non spécifié, adressé directement aux urgences pour syncope. Ce patient présente un arrêt cardio circulatoire en arrivant au service, non récupéré malgré la réanimation cardio-pulmonaire.
- 25 patients sont considérés « en fin de vie ».

Deux de ces patients, âgés de 56 ans, atteints de néoplasie en traitement palliatif, ont bénéficié d'une réanimation cardio pulmonaire.

Une patiente de 93 ans, démente et grabataire, a bénéficié d'un remplissage vasculaire dans le cadre d'un choc septique.

### **2.4.3. Unité d'Hospitalisation de Courte Durée**

En UHCD, la durée moyenne de séjour est de plus de 22 heures et la médiane de 17 heures.

94 patients y décèdent.

31 ont bénéficié d'une prise en charge médicale pré-hospitalière.

3 patients sont originaires d'urgences internes de l'hôpital.

27 sont adressés aux urgences par la médecine libérale.

45 (48%) patients présentent des antécédents médicaux chargés.

Les étiologies de décès se répartissent de la manière suivante :

- 33 « fins de vie »
  
- 22 accidents vasculaires cérébraux hémorragiques, admis en UHCD pour fin de vie après décision d'abstention thérapeutique neurochirurgicale.
  
- 21 « autres » :
  - 7 chocs septiques chez des patients de 39, 41, 67, 73, 77, 80 et 90 ans dont 4 présentent des antécédents médicaux chargés.
  - 4 morts-subites dont 3 en attente de lit de réanimation et 1 hospitalisation pour fin de vie.
  - 3 patients de 73, 83 et 84 ans hospitalisés en U.H.C.D. sans diagnostic (2 hypotensions et 1 dyspnée), en attente de lit de gériatrie.
  - 1 patiente de 92 ans, démente, hospitalisée pour fin de vie en U.H.C.D. après un diagnostic au SAU de pneumopéritoine, avec décision d'abstention thérapeutique, en collaboration avec le chirurgien digestif et la famille.
  - 2 patients de 76 et 93 ans hospitalisés pour syndrome occlusif avec consignes médicales de limitations de soins.
  - 2 états hyperosmolaires chez des patients de 84 et 88 ans en attente de lit.
  - 1 déshydratation sévère chez 1 patient de 84 ans en attente de lit.
  - 1 patiente de 72 ans admise au SAU pour ascite et en U.H.C.D. pour fin de vie.
  
- 9 causes respiratoires :
  - un patient de 70 ans, admis pour pneumopathie, décédé d'une insuffisance respiratoire sans ventilation invasive, sans avis spécialisé du réanimateur.
  - un patient de 95 ans, admis pour pneumopathie bi-basale, décédé d'insuffisance respiratoire sans réanimation invasive, après consultation de la famille.

- un patient de 77 ans, admis pour pneumopathie d'inhalation dans un contexte de néoplasie ORL, décédé sans réanimation invasive avant sa prise en charge prévue en pneumologie.
  - un patient de 81 ans, admis pour pneumopathie et décédé sans traitement, sans avis spécialisé, et sans consultation familiale (famille injoignable).
  - un patient de 72 ans, admis pour bronchite dans un contexte de néoplasie de l'œsophage en cours de traitement, décédé sans réanimation invasive, sans avis spécialisé ni familial.
  - un patient de 91 ans admis pour pneumopathie, décédé sans réanimation invasive, sans avis spécialisé ni familial.
  - une patiente de 89 ans admise pour bronchite aiguë et décédée sans réanimation invasive, avis spécialisé ni familial.
  - un patient de 51 ans, originaire du CHS de psychiatrie, pris en charge par le SMUR pour fausse route alimentaire, traité par réanimation cardio pulmonaire. Il est admis en UHCD intubé ventilé, pour fin de vie, sans avis spécialisé ni familial.
  - un patient de 90 ans, admis pour insuffisance respiratoire aiguë sur pneumothorax drainé aux urgences et décédé sans contexte précisé.
- 8 causes cardio-vasculaires :
    - une patiente de 78 ans, admise et décédée dans un tableau d'acidose métabolique sur ischémie aiguë d'un membre inférieur avec décision d'abstention thérapeutique chirurgicale vasculaire.
    - une patiente de 83 ans, admise et décédée d'un infarctus compliqué d'un bloc auriculo-ventriculaire du 3<sup>ème</sup> degré, traité par héparine et dobutamine, sans avis spécialisé.
    - une patiente de 92 ans, admise et décédée d'un œdème aigu du poumon, traité par ventilation non invasive et amines vasopressives, sans avis spécialisé.
    - une patiente de 75 ans, admise et décédée d'un œdème aigu du poumon, après avis cardiologique spécialisé, intubée et ventilée en UHCD, puis traitée de manière palliative après avis familial.
    - une patiente de 80 ans, admise pour « fin de vie », et décédée d'un choc cardiogénique, après avis cardiologique spécialisé.
    - une patiente de 90 ans, admise et décédée d'une embolie pulmonaire, non traitée, sans avis spécialisé.

- une patiente de 94 ans, admise et décédée d'une embolie pulmonaire, traitée par anticoagulants, avec consigne familiale de ne pas entreprendre de traitement invasif.
- un patient de 90 ans, admis pour « fin de vie » et décédé d'une rupture d'anévrisme, après avis chirurgical vasculaire.

- 1 cause traumatologique :
  - un patient de 81 ans, admis pour « fin de vie » après prise en charge pré-hospitalière pour tentative de suicide par pendaison.

Au total, en UHCD 63 patients (67%) ne bénéficient d'aucune thérapeutique dite de réanimation, 14 étant pris en charge en phase pré-hospitalière.

- Aucun patient de la tranche d'âge [0-20] ans ne décède en UHCD.
- 2 patients de la tranche d'âge [21-40 ans] décèdent en UHCD.
  - 1 patiente de 39 ans, admise dans un contexte de douleurs abdominales et décédée d'un choc septique.
  - 1 patient de 39 ans, admis pour « fin de vie » après une hémorragie méningée en dehors de toute ressource thérapeutique.
- 8 patients de la tranche d'âge [41-60 ans] décèdent en UHCD.
  - 7 patients admis pour soins palliatifs de fin de vie.
  - 1 patiente, en attente d'un lit de réanimation, décédée d'un choc septique.
- 44 patients de la tranche d'âge [60 - 80ans] meurent en UHCD.
  - 33 patients sont admis pour soins palliatifs et fin de vie.
  - 3 patients décèdent de causes respiratoires sans ventilation invasive.
  - 2 patients sont admis intubés et ventilés en attente d'un lit de réanimation.
  - 1 patient de 81 ans poly-vasculaire et bronchiteux chronique, admis et décédé dans un tableau de défaillance multi-viscérale d'origine septique.
  - 1 patient de 73 ans atteint d'une cirrhose hépatique évoluée, admis pour hémorragie digestive et décédé d'un choc réfractaire d'origine non déterminé.

- 1 patiente de 67 ans, grabataire, tétraplégique suite à un accident vasculaire cérébral, décédée d'un choc septique d'origine pulmonaire.
  - 1 patiente de 77 ans, admise en collapsus dans un tableau d'occlusion intestinale avec déshydratation majeure.
  - 1 patient de 77 ans, admis dans un tableau de sepsis sévère avec collapsus et décédé d'un choc septique.
- Les patients de plus de 80 ans :
    - 22 patients (61 %) sont admis pour « fin de vie » et soins palliatifs.
    - 3 patients décèdent de causes cardio-vasculaires (un infarctus compliqué, un œdème aigu pulmonaire et une embolie pulmonaire), malgré le traitement étiologique.
    - 4 patients meurent d'insuffisance respiratoire aiguë d'origine infectieuse, malgré le traitement étiologique non invasif.
    - 2 patientes meurent d'une acidose métabolique compliquant un état d'hyperosmolarité.
    - 2 patients sont admis en état de choc d'origine indéterminée.
    - 1 patiente décède d'un état de déshydratation majeure avec insuffisance rénale aiguë.
    - 1 patiente décède d'un choc septique

Globalement, 67% (63/94) des patients décédés en UHCD sont admis pour soins palliatifs et fins de vie.

15 des 31 patients restants présentent une détresse vitale survenant dans un contexte d'antécédents médicaux chargés.

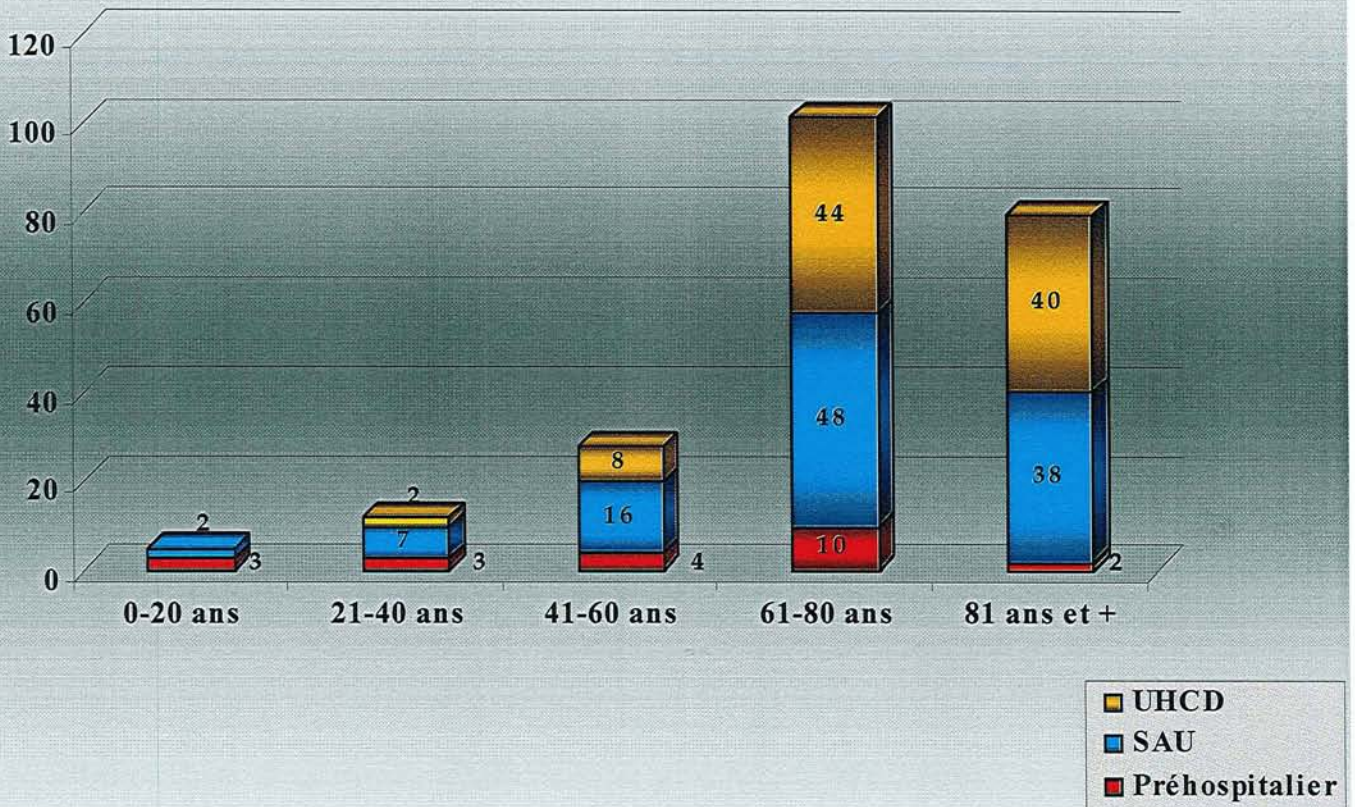
3 patients sont en attente de lit de réanimation.

#### **2.4.4. Lieux de décès par tranches d'âges**

90% (15 cas sur 17) des 0-40 ans meurent au SAU (9 cas) ou pendant leur transport (6 cas).

Les patients âgés décèdent majoritairement en UHCD.

Lieux de décès par tranches d'âges

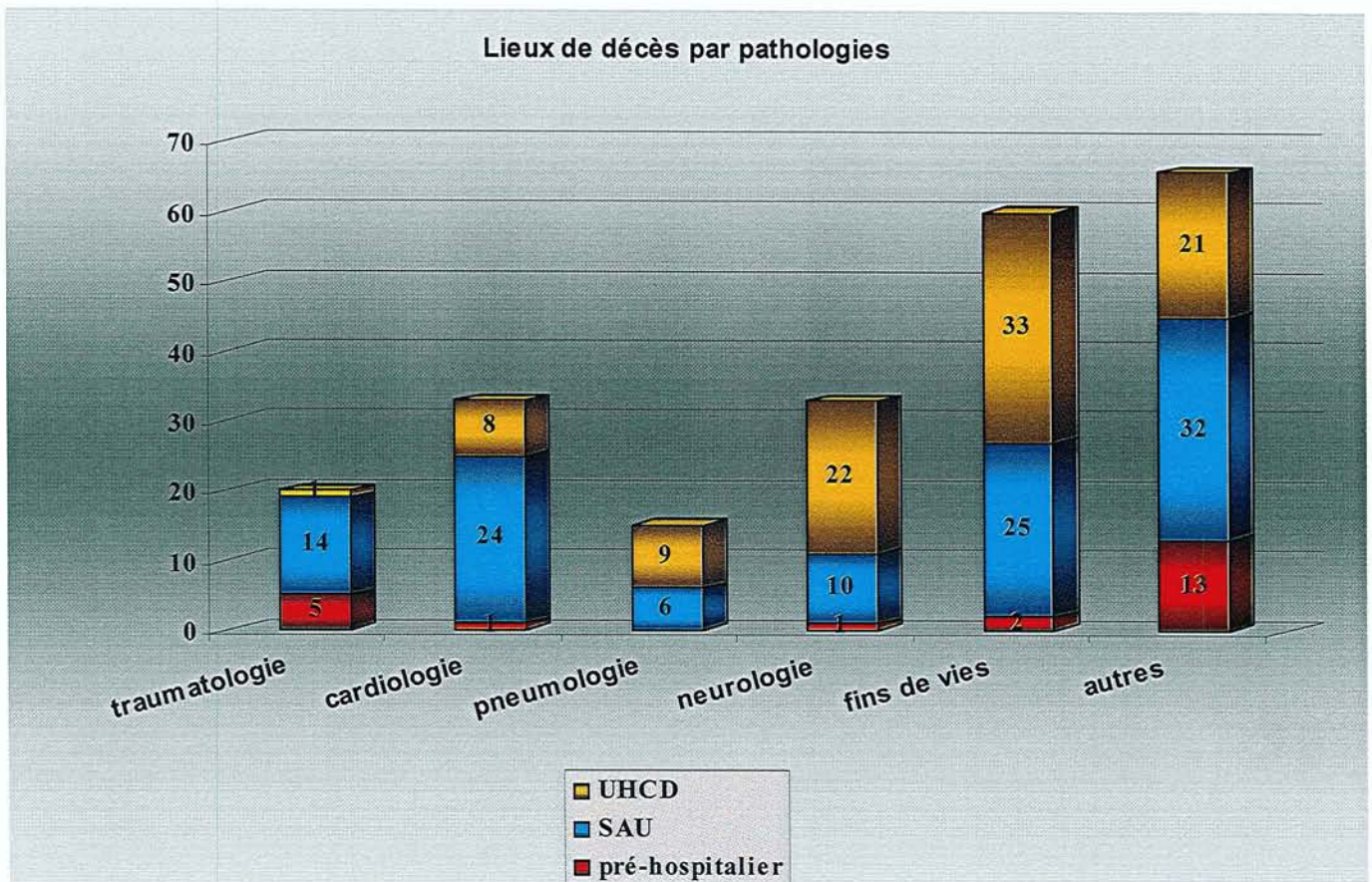


L'UHCD joue un rôle primordial dans la prise en charge de la pathologie aiguë du sujet âgé. Les difficultés rencontrées pour hospitaliser les patients âgés dans les « services de spécialités », de manière non programmée, tendent à faire penser que ce « rôle » ne peut prendre que de l'ampleur...

#### 2.4.5. Lieux de décès par pathologies

22 patients décèdent durant leur transport. Les 13 patients de la classe pathologique « autres » décédés en secteur pré-hospitalier correspondent aux morts subites de l'adulte.

Les patients présentant une détresse d'origine respiratoire ou neurologique fatale décèdent majoritairement en UHCD, tandis que les patients présentant une détresse d'origine cardio-vasculaire ou traumatique décèdent de manière plus fréquente au SAU.



Les décès en U.H.C.D. intéressent majoritairement les « fins de vie », les accidents neurologiques et la pathologie aiguë du sujet âgé.

Les décès au SAU concernent toutes les pathologies.

Aucun décès de cause respiratoire n'a eu lieu en pré hospitalier.

## 2.5. ETUDE CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE

Dans cette partie, tous les patients déclarés décédés à l'arrivée au service (décès pré hospitaliers) sont soustraits. Nous considérons donc les 205 patients restant.

Les aspects étudiés sont :

- les antécédents
- les constantes physiologiques à l'admission (score de Glasgow, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, tension artérielle systolique)
- les thérapeutiques employées parmi les suivantes : massage cardiaque externe, remplissage vasculaire, intubation orotrachéale, ventilation



mécanique sur intubation, sédation, administration d'amines vaso-actives.

### **2.5.1. Antécédents**

Dans notre étude, 72 patients (35%) présentant des antécédents médicaux jugés sévères, arrivent vivant aux urgences.

69 % (n=50) de ces antécédents sont d'origine néoplasique.

16 % (n=11) de ces patients sont grabataires.

7 % (n=5) présentent une démence évoluée.

8 % (n=6) présentent une insuffisance cardiaque ou respiratoire majeure.

41 % (17 patients sur 41) adressés par la médecine libérale et 28 % (47 patients sur 166) adressés par le Centre15 présentent de tels antécédents.

26 % (19 cas) des patients appartenant à ce groupe ont bénéficié de thérapeutiques dites, dans notre étude, de réanimation :

- 6 en secteur pré hospitalier
- 11 au SAU
- 9 en UHCD

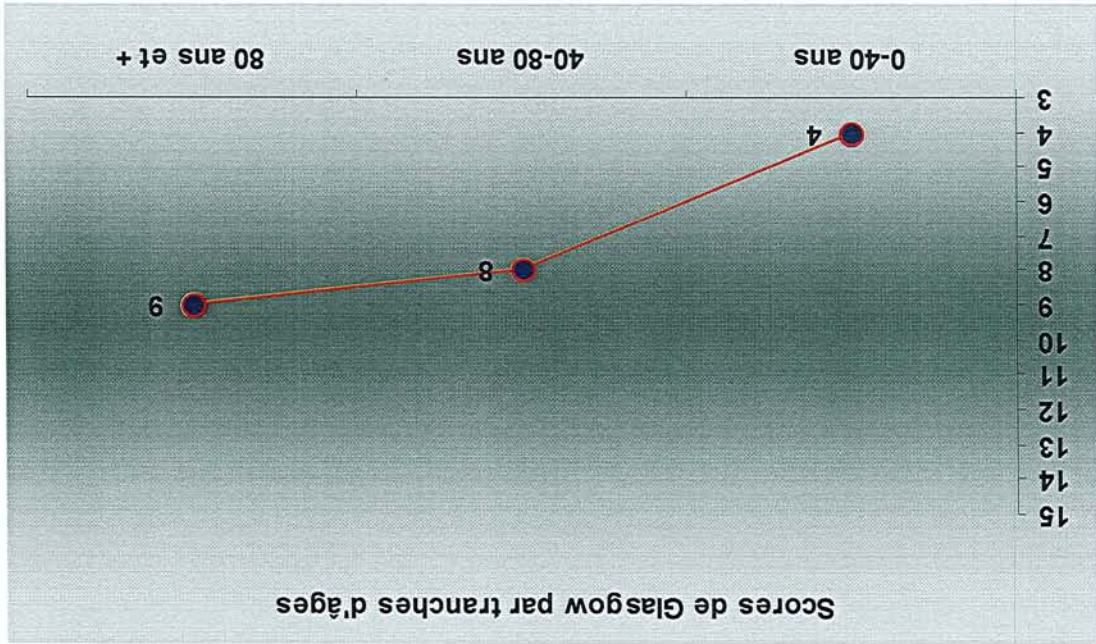
### **2.5.2. Constantes à l'admission**

#### **2.5.2.1. Score de Glasgow**

161 scores de Glasgow sont inscrits dans les dossiers étudiés.

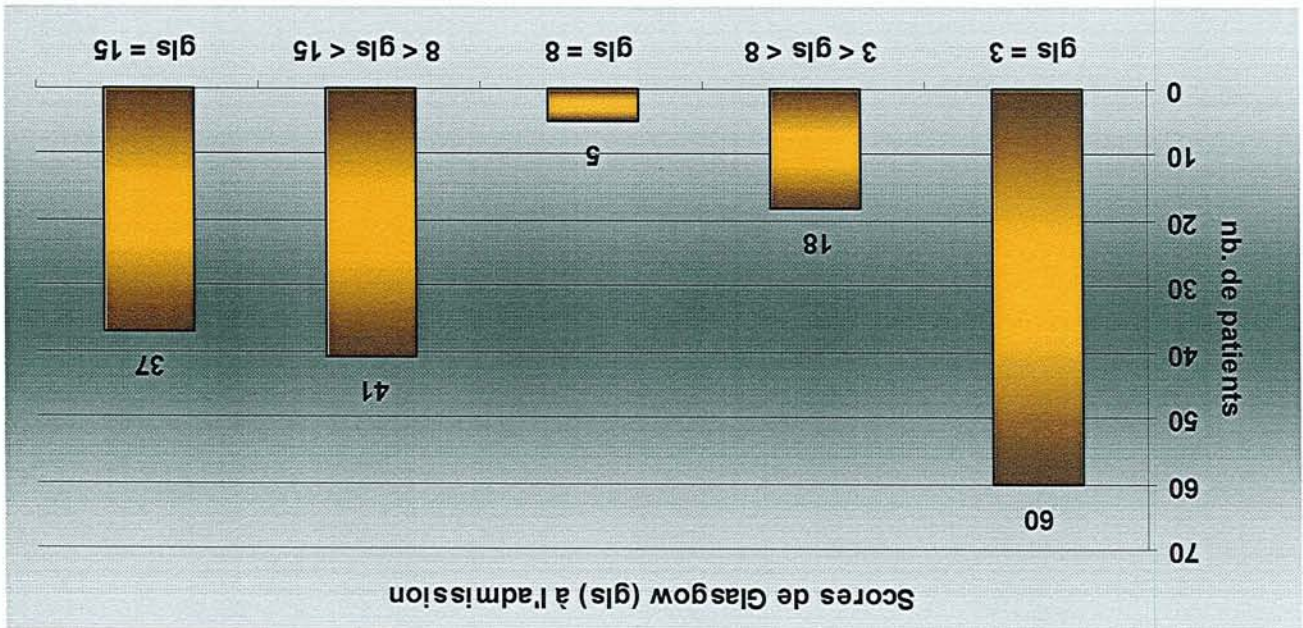
Le score moyen est de 8.

Ils se distribuent de la manière suivante :



• Scores de Glasgow moyens par tranches d'âges :

37% des patients décédés aux urgences arrivent avec un score de Glasgow à 3.  
 51% des patients décédés arrivent en coma grave avec score de Glasgow inférieur ou égal à 8.  
 22% des patients arrivent avec une conscience non altérée.



Les comas graves concernent les patients les plus jeunes arrivant au SAU, et sont principalement d'origine traumatique.

#### **2.5.2.2. Tension artérielle systolique**

169 valeurs de tension artérielle systoliques sont inscrites dans les dossiers médicaux étudiés, avec des extrêmes allant de 0 à 254 mmHg.

La tension artérielle systolique moyenne est de 120 mmHg.

#### **2.5.2.3. Fréquence cardiaque**

166 valeurs de FC sont notées dans les dossiers, avec des extrêmes allant de 0 à 170 battements par minute.

La fréquence cardiaque moyenne est de 94 / mn.

#### **2.5.2.4. Fréquence respiratoire**

106 valeurs sont inscrites dans les dossiers, avec des extrêmes allant de 0 à 76 cycles par minute.

La fréquence respiratoire moyenne est de 27/mn.

#### **2.5.2.5. Saturation pulsée en oxygène**

145 valeurs de Spo2 sont inscrites dans les dossiers, les valeurs extrêmes étant de 60 et 100 %.

La Spo2 moyenne est de 90 %.

#### **2.5.2.6. Manœuvres de réanimation**

Dans ce travail, nous considérons comme manœuvres de réanimation, le remplissage vasculaire, l'utilisation d'amines vaso-actives, le massage cardiaque externe, la sédation, l'intubation et la ventilation assistée.

De plus, nous distinguons 3 secteurs d'intervention :

- le secteur pré hospitalier
- le Service d'Accueil des Urgences
- l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

#### **2.5.2.6.1. Secteur pré hospitalier**

108 patients sont pris en charge par le SMUR.

- Population non traitée

46 % des patients (50 cas) ne bénéficient d'aucune thérapeutique de réanimation.

La moyenne d'âge de cette population est de 76 ans.

35 % de ces patients (18 cas) présentent des antécédents médicaux sévères.

2 patients décèdent avant leur arrivée au service des urgences.

30 décèdent au SAU.

18 décèdent en UHCD.

- Population traitée

54 % des patients (58 cas) bénéficient d'au moins une des thérapeutiques de réanimation étudiées.

La moyenne d'âge de cette population est 62 ans.

10 % de ces patients (6 cas) présentent des antécédents médicaux sévères.

Les thérapeutiques employées se répartissent de la manière suivante :

- 38 réanimations cardio-pulmonaires (65% des cas).
- 10 remplissages vasculaires, dont 3 avec adjonction d'amines et un avec sédation.
- 10 sédations, pour intubation et ventilation assistée, dont 4 avec remplissage vasculaire ou adjonction d'amine vaso-actives.

26 % de ces patients (15 cas) décèdent avant leur arrivée au service des urgences (4 polytraumatisés, un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral et 9 morts subites).

52 % de ces patients (30 cas) décèdent au service des urgences (11 polytraumatisés, 8 causes cardio-vasculaires, 1 cause respiratoire, 2 accidents

vasculaires cérébraux et 8 causes « autres »), malgré la poursuite de la réanimation entreprise en phase pré hospitalière pour 15 d'entre eux.

22 % de ces patients (13 cas) décèdent en UHCD, tous admis pour « fin de vie ». 3 d'entre eux bénéficieront tout de même d'une perfusion d'amines vaso-actives.

#### **2.5.2.6.2. Service d'Accueil des Urgences**

Nous considérons ici les patients arrivés aux urgences sans prise en charge médicale pré-hospitalière et décédés au service, soit 119 patients.

- Population non traitée

76 % de ces patients (90 cas) ne bénéficient d'aucune manœuvre de réanimation.

La moyenne d'âge est de 76 ans.

48 % de ces patients (43 cas) présentent des antécédents médicaux sévères.

5 patients arrivent décédés.

30 patients décèdent au SAU (17 « fins de vie », 4 causes respiratoires, 2 accidents vasculaires cérébraux et 7 classés « autres »).

55 patients décèdent en UHCD (30 « fins de vie », 7 causes respiratoires, 4 causes cardio-vasculaires et 14 « autres »). 12 de ces patients bénéficient de manœuvres de réanimation après leur admission, dont 7 réanimations cardio-pulmonaires.

- Population traitée

24 % de ces patients (29 cas) arrivés aux urgences par transport non médicalisé et déclarés décédés au service ont bénéficié de manœuvres de réanimation.

La moyenne d'âge de cette population est 73 ans.

24 % de ces patients (7 cas) présentent des antécédents médicaux sévères.

Les manœuvres de réanimation se répartissent de la manière suivante :

- 15 réanimations cardio-pulmonaires.
- 9 sédations pour intubation avec ventilation assistée, dont 4 avec amine et une avec remplissage vasculaire.
- 4 remplissages vasculaires.
- 1 administration d'amines vaso-actives exclusive.

21 patients décèdent au SAU malgré la réanimation entreprise.

8 patients décèdent en UHCD. 5 sont admis pour « fin de vie », 1 pour hypotension (« autre ») et 2 en attente de lit de réanimation (urgences internes).

### **2.5.2.6.3. Unité d'Hospitalisation de Courte Durée**

Nous considérons ici les patients admis et décédé en UHCD, soit 94 sujets.

- Population non traitée

70 % de ces patients (65 cas) ne bénéficient d'aucune thérapeutique de réanimation.

La moyenne d'âge est de 80 ans.

45 % de ces patients (29 cas) présentent des antécédents médicaux sévères.

20 patients sont admis après prise en charge médicale pré-hospitalière.

97 % de ces patients (63 cas) n'ont eu aucune manœuvre de réanimation au SAU.

- Population traitée

30 % de ces patients (29 cas) bénéficient d'au moins une thérapeutique de réanimation.

La moyenne d'âge est de 69 ans.

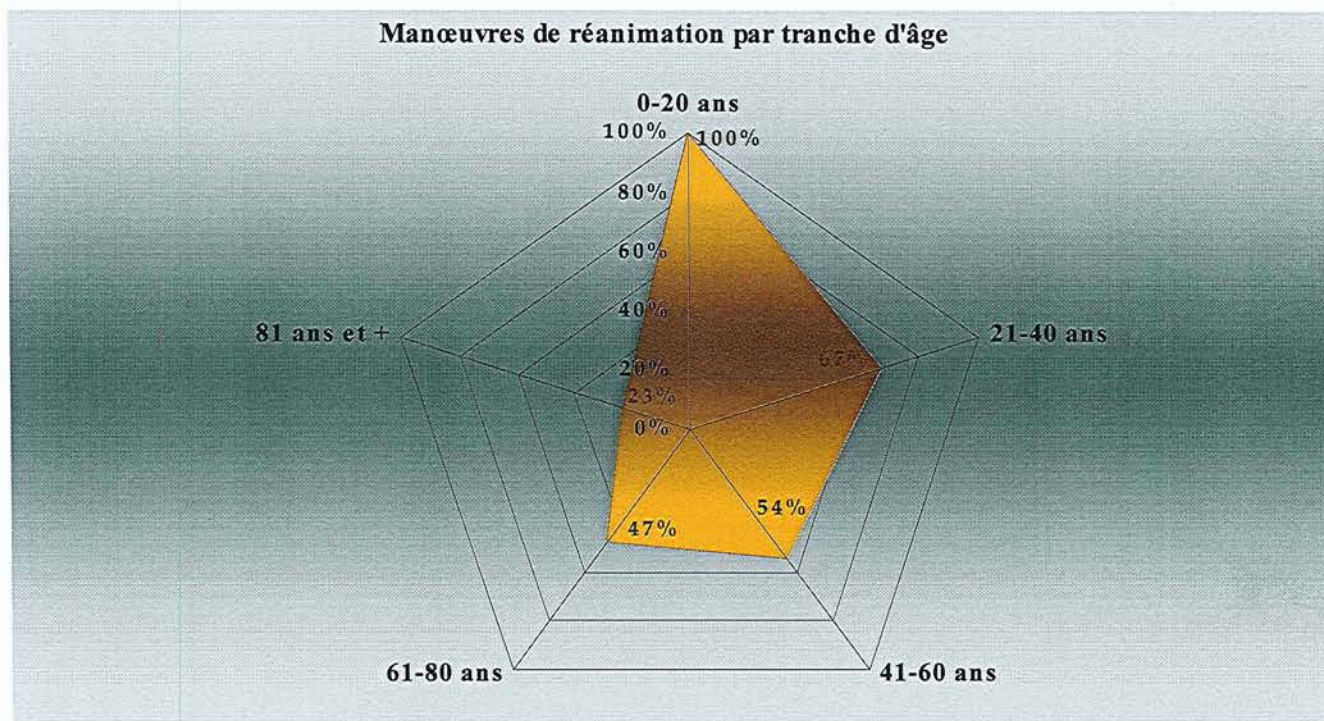
52 % de ces patients (15 cas) présentent des antécédents médicaux sévères.

Les manœuvres de réanimation se répartissent de la manière suivante :

- 9 réanimations cardio-pulmonaires, dont une réalisée chez une patiente admise pour « fin de vie ».
- 8 ventilations assistées sur intubation trachéale, dont 7 pour des patients en « fin de vie » et une pour un malade en attente de lit de réanimation.
- 2 sédations pour intubation avec ventilation assistée.
- 5 remplissages vasculaires, dont un associé à la perfusion d'amines vaso-actives. 3 patients bénéficiant d'un remplissage vasculaire étaient admis en UHCD pour « fin de vie ».
- 5 administrations d'amines vaso-actives, dont 2 pour des patients admis en « fin de vie ».

#### 2.5.2.6.4. Manœuvres de réanimation par tranches d'âges

Les manœuvres de réanimations par tranches d'âges se distribuent globalement de la manière suivante :



Plus les patients sont âgés et moins les manœuvres de réanimation sont entreprises aux urgences.

Il n'est pas possible de conclure que l'âge seul est un facteur limitant de la réanimation au service des urgences, mais il contribue de manière certaine.

- 100% des patients de la tranche d'âge [0-20 ans] (n=5) ont bénéficié de manœuvres de réanimation invasive.  
3 patients sont arrivés décédés au SAU.  
2 patients, arrivés vivant après réanimation pré hospitalière, ont bénéficié d'une poursuite de celle-ci aux urgences (un polytraumatisé et une intoxication médicamenteuse volontaire).

	<b>Mode d'arrivée</b>	<b>Glasgow à l'arrivée</b>	<b>Réanimation pré hospitalière</b>	<b>Réanimation au SAU</b>	<b>Lieu de décès</b>
<b>1</b>	personnels	décès	non	non	pré hospitalier
<b>2</b>	SMUR	décès	oui	non	pré hospitalier
<b>3</b>	SMUR	décès	oui	non	pré hospitalier
<b>4</b>	SMUR	3	oui	oui	SAU
<b>5</b>	SMUR	3	oui	oui	SAU

Toutes les thérapeutiques de réanimation citées précédemment sont employées pour chaque cas clinique, excepté pour le patient amené décédé par sa famille.

Les réanimations pré hospitalières et poursuivies aux urgences sont intensives et prolongées.

Un patient, pris en charge dans les suites d'une intoxication médicamenteuse, a bénéficié d'un massage cardiaque externe pendant 2 heures 30 et de la perfusion de 65 mg d'adrénaline.

L'autre, traumatisé crânien grave avec choc hémorragique, a présenté 5 épisodes d'arrêt cardio-circulatoire en phase pré hospitalière et est arrivé en cours de réanimation cardio-pulmonaire, celle-ci poursuivie durant 30 minutes au service des urgences.

- la tranche d'âge] 20-40ans] concerne 12 patients.

10 sont pris en charge par le SMUR, dont 9 nécessitant des soins de réanimation extrahospitaliers. 3 patients décèdent avant leur arrivée aux urgences.

Sur les 7 sujets arrivés vivants à l'hôpital, 4 ne bénéficient pas de poursuite de réanimation au SAU. Un de ces patients décède en UHCD. 2 patients arrivent aux urgences par « moyens personnels », ne bénéficiant d'aucune thérapeutique de réanimation. Un de ces patients décède en UHCD d'un choc septique foudroyant. L'autre, amené moribond, meurt dès son arrivée au service, avec abstention de soin de réanimation.



	Mode d'arrivée	Glasgow à l'arrivée	Réanimation pré hospitalière	Réanimation au SAU	Réanimation en UHCD	Lieu de décès
1	personnels	15	non	non	oui	UHCD
2	personnels	3	non	non	non	SAU
3	SMUR	décès	oui	non	non	pré hospitalier
4	SMUR	décès	oui	non	non	pré hospitalier
5	SMUR	décès	oui	non	non	pré hospitalier
6	SMUR	13	non	oui	non	SAU
7	SMUR	3	oui	oui	non	SAU
8	SMUR	3	oui	non	non	SAU
9	SMUR	3	oui	non	non	SAU
10	SMUR	3	oui	non	oui	UHCD
11	SMUR	3	oui	non	non	SAU
12	SMUR	3	oui	oui	non	SAU

Pour les patients arrivés vivants à l'hôpital, les manœuvres de réanimation débutées à la phase pré hospitalière ne sont pas toujours poursuivies au SAU. L'arrêt des soins semble mieux accepté et acceptable à l'hôpital qu'en milieu extra hospitalier.

Sur 10 patients arrivés vivants aux urgences, 3 ont bénéficié d'une réanimation cardio-pulmonaire. Une est entreprise en phase pré hospitalière, une au SAU et une en UHCD.

57% des patients arrivés vivants et décédés au SAU ont des soins limités à ceux de la phase pré hospitalière.

- Les] 40-60 ans] sont représentés par 28 patients.

16 patients (57%) sont pris en charge par le SMUR, dont 10 (62%) bénéficient de manœuvres de réanimation pré hospitalières. 4 patients décèdent durant leur transport malgré les manœuvres de réanimation.

Parmi les 24 patients arrivés vivants à l'hôpital, 16 décèdent au SAU et 8 en UHCD.

Au SAU, 5 manœuvres de réanimation cardio-pulmonaires invasives sont entreprises, 7 patients ne bénéficient d'aucune thérapeutique de réanimation et 4 patients voient leur traitement limité (un remplissage vasculaire avec prescription d'amines vaso-actives, une sédation pour intubation et support inotrope, 2 ventilations assistées sur intubation trachéale).

En UHCD, 2 manœuvres de réanimation cardio-pulmonaire invasives sont entreprises, 3 patients n'ont aucune thérapeutique de réanimation et 3 sujets ont des soins limités, consistant en une ventilation assistée sur intubation trachéale pour 2 patients et en un remplissage vasculaire pour un patient.

Au total, nous recensons:

- 10 abstentions thérapeutiques (42%)
- 7 limitations thérapeutiques (29%)
- 7 réanimations cardio-pulmonaires (29%).

Nous rapelons que 4 patients sont décédés avant leur arrivée aux urgences, ce malgré la RCP entreprise.

- La tranche d'âge] 60-80 ans] concerne 102 patients.

42 patients (46%) sont pris en charge par le SMUR, parmi lesquels 23 n'ont pas de soin de réanimation en phase pré hospitalière.

10 patients bénéficient d'une réanimation cardio-pulmonaire en phase pré hospitalière.

10 patients décèdent durant leur transport vers le service des urgences.

Parmi les 92 patients arrivés vivants aux urgences, 48 (52%) décèdent au SAU et 44 en UHCD.

Au SAU, 17 manœuvres de réanimation cardio-pulmonaire (18%) sont entreprises, et 3 sont les suites de telles actions débutées en phase pré hospitalière.

9 patients (10%) sont sédatisés et intubés pour ventilation assistée au SAU.

23 patients (25%) décèdent au SAU, avec décision d'abstention de soins de réanimation.

8 patients décèdent au SAU, malgré des thérapeutiques de réanimation sans réanimation cardio-pulmonaire. 7 sont sédatisés, intubés, ventilés artificiellement et bénéficient d'une perfusion d'amines vaso-actives. Un patient ne reçoit qu'un remplissage vasculaire.

11 patients sont orientés en UHCD, avec prescription de soins de réanimation limités au remplissage vasculaire et à l'administration d'amines vaso-actives.

En UHCD, 5 manœuvres de réanimation cardio-pulmonaire sont entreprises.

28 patients (63%) ne bénéficient d'aucune thérapeutique de réanimation.

11 patients ont des soins de réanimation : 5 ventilations assistées sur intubation trachéale, 4 remplissages vasculaires dont un avec perfusion d'amines vaso-actives, un traitement par amines vaso-actives seules et une sédation pour intubation trachéale et ventilation assistée.

Au total, nous retrouvons pour cette tranche d'âge :

- 51 abstentions thérapeutiques (55 %)
  - 19 limitations thérapeutiques (21 %)
  - 22 réanimations cardio-pulmonaires (24%).
- 
- La tranche d'âge des plus de 80 ans compte 80 sujets.

34 patients (43%) sont pris en charge par le SMUR.

2 patients arrivent décédés aux urgences.

Parmi les 78 patients de plus de 80 ans décédés dans le service, 40 meurent en UHCD (50%).

Pour les 38 patients décédés au SAU, 7 (18%) traitements par manœuvres de réanimation cardio-pulmonaire sont entreprises.

Nous retrouvons dans cette sous population 28 (74%) décisions d'abstention de soins.

3 patients ont des thérapeutiques limitées, à savoir une perfusion d'amines vaso-actives pour l'un, et un remplissage vasculaire, dont un associé à une perfusion d'amines vaso-actives, pour 2 autres.

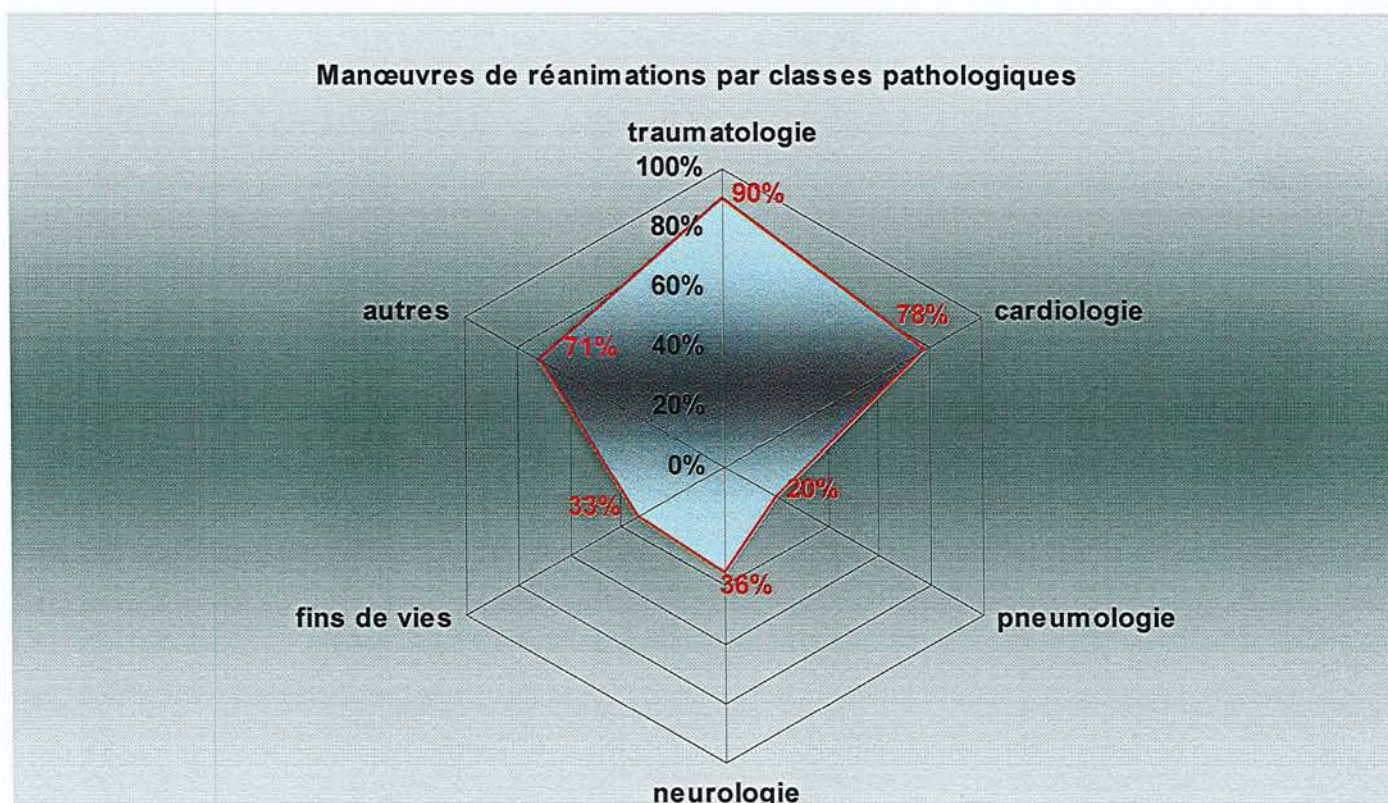
Concernant les traitements des 40 patients décédés en UHCD, nous retrouvons une réanimation cardio-pulmonaire, 34 décisions d'abstention de soins et 5 décisions de limitation de soins (une ventilation assistée sur intubation trachéale, une sédation pour intubation trachéale et ventilation assistée et 3 perfusions d'amines vaso-actives).

Au total, pour les plus de 80 ans, nous notons :

- 62 abstentions thérapeutiques (80%)
- 8 limitations thérapeutiques (10%)
- 8 réanimations cardio-pulmonaires (10%).

#### 2.5.2.6.5. manœuvres de réanimation par pathologies

Par pathologie, les manœuvres de réanimation se distribuent suivant le schéma suivant :



Toutes les classes pathologiques sont concernées par des abstentions de soins de réanimation, les plus fréquentes concernant la pathologie respiratoire (80% d'abstentions).

Un tiers des patients en fin de vie se voient prescrire des manœuvres de réanimation, témoignant du manque de communication des équipes soignantes régulières de ces patients et de l'absence d'information claire concernant leur avenir et leur prise en charge en cas de détresse vitale.

## **2.6. ETUDE SYNTHETIQUE DE LA POPULATION LA PLUS AGE**

Nous considérons ici les patients âgés de plus de 80 ans. 80 sujets sont concernés, soit 35 % de la population de notre travail.

### **2.6.1. Mode d'arrivée et origine des patients**

42 % des sujets (32 cas) sont transportés au service des urgences par le SMUR.

26 % des patients (21 cas) sont adressés par des médecins libéraux.

67 % des patients (54 cas) sont adressés par le Centre15.

32 % des patients (26 cas) proviennent d'autres établissements de soins, 27 % (22 cas) de leur domicile.

L'origine des patients n'est pas connue dans 39 % des cas (31 sujets).

### **2.6.2. Antécédents**

25 % des patients présentent des antécédents médicaux sévères, retrouvés dans le dossier médical (néoplasie, dépendance physique globale, démence, insuffisance cardiaque ou respiratoire terminale).

### **2.6.3. Etat de conscience à l'arrivée au service des urgences**

2 patients sont décédés durant leur transport.

52 % des patients (42 cas) arrivent au SAU avec un score de Glasgow inférieur à 13.

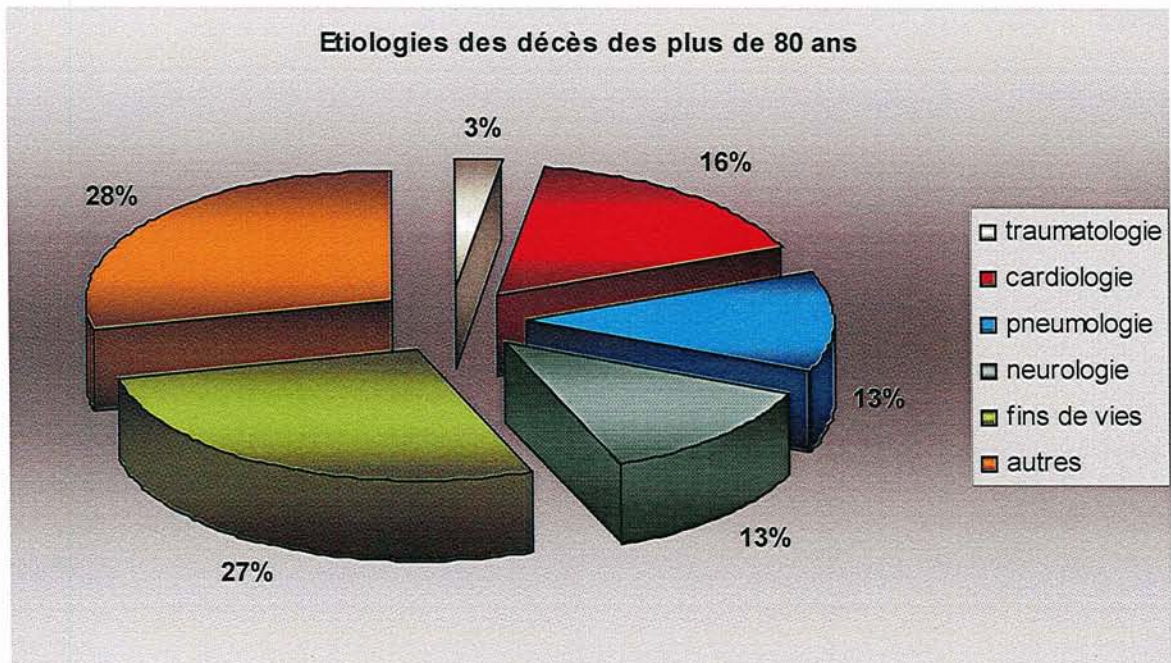
14 % des patients (11 cas) arrivent au SAU avec un score de Glasgow coté à 15.

#### 2.6.4. Manœuvres de réanimation

79 % des patients (62 cas) n'ont bénéficié d'aucune thérapeutique de réanimation au service des urgences.

#### 2.6.5. Etiologies des décès

Les étiologies des décès se répartissent de la manière suivante :



#### 2.6.6. Durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour aux urgences des patients âgés de plus de 80 ans est élevée, soit 13 heures 39 minutes.

#### 2.6.7. Lieux de décès

2 patients sont décédés en phase pré hospitalière.  
38 patients décèdent aux urgences et 40 en UHCD.

## **2.7. ETUDE SYNTHETIQUE DE LA POPULATION CLASSEE EN FIN DE VIE**

Elle concerne 60 patients, soit 26% des décès aux urgences dans ce travail.  
L'âge moyen de cette population est de 75 ans.

### **2.7.1. Mode d'arrivée et origine des patients**

66 % des patients (39 cas) sont adressés par le Centre15, 24 % (15 cas) par la médecine libérale, 5 patients sont adressés de manière inconnue et 1 patient est adressé par un hôpital de proximité.

29 % des patients (17 cas) sont transportés aux urgences par le SMUR.

37 % des patients (22 cas) proviennent de leur domicile.

25 % des patients (15 cas) sont adressés par un autre établissement de soins.

1 patient provient d'une urgence interne de l'hôpital.

### **2.7.2. Antécédents**

78 % des patients (46 cas) présentent des antécédents sévères, retrouvés dans leur dossier médical.

### **2.7.3. Etat de conscience à l'arrivée au service des urgences**

2 patients décèdent durant leur transport vers l'hôpital.

10 % des patients (6 cas) ont un état de conscience normale à l'arrivée aux urgences, avec un score de Glasgow coté à 15.

### **2.7.4. Manœuvres de réanimation**

Sur les 17 sujets pris en charges par le SMUR, 2 bénéficient d'un remplissage vasculaire et un d'une réanimation cardio-pulmonaire standard.

86 % des patients (52 cas) ne reçoivent aucune thérapeutique de réanimation au service des urgences.

33 patients sont admis en UHCD, parmi lesquels 26 n'ont aucune thérapeutique de réanimation.

### **2.7.5. Durée moyenne de séjour**

La durée moyenne de séjour aux urgences des patients en « fin de vie » est de plus de 17 heures.

### **2.7.6. Lieux de décès**

2 patients arrivent décédés aux urgences.

42 % des patients (25 cas) décèdent aux urgences et 55 % (33 cas) en UHCD.



# **TROISIEME PARTIE :**

# **DISCUSSION**

## 1. CRITIQUE DE LA METHODE

La majorité des difficultés méthodologiques et pratiques rencontrées s'explique par le caractère rétrospectif de l'étude.

Le premier biais rencontré provient du simple fait de l'informatisation des dossiers. Le recueil des informations, pour chaque patient, de son enregistrement à son départ du service, est effectué par une chaîne humaine composée d'agents administratifs, de personnels paramédicaux, et de personnels médicaux entraînant à notre sens des erreurs et oublis de saisies.

La simple recherche des patients décédés nous permet de trouvé 5 patients considérés informatiquement comme décédés, et qui, en réalité, ont quitté le service après soins. Les autres erreurs de saisies par menu dérouleur ne peuvent être évaluées.

Une deuxième difficulté rencontrée lors de l'étude des dossiers est la médiocrité de tenue du dossier médical. L'évolution anamnétique rencontrée ne coïncide pas toujours avec la saisie des traitements effectués aux urgences. Le simple cas d'un homme jeune, traumatisé, arrivé aux urgences conscient, avec un état clinique cardio-circulatoire et respiratoire satisfaisant, et décédé au service, sans aucune thérapeutique ou évolution clinique mentionnée, permet d'argumenter ce triste constat. Ceci peut-être en partie expliqué par la difficulté de prendre en charge activement un patient en détresse vitale, tout en saisissant en temps réel le dossier médical. Malgré cela, il importe de rappeler qu'en cas de recours en justice, la saisie médico-légale du dossier est effectuée. La tenue et la rigueur du dossier est alors primordiale quant à l'aboutissement d'une décision de justice.

De la même manière, le temps de passage dans le service est une durée informatique. L'heure du décès, lorsqu'elle est inscrite (151/227), diffère de plusieurs heures parfois de l'heure de départ.

Une troisième difficulté rencontrée est la classification par pathologies.

Les morts subites par arrêt cardio-circulatoire sont dans notre étude classées « autre ».

Les causes traumatologiques sont sans appel.

Les causes cardio-vasculaires également dans les cas aigus. Cependant, l'insuffisance cardiaque terminale décompensée hors ressource thérapeutique peut être classée en cause cardio-vasculaire, mais également en fin de vie.

De même, un patient atteint d'une néoplasie en traitement palliatif présentant une détresse vitale aiguë peut être classé dans la catégorie correspondant au système en détresse, mais également en fin de vie en cas d'abstention de soin. Le jugement du lecteur du dossier, l'analyse rétrospective du traitement entrepris et l'orientation du malade influence le classement par étiologie.

L'exemple typique est celui de l'AVC massif hors ressource thérapeutique décédé en UHT. Le diagnostic au SAU est celui de l'AVC, mais l'absence de ressource thérapeutique oriente le malade vers un service de soins palliatifs et une gestion médicale de fin de vie.

## 2. ANALYSE DES RESULTATS-DISCUSSION

La mort dans les services d'urgences a une faible incidence (0,20% de l'activité clinique dans notre étude), soit un décès hebdomadaire.

En 1999 et 2000, elle est de 0.23% contre 0.13% en 1998, mais un biais informatique de recensement existe dans ce travail.

L'incidence diffère selon le type de structure accueillant les patients [18,22,56,57]. Plusieurs facteurs expliquent ces différences. Un établissement dépendant directement d'un SMUR et disposant d'un plateau technique capable d'accueillir tous types de détresses vitales est à même de voir le taux de mortalité au sein de son SAU plus élevé qu'un autre.

Les admissions directes des patients en détresse vitale dans les services de soins intensifs (réanimation médico-chirurgicale ouUSIC), dépendantes du médecin SMUR, du médecin régulateur et de l'organisation de la structure d'accueil, interfèrent également probablement sur le nombre de décès déclarés aux urgences. Mais la stratégie actuelle de prise en charge des détresses vitales non ciblées tend à orienter initialement les patients vers la salle de déchocage des SAU, où doit régner une activité de haut niveau continue des professionnels de l'urgence [41].

L'incidence de la mort dans un service d'urgences ne peut donc être seule un indice de qualité de soins dans ces structures, mais est en relation avec les moyens matériels et humains, le fonctionnement et l'organisation de la structure d'accueil.

D'autres pays rendent comptes d'autres statistiques générales de mortalité aux urgences [1,20,68], témoignant des différences en terme de « recrutement » de patients, de moyens et de pratiques.

Face à une détresse vitale, la demande de secours est gérée majoritairement par le SAMU-Centre15, qui traite 73% des affaires conduisant aux décès déclarés aux urgences dans ce travail

18% des patients décédés au SAU de Metz y sont orientés par les médecins libéraux. Plus les patients sont âgés, plus la part adressée par les médecins libéraux est importante (26% des plus de 80 ans décédés au SAU).

La quasi-totalité (97%) des patients décédés aux urgences y est initialement orientée par un médecin. L'accès aux secours est, dans notre pays, rapide et efficace.

Le mode de transport jugé inadapté en terme de mortalité dans notre étude dans 4,4% contraste avec l'étude de Roupie [57], qui retrouve 24% de décès imputables à la non-médicalisation des transports et donc à la régulation médicale. Ces chiffres imposent la réalisation d'un travail pertinent quant à la légitimité des modes de transports des patients déclarés décédés aux urgences.

Dans notre étude, 28% des patients admis pour fin de vie et décédés au SAU bénéficient d'une prise en charge par le SMUR, correspondant à 16% de l'ensemble des prises en charge médicales pré-hospitalières. La totalité de ces transports médicalisés sont inadaptés et témoignent d'un défaut de fonctionnement de notre système de santé actuel. L'orientation de l'ensemble des patients en fin de vie vers un service d'accueil des urgences est critiquable et montre la médiocrité de la coordination ou de la disponibilité de certaines équipes soignantes.

Des études récentes tendent à montrer, en France, une augmentation de la part des décès des patients en fin de vie aux urgences [22,63]. Ces chiffres amènent à une nécessité de formation des médecins des urgences aux soins palliatifs. Cependant, la mise en place de programmes spécifiques de soins palliatifs en amont montrent leur efficacité et réduisent les décès à l'hôpital [63].

Les étiologies des détresses vitales sont diverses, en corrélation avec l'âge des patients. Dès 40 ans, toutes les classes pathologiques étudiées sont représentées.

Seule la pathologie respiratoire ne compte pas de patient de moins de 50 ans (extrême inférieure 51 ans).

La pathologie traumatique interresse 9% des décès et essentiellement les hommes jeunes.

Les causes traumatiques de décès semblent plus fréquentes outre-atlantique. La part de décès imputables aux lésions par armes à feu, rares dans notre pays, peut suffire à expliquer cette différence [20].

La globalité de la traumatologie mortelle des urgences est régulée par le SAMU-Centre15, conduisant à l'intervention systématique d'un SMUR. La médicalisation précoce et les manœuvres de réanimations pré-hospitalières fréquentes (80%) n'empêchent pas des décès rapides, extra hospitaliers dans 25% des cas. Ceci témoigne des états cliniques gravissimes de ces patients, pour qui l'optimisation de la « golden hour » n'aboutit pas. 60% de ces patients ont bénéficié d'une RCP pré-hospitalière discutable [54]. Si l'arrêt cardiaque traumatique est de pronostic sombre, la recherche et la présence de signes cliniques et rythmiques spécifiques peuvent faire espérer une thérapeutique salvatrice [15,37]. Ceci doit conduire dans notre pays à l'évaluation scientifique de nos pratiques compte tenu de notre système de santé, afin d'aboutir à la création de protocoles de prise en charge précis concernant les indications et les non-indications de la RCP chez le traumatisé. La création de tels protocoles doit aboutir dramatiquement à une économie de santé [52].

Les étiologies cardio-vasculaires représentent 15% des décès déclarés aux urgences, 24% si l'on y ajoute les morts subites inexplicées. Cette attribution est discutable, car si la cause initiale des morts subites chez le moins de 65 ans semble d'origine cardio-vasculaire dans 84% [61], celle des moins de 40 ans ne retrouve une origine cardiaque que dans 38% des cas [49]

Le choc cardiogénique et l'infarctus du myocarde représentent 50% des causes de décès d'origines cardio-vasculaires dans notre travail.

Un traitement dit « de réanimation » est entrepris dans 46% des cas en pré-hospitalier, 51% des cas au SAU et chez 50% des patients orientés en U.H.C.D.

Le transport de ces patients est médicalisé dans 72% des cas. Les décès pré-hospitaliers ne sont donc pas imputables à un manque de moyens et la médicalisation extra-hospitalière de toute suspicion de syndrome coronarien aigu, permettant la réalisation et l'interprétation d'un ECG 12 dérivations, aboutit à la réduction de la mortalité à court terme par possibilité de reperfusion précoce [28].

La seule pathologie neurologique létale au SAU est neuro-vasculaire (AVC hémorragique). 66 % des patients décèdent en U.H.C.D., après y être admis pour fin de vie. Un avis neuro-chirurgical est demandé dans tous les cas.

Les patients victimes d'AVC hémorragiques et décédés aux urgences présentent des états cliniques d'emblée gravissimes ou rapidement évolutifs. Si la crâniectomie de décharge peut s'avérer efficace dans ce type de lésion évolutive, la mortalité post chirurgicale est importante [53]. De plus, les concepts actuels de prise

en charge des AVC aux urgences sont totalement en décalage avec les moyens disponibles. Les structures spécialisées étant rares, l'orientation des malades est parfois réalisée suivant une pratique et non une logique médicale [11].

La pathologie respiratoire létale aux urgences est peu fréquente (7%) et touche principalement des sujets âgés. Elle est majoritairement d'origine infectieuse. Tous meurent dans le service, dont 60% en U.H.C.D. La quasi totalité des patients fait l'objet d'abstention de soins de réanimation.

Les fins de vie représentent 26% des décès aux urgences. En France, 33 % des patients déclarés décédés aux urgences sont admis pour fin de vie, la maladie originelle étant principalement néoplasique ou neurologique. On peut dès lors s'interroger sur la nécessité de l'admission aux urgences de tels patients.

12,5% de ces patients en fin de vie sont adressés aux urgences pour soins palliatifs. Cette constatation signifie donc que l'indication de tels soins est initiée aux urgences, par le médecin des urgences, dans 87,5% des cas [62].

Ces chiffres témoignent du manque de coordination ou de connaissance, en amont de la filière des urgences, concernant l'évolution des malades en fin de vie et l'indication réelle de soins aux urgences. Ceci est d'ailleurs confirmé par le nombre important de patients relevant de soins palliatifs, adressés aux urgences par des établissements de soins [62].

Les principes de l'éthique médicale, la futilité thérapeutique, le choix et l'abord psychologique du patient et de sa famille, conduisent à des prises de décisions concernant la fin de vie [26], décisions idéalement prises avant l'admission aux urgences. En cas de prise en charge d'une détresse vitale d'un patient en fin de vie, ces décisions transmises aux médecins des urgences aboutissent à une juste prescription. Celle-ci passe par la création de protocoles de soins palliatifs aux urgences, rares actuellement [57,10], en accord avec les recommandations actuelles de prescriptions [2]

La prise en charge de la détresse vitale d'un patient inconnu en fin de vie peut conduire le médecin des urgences à user de soins lourds de réanimation injustifiés. Cette action est éthiquement aussi discutable que de ne pas prodiguer des soins indiqués. Dans notre étude, 33 % des patients admis pour fin de vie ont bénéficié d'un traitement considéré comme intensif, inadapté.

La DMS globale des patients décédés aux urgences est élevée (11h20mn) et difficilement interprétable isolément, car largement influencée par les retards de clôtures informatiques des dossiers et les temps d'hospitalisation en U.H.C.D.

La DMS des patients décédés en pré-hospitalier approchant les 2 heures et celle des patients décédés en U.H.C.D. dépassant les 22 heures confirment cette analyse.

Plus les patients sont âgés, plus leur DMS est élevée. Ceci s'explique par les difficultés d'orientation de ces malades en aval des urgences. Ceux-ci sont également volontiers hospitalisés en U.H.C.D. (50% des plus de 80 ans décédés aux urgences), car leur état clinique est trop instable pour un secteur conventionnel, et ils ne nécessitent pas de soins lourds de réanimation. Le rôle tampon de l'U.H.C.D. est ici primordial [55].

Devant le nombre croissant de passages aux urgences, la nécessité d'un personnel d'accueil (IAO) performant et expérimenté est nécessaire, afin de prioriser et de hiérarchiser l'attente des patients. Cependant, la sur-fréquentation des services d'urgences tend à diminuer la qualité des soins, et interfère ainsi sur la mortalité en son sein [23].

L'optimisation de la prise en charge des détresses vitales passe par l'orientation initiale des patients vers la salle de déchocage pour aboutir à une stabilisation clinique. Cette stabilisation clinique est obtenue par des protocoles et procédures permettant de réduire le temps de passage au SAU, et donc l'orientation vers le secteur de soins intensifs concerné, permettant une diminution de la mortalité hospitalière [21,27,29,32].

10% des décès déclarés aux urgences sont des décès pré-hospitaliers.

Dans 59% des cas, il s'agit de morts subites classées « autres » dans notre étude, mais d'origines cardio-vasculaires probables [42].

23% des patients décédés avant leur arrivée à l'hôpital sont poly traumatisés.

Les décès pré-hospitaliers, nous l'avons vu, ne le sont pas par manque de moyen. Une diminution du nombre de ceux-ci, d'origines cardio-vasculaires et traumatiques pour la plupart, passe par la prévention et le traitement des facteurs de risques, et par l'éducation des patients concernant l'utilisation du système de soins [43,47].

49% des patients déclarés décédés aux urgences sont morts au SAU.

41% des patients déclarés décédés aux urgences meurent en U.H.C.D. 67% d'entre eux sont admis pour fin de vie et 16% présentent une détresse sur un terrain marqué par des antécédants médicaux chargés et un pronostic fatal attendu. 17% sont des décès inattendus, majoritairement chez des patients âgés en attente de lit d'hospitalisation.

Concernant les manœuvres de RCP en services portes, une évaluation outre-atlantique dans une structure correspondante (« observation unit ») montre un taux de survie meilleur qu'en milieu intra ou extra hospitalier [44].

Les admissions pour fin de vie en U.H.C.D. sont possibles et justifiées, en accord avec les recommandations actuelles [31,35]. Cependant, l'hétérogénéité majeure concernant l'arrêt et la limitation des soins d'une part, et la prescription des soins palliatifs d'autre part, doit conduire à une formation des soignants sur la prise en charge de la fin de vie, et à la création de protocoles de soins palliatifs [71].

Du point de vue thérapeutique, plus les patients sont âgés, moins les manœuvres de réanimation sont entreprises. 100% des 0-20 ans bénéficient de manœuvres de réanimation contre 23% des plus de 80 ans.

Par pathologie, les manœuvres de réanimation concernent 90% des patients victimes de traumatismes, 78% des patients décédés de causes cardio-vasculaires, 20% des patients décédés de causes respiratoires, 36% des patients décédés de causes neurologiques, 71% de la classe pathologique « autre » et 33% des patients en fin de vie.

Considérant l'ensemble de la population déclarée décédée aux urgences, les abstentions de soins de réanimation concernent 55% des patients.

Les limitations de soins de réanimation concernent 17% des patients.

Ces notions d'abstentions et de limitations de soins ne concernent pas les sujets les plus jeunes (moins de 20 ans), dont les décès sont corrélés exclusivement à la gravité de l'état clinique initial.

Les études récentes montrent que les abstentions et limitations de soins prescrites aux urgences le sont par l'urgentiste seul dans la grande majorité des cas, en concertation parfois avec confrères et familles du patient [57,71]. En l'absence de ligne de conduite écrite, ces pratiques restent subjectives. Or les décisions concernant le potentiel bénéfique ou futile d'un traitement doivent être fondées sur un processus scientifique concensuel et professionnel, et non sur des préjugés individuels concernant la qualité de vie [46].

Les recommandations actuelles de limitations et d'arrêts des soins en réanimation ne peuvent guider une conduite aux urgences [16], les conditions



d'exercice, les contraintes humaines, matérielles et temporelles n'étant pas superposables.

Dans un service d'urgence, les décisions d'abstention de limitation et d'arrêt des soins sont généralement pris chez des patients âgés, déments, dépendants, présentant de lourds antécédants médicaux, ou chez des patients jeunes atteints de pathologies tumorales évoluées. Ces patients sont pour la plupart incapables de se prononcer sur leur fin de vie et l'abord pratique de cette fin de vie n'est généralement pas préparé. Leur admission en service de réanimation n'étant pas licite, leur fin de vie est prise en charge par l'équipe soignante des urgences, conjointement et fréquemment avec la famille, et aboutit à une limitation des prescriptions agressives [70]. Il semble que l'abord préventif des familles de tels patients concernant la limitation des soins puisse aider à comprendre et accepter les limitations de prescriptions [12].

Les stratégies thérapeutiques du médecin des urgences varient selon son mode et lieu d'exercice. En salle de déchocage où la collégialité est possible, en médecine pré-hospitalière ou en U.H.C.D, les décisions de réanimation doivent s'appuyer sur des pratiques et des protocoles propres à chaque secteur d'intervention.

Aux urgences, les facteurs décisionnels principaux concernant l'abstention de soins sont l'âge et la pathologie.

En Allemagne et en médecine pré hospitalière, l'abstention et l'arrêt d'une RCP sont principalement basées sur les signes cliniques manifestes de mort et l'origine traumatique de l'arrêt cardio-circulatoire. D'autres facteurs décisionnels déterminent l'arrêt d'une RCP, dont la durée de celle-ci, la présence de co-morbidité, l'âge et les informations fournies par les proches [48].

Si l'âge à lui seul n'est pas un critère de décision l'abstention de soins en service de réanimation, il paraît pouvoir en être un en médecine pré-hospitalière concernant l'arrêt cardio-circulatoire [68].

En U.H.C.D, les pratiques médicales hétérogènes concernant les limitations ou arrêts des thérapeutiques des décès « attendus » doivent conduire à une évaluation indispensable [71].

Concernant les prélèvements d'organes et de tissus, un unique prélèvement de cornée est réalisé durant la période étudiée.

Le renforcement des équipes de coordination des prélèvements permet d'améliorer le recrutement des donneurs potentiels aux urgences et la prise en charge des familles [38].

Les procédures d'appel des équipes de coordination devant toute suspicion d'évolution clinique d'un patient vers la mort encéphalique doivent permettre

d'augmenter les prélèvements multi-organes, car les équipes de coordination ne sont contactées que pour 66 % des donneurs potentiels [30].

La formation des médecins des urgences à la prise en charge thérapeutique initiale des donneurs potentiels, véritable réanimation d'organe, doit également permettre une augmentation des prélèvements [40].

Les points de vue disparates des soignants concernant le prélèvement d'organes et tissus concluent en un besoin aux urgences d'information, de sensibilisation, d'équipe de coordination et d'adaptation des locaux [38].

# CONCLUSION

Au total, la mort a une faible incidence, mais est un phénomène non négligeable dans un service d'urgences.

Au cours de leur carrière, les médecins des urgences sont amenés à prendre en charge les décès d'une population très hétérogène, représentée majoritairement par les plus de 60 ans et allant du sujet jeune sans antécédent au vieillard poly-pathologique.

La détresse vitale se présente de façons diverses, parfois brutale et inattendue, parfois attendue et quasi programmée, aboutissant à des stratégies thérapeutiques opposées.

Il apparaît que le médecin des urgences, par la spécificité de son exercice (gardes nocturnes, changements d'équipes), décide souvent seul de la limitation des soins, alors que la collégialité (ensemble du personnel soignant et famille) fait référence [35] dans ce domaine et que les principes éthiques fondamentaux doivent aboutir à un dialogue entre malade, famille et soignants, afin d'optimiser la gestion de la fin de vie. Il en va ainsi du respect du patient et du deuil de la famille.

Le déni et le tabou actuel de l'idée de mort, la raréfaction des rituels de passage sont autant de facteurs qui conduisent à la prise en charge des fins de vie à l'hôpital. La médiocrité des filières de soins en amont des urgences, en terme de dialogue ou de connaissances concernant la prise en charge de la fin de vie, le manque de structures et de volonté d'accueil de tels patients en aval, contribuent à l'orientation de plus en plus fréquente des patients en fin de vie vers les services d'urgences.

Les recommandations récentes concernant l'orientation et la prise en charge des fins de vie, soulignent le rôle primordial de l'U.H.C.D dans cette indication. Ceci doit conduire une partie des médecins des équipes d'urgences à une formation en soins palliatifs.

En ce qui concerne les prélèvements d'organes et de tissus, les équipes de coordination optimisent les prélèvements au sein d'un service d'urgence. Elles établissent un lien important entre familles et soignants. Leur action, basée sur le dialogue et la présence, représente un maillon essentiel dans la prise en charge professionnelle du deuil, dans un contexte médical de plus en plus technique.

# **BIBLIOGRAPHIE**

1. Adesunkanmi AR, Akinkuolie AA, Badru OS. A five year analysis of death in accident and emergency room of a semi-urban hospital. *West Afr J Med* 2002 ;21 :99-104 .
2. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Recommandations. Soins palliatifs : spécificité d'utilisations des médicaments courants hors antalgie, [En ligne]. <http://afssaps.sante.fr/hm/5/rbp/palreco.pdf> (page consultée le 13/06/2003)
3. Agence Régionale de l'Hospitalisation de Lorraine (France). Document relatif à l'élaboration du schéma régional d'organisation sanitaire. Thème Urgence. Nancy ; 1999.
4. Ahrens WR, Hart RG. Emergency physicians' experience with pediatric death. *Am J Emerg Med* 1997 ;15 :642-3.
5. Allery JP, Telmon N, Blanc A, Rougé D. Aspest médico-légaux de la prise en charge des urgences vitales. *Actualités en réanimation et urgences* 2000 ;306-10.
6. Alvarez J, Del Barrio MR, Arias J, Gonzalez M, Cordoba L, Moreno F, Corpas R, R, Nieto M, Iglesias J, Corral E, Barra C, Elvira J, Ibarguren C. Five years of experience with non-heart-beating donors coming from the streets. *Transplant Proc* 2002 ;34 :2589-90.
7. Anonyme. « Mort ». In Encyclopédie Hachette Multimédia, [En ligne]. [http://perl.club-internet.fr/cgi-bin/ehmel/ehmel\\_search.pl?query=mort](http://perl.club-internet.fr/cgi-bin/ehmel/ehmel_search.pl?query=mort) (page consultée le 13 juin 2003).
8. Anonyme. « Urgence ». In Encyclopédie Hachette Multimédia, [En ligne]. [http://perl.club-internet.fr/cgi-bin/ehmel/ehmel\\_search.pl?query=urgence](http://perl.club-internet.fr/cgi-bin/ehmel/ehmel_search.pl?query=urgence) (page consultée le 13 juin 2003)
9. Ariès P. Essais sur l'histoire de la Mort en Occident. Paris : Seuil ;1975.
10. Ausband SC, March JA, Brown LH. National prevalence of palliative care protocols in emergency medical services. *Prehosp Emerg Care* 2002 ;6 :36-41.

11. Aye P. « Prise en charge de l'AVC grave aux urgences ». In SAMU de France. Urgences médicales. Site des SAMU de France, [en ligne]. <http://www.srlf.org/enseignement/aye.html> (Page consultée le 13 juin 2003).
12. Balentine J, Gaeta T, Rao N, Brandon B. Emergency department do-not-attempt-resuscitation orders: next-of-kin response to the emergency physician. Acad Emerg Med 1996 ;3 :54-7.
13. Bichat X. Recherches physiologiques sur la vie et la mort. Paris : Flammarion ; 1995.
14. Botbol-Baum M. « La notion de dignité et le monde médical ». In Université catholique de Louvain. Site de l'Unité d'Ethique Biomédicale, [En ligne]. <http://www.md.ucl.ac.be/ebim/baumart1.htm> (page consultée le 13 juin 2003).
15. Cera SM, Mostafa G, Sing RF, Sarafin JL, Matthews BD, Heniford BT. Physiologic predictors of survival in post-traumatic arrest. Am Surg 2003 ;69 :140-4.
16. Chagnon JL, Dreyfuss D, Hubert P, Langlois A, Pochard F, Rameix S, Lemaire F. Les Limitations et arrêts de(s) thérapeutique(s) actives en réanimation adulte : recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française. Réanimation 2002 ;11 :442-9.
17. Charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire ministérielle n°95-22 du 06 mai 1995 [En ligne]. <http://www.chu-st-etienne.fr/Presentation/Patient/charte.htm>. (page consultée le 13 juin 2003).
18. Cheriet-Pocate M, Bouyakoub A, Fichelle A, Bleichner G. Mortalité dans les services d'accueil des urgences. Réanimation Urgences 1997 ;6 :747.
19. Code de déontologie médicale. Evreux : Hérissé ; 1995.
20. Cummings P. Cause of death in an emergency department. Am J Emerg Med 1990 ;8 :379-84.
21. Davis B, Sullivan S, Levine A, Dallara J. Factors affecting ED length-of-stay in surgical critical care patients. Am J Emerg Med 1995 ;13 :495-500.

22. Dequin PF, Ferrandière M, Hazouard E, Lanotte R, Perrotin D. La mort au service d'accueil et d'urgences. *Réanimation Urgences* 1998 ;7 :118-60.
23. Derlet RW, Richards JR. Emergency department overcrowding in Florida, New York, and Texas. *South Med J* 2002 ;95 :846-9.
24. Derse AR. Law and ethics in emergency medicine. *Emerg Med Clin North Am* 1999 ;17 :307-25.
25. Emmanuelli X. *Ballade pour un père*. Paris : Ramsay ; 1980.
26. Escalante CP, Martin CG, Elting LS, Rubenstein EB. Medical futility and appropriate medical care in patients whose death is thought to be imminent. *Support Care Cancer* 1997 ;5 :274-80.
27. Esposito TJ, Sanddal TL, Reynolds SA, Sanddal ND. Effect of a voluntary trauma system on preventable death and inappropriate care in a rural state. *J Trauma* 2003 ;54 :663-70.
28. Ferguson JD, Brady WJ, Perron AD, Kielar ND, Benner JP, Currance SB, Braithwaite S, Aufderheide TP. The prehospital 12-lead electrocardiogram: impact on management of the out-of-hospital acute coronary syndrome patient. *Am J Emerg Med* 2003 ;21 :136-42.
29. Fernandes CM, Christenson JM, Price A. Continuous quality improvement reduces length of stay for fast-track patients in an emergency department. *Acad Emerg Med* 1996 ;3 :258-63.
30. Forget AP, Roumilhac D, Hazzan M, Pruvot FR, Noel C, Krivosic-Horber R. Evaluation du recensement des morts encéphaliques par la coordination hospitalière de prélèvement d'organes au C.H.U de Lille. *Ann Fr Anesth Reanim* 2002 ;21:550-7.
31. Gerbeaux P, Bourrier P, Gheron G, Fourestier V, Goralski M, Jacquet-Francillon T. Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgences. *Journal Européen des Urgences* 2001 ;14 :144-152.



32. Gomez CR, Malkoff MD, Sauer CM, Tulyapronchote R, Burch CM, Banet GA. Code stroke. An attempt to shorten in-hospital therapeutic delays. *Stroke* 1994 ;25 :1920-3.
33. Greenberg LW, Ochsenschlager D, Cohen GJ, Einhorn AH, O'Donnell R. Counseling parents of a child dead on arrival: a survey of emergency departments. *Am J Emerg Med* 1993 ;11 :225-9.
34. Greenberg LW, Ochsenschlager D, O'Donnell R, Mastruserio J, Cohen GJ. Communicating bad news: a pediatric department's evaluation of a simulated intervention. *Pediatrics* 1999 ;103(6 Pt 1) :1210-7.
35. Haegy JM, Andronikof M, Thiel MJ, Simon J, Bichet-Beunaiche M, Bouvier AM, Leclerc G. Ethique et urgences, réflexions et recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence. *Journal Européen des Urgences* ;16 :106-20.
36. Henderson SO, Chao JL, Green D, Leinen R, Mallon WK. Organ procurement in an urban level I emergency department. *Ann Emerg Med* 1998 ;31 :466-70.
37. Hopson LR, Hirsh E, Delgado J, Domeier RM, Krohmer J, McSwain NE Jr, Weldon C, Friel M, Hoyt DB. Guidelines for withholding or termination of resuscitation in prehospital traumatic cardiopulmonary arrest. *J Am Coll Surg* 2003 ;196 :475-81.
38. Huot-Maire V, Niziolek-Reinhardt S. Prélèvements de tissus aux urgences. Résumé des communications du 7<sup>ème</sup> Congrès National du Collège des médecins de Réanimation et d'Urgence des Hôpitaux extra-universitaires de France 2001 ;Metz, France.
39. Iserson KV. Withholding and withdrawing medical treatment: an emergency medicine perspective. *Ann Emerg Med* 1996 ;28 :51-4.
40. Karcioğlu O, Ayrik C, Erbil B. The brain-dead patient or a flower in the vase? The emergency department approach to the preservation of the organ donor. *Eur J Emerg Med* 2003 ;10 :52-7.
41. Kopferschmitt J. Quelle stratégie moderne face aux détresses vitales du déchocage en l'an 2000. *Actualité en réanimations et urgences* 2000 ;287-305.

42. Loire R, Tabib A. Morts subites cardiaques inattendues, bilan de 1000 autopsies. Arch Mal Coeur Vaiss 1996 ;89 :13-18.
43. Lowel H, Meisinger C, Heier M, Hormann A, Kuch B, Gostomzyk J, Koenig W. Geschlechtsspezifische Trends von plötzlichem Herztod und akutem Herzinfarkt. Dtsch Med Wochenschr 2002 ;127 :2311-6.
44. Mace SE. Resuscitation in an observation unit. J Qual Clin Pract 1999 ;19 :155-64.
45. Magrath HP, Boulstridge LJ. Tissue donation after death in the accident and emergency department: an opportunity wasted? J Accid Emerg Med 1999 ;16 :117-9.
46. Marco CA, Larkin GL, Moskop JC, Derse AR. Determination of "futility" in emergency medicine. Ann Emerg Med 2000 ;35 :604-12.
47. McDonald AH. Trauma care in Jamaica. A time for decision. West Indian Med J 2002 ;51 :167-70.
48. Mohr M, Busch M, Bahr J, Kettler D. To Resuscitate or Not? The Emergency Physician's Decision in the Prehospital Setting. Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2003 ;38 :341-8.
49. Ng AY, Clinton JE, Peterson G. Nontraumatic prehospital cardiac arrest ages 1 to 39 years. Am J Emerg Med 1990 ;8 :87-91.
50. Olsen JC, Bueneffe ML, Falco WD. Death in the emergency department. Ann Emerg Med 1998 ;31 :758-65.
51. Parrish GA, Holdren KS, Skiendzielewski JJ, Lumpkin OA. Emergency department experience with sudden death: a survey of survivors. Ann Emerg Med 1987 ;16 :792-6.
52. Pasquale MD, Rhodes M, Cipolle MD, Hanley T, Wasser T. Defining "dead on arrival": impact on a level I trauma center. J Trauma 1996 ;41 :726-30.
53. Rabinstein AA, Atkinson JL, Wijdicks EF. Emergency craniotomy in patients worsening due to expanded cerebral hematoma: to what purpose? Neurology 2002 14 ;58 :1367-72.

54. Rosemurgy AS, Norris PA, Olson SM, Hurst JM, Albrink MH. Prehospital traumatic cardiac arrest: the cost of futility. *J Trauma* 1993 ;35 :468-74.
55. Rothmann C. Place de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) dans la prise en charge du sujet âgé de 80 ans et plus admis aux urgences [mémoire]. Diplôme inter-universitaire de formation à l'accueil des urgences : Université de Nancy I ;2000.
56. Rothmann C, Streiff R, Muller L, Zemmouche P, Gonthier Y, Weiss B. La mort aux urgences. *Journal Européen des Urgences* 2001 ;14 :A54-A56.
57. Roupie E. La mort aux urgences : enquête prospective préliminaire. *Actualités en réanimation et urgences* 1999 ;281-9.
58. Saba Sardi F. *Le grand livre des religions*. Paris :Hachette ;1992.
59. Schmidt TA, Tolle SW. Emergency physicians' responses to families following patient death. *Ann Emerg Med* 1990 ;19 :125-8.
60. Street AF, Kissane DW. Constructions of dignity in end-of-life care. *J Palliat Care* 2001;17:93-101.
61. Tabib A, Loire R. Unexpected sudden death and coronary lesions. Apropos of 407 cases out of 1000 deaths in patients under 65 years of age. *Arch Mal Coeur Vaiss* 1993 ;86 :401-6.
62. Tardy B, Venet C, Zeni F, Berthet O, Viallon A, Lemaire F, Bertrand JC. Death of terminally ill patients on a stretcher in the emergency department: a French speciality? *Intensive Care Med* 2002 ;28 :1625-8.
63. Temkin-Greener H, Mukamel DB. Predicting place of death in the program of all-inclusive care for the elderly (PACE): participant versus program characteristics. *J Am Geriatr Soc* 2002 ;50 :125-35.
64. Thomas L.V. *Rites de mort pour la paix des vivants*. Paris : Fayard ; 1985.
65. Vincent JL. Cultural difference in end-of-life-care. *Crit care med* 2001;29(2 Suppl):52-5.

66. Walters DT, Tupin JP. Family grief in the emergency department. *Emerg Med Clin North Am* 1991 ;9 :189-206.
67. Webb GL, McSwain NE Jr, Webb WR, Rodriguez C. Emergency department deaths. *Am J Surg* 1990 ;159 :377-9.
68. Weiss B, Chouvet E, Zemmouche P, Gillet P, Pittet C, Viennet C, Streiff R, Rothmann C. Epidémiologie et pronostic des arrêts circulatoire extra hospitaliers (ACE) des sujets âgés de 80 ans et plus (80+). *Journal Européen des Urgences* 2003 ;16(HS1) :40.
69. Wellesley A, Glucksman E, Crouch R. Organ donation in the accident and emergency department: a study of relatives views. *J Accid Emerg Med* 1997 ;14 :24-5.
70. Wrenn K, Brody SL. Do-not-resuscitate orders in the emergency department. *Am J Med* 1992 ;92 :129-33.
71. Zemmouche P, Gillet P, Evrard D, Weiss B, Ruschel N, Streiff R, Rothmann C. La mort en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée : Epidémiologie et prise en charge. *Journal européen des urgences* 2003 ;16 :1S40-1S43.





VU

NANCY, le 25 JUIN 2003  
Le Président de Thèse

NANCY, le 9 SEPTEMBRE 2003  
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. LAMBERT

Professeur P. NETTER

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 14 SEPTEMBRE 2003

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur C. BURLET

## RESUME DE LA THESE :

L'étude épidémiologique de la mort aux urgences montre que celle-ci a une faible incidence mais qu'il ne s'agit pas d'un phénomène négligeable.

Les médecins des urgences font face à des détresses vitales de toutes origines, présentées par une population très hétérogène, allant du sujet jeune sans antécédent au vieillard poly-pathologique.

La mort, parfois brutale et inattendue, parfois attendue et programmée, peut conduire à des stratégies thérapeutiques opposées.

La spécificité de l'exercice de la médecine d'urgence contraint souvent le médecin à décider seul des abstentions et limitations de soins, alors que la collégialité fait référence dans ce domaine.

Pour être optimale, la gestion de la fin de vie doit passer par un dialogue entre malade, famille et soignant, en accord avec les principes éthiques fondamentaux.

Le déni de l'idée de mort, la déritualisation, sont autant de facteurs qui conduisent à la prise en charge des fins de vie à l'hôpital. La médiocrité des filières de soins en amont des urgences, le manque de structures et de volonté d'accueil de tels patients en aval, contribuent à l'orientation de plus en plus fréquente des patients en fin de vie vers les services d'urgences.

Les U.H.C.D ont alors un rôle primordial dans la prise en charge de la fin de vie, nécessitant la formation du personnel soignant dans ce domaine.

Les équipes de coordination de prélèvements d'organes et de tissus ont un rôle essentiel dans la prise en charge du décès aux urgences.

---

### TITRE EN ANGAIS :

Death in the emergency department.

---

### MOTS CLES :

Mort, urgences, épidémiologie, éthique.

---

### THESE : MEDECINE GENERALE-ANNEE 2003

---

### INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy  
9 avenue de la Forêt de Haye  
54 500 VANDOEUVRE LES NANCY