

Mémoire de Maîtrise en médecine No 2535

Caractéristiques des patients adressés à
une équipe mobile de soins palliatifs par le
service des urgences d'un hôpital tertiaire

Etudiante

Marie Lepori

Tuteur

Prof. Gian Domenico Borasio
Service de soins palliatifs, CHUV

Co-tutrice

Dre Fatoumata Diawara
Service de soins palliatifs, CHUV

Expert

Dr Olivier Hugli
Service des urgences, CHUV

Lausanne, 31.01.2016

Table des matières

1	Résumé.....	3
2	Introduction	5
3	Méthodologie.....	9
3.1	Type d'étude	9
3.2	Population	9
3.3	Variabes étudiées.....	9
3.4	Recueil des données.....	10
3.5	Analyse statistique	10
3.6	Commission d'éthique	11
4	Résultats	12
4.1	Résultats descriptifs	12
4.1.1	Caractéristiques sociodémographiques et cliniques	12
4.1.2	Trajectoires des patients	13
4.2	Motifs de prise en charge et problématiques identifiées par l'EMSPi.....	14
4.2.1	Relevé du nombre de motifs de prise en charge	14
4.2.2	Motifs d'admission au service des urgences	15
4.2.3	Motifs de recours à l'EMSPi	16
4.2.4	Problématiques identifiées par l'EMSPi lors de la première évaluation.....	17
5	Discussion.....	18
5.1	Caractéristiques sociodémographiques et cliniques et trajectoire des patients du service des urgences pour lesquels un recours à l'EMSPi a été nécessaire	18
5.2	Motifs de prise en charge et problématiques identifiées par l'EMSPi.....	19
5.3	Limitations.....	23
6	Conclusion	24
7	Bibliographie	25
8	Remerciements	29

1 Résumé

Contexte : Le service des urgences représente la porte d'entrée dans l'hôpital pour de nombreux patients, dont ceux relevant de soins palliatifs. Parmi ces patients palliatifs, la proportion de patients âgés est en constante augmentation. Cependant, il existe peu de données dans la littérature sur les patients admis dans un service d'urgence relevant de soins palliatifs spécialisés.

Objectif : L'objectif principal de cette étude est de permettre la caractérisation des patients du service des urgences d'un hôpital tertiaire pour lesquels le recours à une équipe spécialisée de soins palliatifs est nécessaire.

Méthodologie : Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive, incluant 94 patients, sur une période de deux ans, du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2013. Les variables étudiées étaient (i) les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients (âge, sexe, pathologie principale) ; (ii) la trajectoire des patients (nombre de passages au service des urgences durant l'année précédant l'hospitalisation, devenir des patients après la prise en charge au service des urgences, délai entre l'admission au service des urgences et la prise en charge par l'EMSPi, nombre de consultations par patient réalisées par l'EMSPi) ; (iii) les motifs de prise en charge (motifs d'admission au service des urgences, motifs de recours à l'EMSPi) et les problématiques identifiées par l'EMSPi. Afin d'apprécier l'influence de l'âge sur les différentes variables, une catégorisation selon l'âge a été réalisée avec comme valeur de séparation la moyenne d'âge des patients.

Résultats : Les patients étaient en majorité des hommes (52.1%), avaient une moyenne d'âge de 69 ans et présentaient principalement une pathologie cancéreuse (85.1%). La majorité d'entre eux restaient hospitalisés (89.4%) et deux tiers avaient été admis au moins une fois au service des urgences dans l'année précédant l'hospitalisation de référence. La prise en charge par l'EMSPi était précoce puisque dans 79.3% des cas, les patients étaient vus par l'EMSPi le jour de l'admission ou le lendemain. 89.0% des patients avaient bénéficié d'une seule consultation de l'EMSPi. Les trois principaux motifs d'admission au service des urgences étaient la baisse de l'état général (30.6%), la douleur (15.7%) et la dyspnée (13.0%). Pour les motifs de recours à l'EMSPi, l'orientation (41.6%), la douleur (22.8%) et l'évaluation globale (17.8%) étaient retrouvés. Les problématiques les plus fréquemment identifiées par l'EMSPi lors de son évaluation étaient l'orientation (26.6%), la douleur (23.4%) et la dyspnée (14.9%). Il n'y avait pas de différence significative dans les deux groupes de tranche d'âge, excepté pour l'orientation, plus fréquemment identifiée comme motif de recours à l'EMSPi chez les patients de plus de 69 ans.

Conclusion : Cette étude met en évidence un taux élevé d'hospitalisation chez les patients palliatifs admis au service des urgences et ayant besoin d'un recours à une équipe spécialisée de soins palliatifs. La principale problématique posée par ces patients, en dehors du contrôle des symptômes, est leur orientation dans le système de soins. Ce problème est plus marqué pour les patients âgés. Des études complémentaires seront nécessaires pour explorer plus précisément le profil de ces patients, afin de permettre leur identification précoce au service des urgences.

Mots clés : Soins palliatifs ; Urgences

Title : *Characteristics of patients referred to a mobile palliative care team by the emergency department of a tertiary hospital*

2 Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que par le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés »¹.

D'après la définition de l'OMS, la prise en charge palliative est associée à une amélioration de la qualité de vie des patients. Cette dernière est favorisée par l'évaluation des patient dans leur globalité, ce qui inclut leurs proches (1–5). Plusieurs études montrent que l'introduction d'une prise en charge palliative précoce permet l'amélioration du contrôle des symptômes, la diminution de la durée de séjour à l'hôpital, la réduction des coûts du système de santé, l'amélioration de la qualité de vie des patients et l'amélioration de la satisfaction des patients, de leurs proches et des soignants (1,2,6–11).

Le Service de soins palliatifs du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) comprend différentes structures cliniques. En plus de l'unité de lits d'hospitalisation, des lits identifiés de soins palliatifs et de la consultation ambulatoire, il existe deux équipes mobiles de soins palliatifs (12). Une équipe mobile extra-hospitalière qui intervient sur le lieu de vie des patients, dans la région lausannoise, et une équipe mobile intra-hospitalière qui intervient dans les services du CHUV (12).

L'équipe mobile de soins palliatifs intra-hospitalière (EMSPi), créée en 1996, travaille en partenariat avec les différents services du CHUV pour la prise en charge de patients relevant de soins palliatifs. Il s'agit de consultants qui interviennent à la demande des professionnels de la santé du CHUV, médecins ou infirmiers, lorsqu'ils rencontrent des difficultés dans la prise en charge palliative de leur patients (12). Leurs principales missions sont d'apporter des conseils et une aide quant à l'évaluation et la gestion des symptômes, l'orientation thérapeutique des patients, ainsi que l'élaboration d'un projet thérapeutique et l'orientation des patients dans le système de soins (10,12,13).

Parmi les services ayant recours à l'EMSPi, le service des urgences occupe une place particulière. En effet, il représente la porte d'entrée de l'hôpital pour de nombreux patients, dont ceux relevant de soins palliatifs (1,3,8,13–16). En 2012, selon les statistiques du service des urgences du CHUV, 57% des patients de soins somatiques aigus ont été admis par le service des urgences.

¹ Définition datant de 2002

Cependant, dans un service qui se concentre essentiellement sur la réanimation et la stabilisation des patients présentant des événements aigus, et dont l'objectif est la préservation de la vie, engager des soins palliatifs peut sembler un défi (7–10,17). Plusieurs obstacles sont retrouvés dans la littérature. Un premier obstacle est le manque de formation des médecins urgentistes dans la prise en charge de situations palliatives (9,10,15,17). Dans une étude traitant des représentations des médecins urgentistes sur l'introduction de soins palliatifs au service des urgences, ce manque de formation est cité comme facteur limitant de la mise en place de soins palliatifs par les médecins urgentistes eux-mêmes (15). Un autre obstacle est l'absence de lien préexistant entre le patient et les professionnels de la santé du service des urgences, ainsi que le manque d'intimité. Ces deux éléments rendent la communication plus difficile (3,8,9,17). De plus, dans le contexte du service des urgences où l'activité peut être intense et le temps manquer, l'abord de discussions sur les souhaits de prise en charge des patients peut être difficile et avoir comme conséquence l'instauration d'investigations et d'interventions lourdes et non adaptées aux souhaits des patients (3,8,9,17). Enfin, les professionnels spécialisés en soins palliatifs et ceux du service des urgences présentent des rôles et des compétences différents dans le système de santé, et particulièrement dans les soins de fin de vie (10,14,17,18). Malgré ces obstacles, l'intérêt des médecins urgentistes pour les soins palliatifs est grandissant. Ceci en réponse au nombre croissant de patients présentant une maladie chronique avancée ou une maladie en phase terminale et au fait qu'il est fréquent pour ces patients de consulter les urgences lorsqu'ils présentent un nouveau symptôme ou une aggravation aiguë de leurs symptômes (1,2,6,8,10,11,13–15,19–23). Afin de faire face à ce défi et d'aller au-delà de ces difficultés, de nombreux hôpitaux ont récemment initié des programmes pilotes dans le but de délivrer des consultations de soins palliatifs au service des urgences.

Quelques outils d'évaluation des patients pour lesquels un recours à une équipe spécialisée de soins palliatifs est nécessaire ont été développés. Le *Center to Advance Palliative Care* (CAPC) a déterminé des critères qui pourraient permettre d'identifier les patients susceptibles de nécessiter de soins palliatifs à leur admission aux urgences (21). Une étude a développé et testé des critères qui pourraient permettre d'identifier les patients nécessitant une admission prioritaire en unité de soins palliatifs, l'*Inpatient Palliative Care Admission Triage Tool* (IPAT) (20). Une autre étude a développé un outil qui pourrait permettre d'évaluer les besoins de soins palliatifs des patients oncologiques, le *Screen for Palliative and End-of-life care needs in the Emergency Department* (SPEED) (3). Ces projets représentent une première étape au développement d'un outil efficace et utile dans la pratique quotidienne.

Un enjeu supplémentaire à l'introduction de soins palliatifs au service des urgences est lié à la difficulté de prédire le décours de la maladie et les besoins des patients âgés, c'est-à-dire des patients de plus de 65 ans (24–26). Cependant, avec le vieillissement de la population, la part de patients âgés admis au service des urgences est en constante augmentation (25,26). Ils se distinguent des patients plus jeunes par la complexité des problèmes de santé qu'ils présentent, par la présence importante de comorbidités et par la présence plus fréquente de troubles cognitifs (24,26). Les patients âgés semblent aussi se distinguer par leur parcours. Ainsi ils sont décrits comme ayant des durées de séjour au service des urgences plus longues et un risque d'hospitalisation après le passage au service des urgences plus élevé (25,26). De plus, ils semblent présenter un plus grand risque de réadmissions non planifiées (25,26). Les hypothèses avancées pour expliquer ces différences entre population âgée et population plus jeune sont la sous-estimation des troubles psychosociaux, des troubles cognitifs et des autres comorbidités lors des précédents passages au service des urgences (25). De plus, l'admission au service des urgences représente un événement inattendu pour les patients âgés, souvent associé à un déclin fonctionnel, une péjoration de la qualité de vie et pouvant entraîner la mort (26). Le défi des médecins urgentistes réside donc d'une part dans la gestion des événements aigus, mais ils doivent également favoriser un retour à domicile (26).

Malgré les obstacles cités précédemment pour la prise en charge de patients relevant de soins palliatifs au service des urgences et malgré le désir des patients de décéder à domicile (5,27–32), le service des urgences reste un recours en cas de difficultés à domicile pour les patients relevant de soins palliatifs. Il est donc nécessaire d'obtenir une collaboration optimale entre le service des urgences et l'EMSPi, dans le but d'améliorer la qualité de vie des patients. Tout d'abord, la communication entre les professionnels de l'EMSPi et ceux du service des urgences doit être efficace, avec de bonnes transmissions, et utilisée à bon escient, afin que l'EMSPi puisse répondre rapidement aux nouvelles demandes émanant du service des urgences (2). Ensuite, les soignants doivent pouvoir anticiper les situations, prioriser les problèmes et accorder leurs objectifs de soins aux besoins des patients (1–3,8,33). Pour cela, les patients relevant de soins palliatifs doivent être identifiés précocement dans le système de santé (2,3,6). Un moyen d'atteindre ces objectifs est de mieux connaître les caractéristiques des patients identifiés (14), dans le but d'obtenir une certaine standardisation de l'approche des patients du service des urgences relevant de soins palliatifs (2,15).

Cependant, il existe très peu de données dans la littérature qui traitent spécifiquement des caractéristiques des patients palliatifs ayant recours au service des urgences ou sur les patients palliatifs admis au service des urgences pour lesquels un avis spécialisé de soins

palliatifs est utile. De plus, il existe peu de données concernant la prise en charge palliative mise en place au service des urgences.

L'objectif principal de cette étude est donc d'identifier, à l'aide de données rétrospectives, les caractéristiques des patients du service des urgences d'un hôpital tertiaire pour lesquels le recours à une équipe spécialisée de soins palliatifs est nécessaire. Cet objectif se décline en plusieurs modalités :

- Identifier les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients.
- Déterminer la trajectoire des patients.
- Identifier les motifs de prise en charge et les problématiques identifiées par l'EMSPi.

Ensuite, l'influence de l'âge sur les différentes modalités sera déterminée.

3 Méthodologie

3.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive qui vise à analyser les données des patients du service des urgences pour lesquels un recours à l'EMSPi a été nécessaire sur une période de deux ans, du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2013.

3.2 Population

Différents critères de sélection ont permis d'identifier les patients de cette étude.

- Trois critères ont été établis pour l'inclusion des sujets dans l'étude :
 - Les patients admis au service des urgences du CHUV et pris en charge par l'EMSPi. Le service des urgences du CHUV comprend les urgences ambulatoires, les urgences de traumatologie, les urgences couchées et l'unité d'observation.
 - Les patients âgés de 18 ans et plus.
 - Les patients pris en charge sur une période de deux ans, du 1er janvier 2012 au 31 décembre 2013.
- Trois critères ont déterminé les sujets exclus de l'étude :
 - Les patients de l'EMSPi qui ne viennent pas du service des urgences.
 - Les patients du service des urgences qui sont pris en charge par un autre service que le service de soins palliatifs.
 - Les patients non vus par l'EMSPi mais dont une demande de prise en charge a été faite par le service des urgences.

Ces critères d'inclusion et d'exclusion ont déterminé la taille de la population étudiée, soit 94 patients. Tous les patients remplissant les critères de sélection ont été retenus. Aucun dossier n'a été exclu.

3.3 Variables étudiées

Le choix des données s'est fait dans le but d'obtenir un profil de cette population de patients, et de refléter la prise en charge au début de leur parcours dans le système de santé.

Différentes caractéristiques ont été considérées.

- Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients. Elles incluaient l'âge, le sexe, la pathologie principale. L'item « pathologie principale » a été catégorisé en maladies oncologiques et maladies non oncologiques.
- La trajectoire des patients. Elle comprenait le nombre de passages au service des urgences durant l'année précédant l'hospitalisation, le devenir des patients après la

prise en charge au service des urgences lors de l'hospitalisation de référence, le délai entre l'admission au service des urgences et la prise en charge par l'EMSPi et le nombre de consultations par patient réalisées par l'EMSPi.

- Les motifs de prise en charge et les problématiques identifiées par l'EMSPi lors de la première évaluation auprès du patient. Les motifs de prise en charge comprenaient, les motifs d'admission au service des urgences et les motifs de recours à l'EMSPi.

3.4 Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé à partir des dossiers médicaux des patients présents dans différentes bases de données. Les données sur les caractéristiques sociodémographiques et cliniques, la trajectoire des patients et les motifs d'admission au service des urgences ont été récoltées dans les bases de données informatisées du CHUV, Soarian et Archimede. Les motifs de recours à l'EMSPi sont les motifs consignés par l'EMSPi lors de la demande de prise en charge par le service des urgences. Ils ont été recueillis dans le dossier de l'EMSPi. Le nombre de consultations par patient réalisées par l'EMSPi, les motifs de recours à l'EMSPi et les données sur les problématiques identifiées lors de la consultation de soins palliatifs ont été obtenus dans la base de données de l'EMSPi. Seule la première consultation de l'EMSPi a été incluse dans l'analyse. Les informations ainsi récoltées et anonymisées ont permis de créer une base de données sur Excel, puis sur SPSS.

3.5 Analyse statistique

Des statistiques descriptives ont été effectuées afin d'analyser les données recueillies. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistics version 19.

Les résultats des variables catégorielles ont été exprimés sous forme de fréquence, en termes d'effectif (n) et de proportion (%). Les résultats des variables quantitatives ont été exprimés sous forme de moyenne, écart-type, valeurs minimale et maximale. La médiane a été préférée pour les variables présentant une distribution asymétrique.

Afin d'apprécier l'influence de l'âge sur les différentes variables, une catégorisation selon l'âge a été réalisée avec comme valeur de séparation la moyenne d'âge des patients, en raison de la distribution normale de notre échantillon. Deux groupes ont ainsi été obtenus : un premier groupe comprenant les patients âgés de 69 ans et moins, et un deuxième groupe comprenant les patients âgés de plus de 69 ans. Pour comparer ces deux sous-groupes, le test exact de Fisher a été utilisé pour les variables catégorielles, et le test t de Student a été utilisé pour les variables continues. Le seuil de significativité est fixé avec une valeur p inférieure ou égale à 0.05.

Les données non documentées font référence à des informations qui n'ont pas été retrouvées dans les dossiers médicaux des patients. Ces données ont été prises en compte dans les statistiques en termes de données manquantes.

3.6 Commission d'éthique

Le consentement de la Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain du Canton de Vaud a été obtenu pour l'étude.

4 Résultats

Pendant la période de l'étude, l'EMSPi a participé à la prise en charge de 94 patients venant du service des urgences. 43 patients ont été pris en charge en 2012 et 51 patients en 2013.

4.1 Résultats descriptifs

4.1.1 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients sont présentées dans le *tableau 1*.

Tableau 1 – Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients

	Total		≤ 69 ans		> 69 ans		p-value
Âge	(n=94)		(n=47)		(n=47)		
(moyenne ± écart-type)	69.0 ± 14.1		57.6 ± 9.2		80.5 ± 7.1		0.000 ^a
Sexe (n, %)	(n=94)		(n=47)		(n=47)		
Homme	49	52.1	20	42.6	29	61.7	0.098 ^b
Femme	45	47.9	27	57.4	18	38.3	
Pathologie principale (n, %)	(n=94)		(n=47)		(n=47)		
Cancer	80	85.1	41	87.2	39	83.0	0.773 ^b
Non cancer	14	14.9	6	12.8	8	17.0	
Cancer							
Gastro-intestinal	32	34.0	18	38.3	14	29.8	0.514 ^b
Pulmonaire	16	17.0	9	19.1	7	14.9	0.785 ^b
Uro-génital	11	11.7	3	6.4	8	17.0	0.198 ^b
Sein	5	5.3	5	10.6	0	0	0.056 ^b
Hématologique	5	5.3	2	4.3	3	6.4	1.000 ^b
ORL	5	5.3	2	4.3	3	6.4	1.000 ^b
Autre ¹	6	6.4	2	4.3	4	8.5	0.677 ^b
Non cancer							
Maladies neurologiques	6	6.4	4	8.5	2	4.3	0.677 ^b
Insuffisance d'organes	5	5.3	2	4.3	3	6.4	1.000 ^b
Autre ²	3	3.2	0	0	3	6.4	0.242 ^b

¹ Cancer cérébral, mélanome, cancer de la thyroïde, cancer du médiastin, cancer indéterminé

² Pneumonie, sepsis d'origine pulmonaire

^a Test t de Student pour les variables continues

^b Test exact de Fisher pour les variables catégorielles

L'âge moyen des patients était de 69 ans avec des extrêmes de 35 à 94 ans. La population se composait de 49 hommes (52.1%) et 45 femmes (47.9%). Bien qu'il n'y ait pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes de tranche d'âge, une majorité de patients de moins de 69 ans étaient des femmes (57.4% vs. 38.3%).

Parmi ces patients, il existait une forte prédominance de pathologies cancéreuses (85.1%) par rapport aux pathologies non cancéreuses (14.9%). Les cancers gastro-intestinaux étaient les plus fréquents (34.0%). Dans les pathologies non cancéreuses, les maladies neurologiques (6.4%) et les insuffisances d'organes (5.3%) arrivaient en tête. Les deux groupes de tranche d'âge ne différaient pas significativement en termes de pathologies. Notons que le cancer du sein était présent chez les patients de moins de 69 ans et était

absent chez les patients de plus de 69 ans (10.6% vs. 0%). Dans les pathologies non cancéreuses, des pathologies infectieuses d'origine pulmonaire étaient présentes chez les patients de plus de 69 ans, alors qu'elles n'étaient pas représentées chez les patients de moins de 69 ans (0% vs. 6.4%).

4.1.2 Trajectoires des patients

La trajectoire des patients est présentée dans le *tableau 2*.

Tableau 2 – Caractéristiques sociodémographiques et cliniques et trajectoire des patients

	Total	≤ 69 ans		> 69 ans		p-value	
Passages au service des urgences	(n = 94)	(n = 47)		(n = 47)			
(moyenne ± écart-type)	1.4 ± 1.5	1.5 ± 1.5		1.3 ± 1.6		0.546 ^a	
Devenir des patients après admission au service des urgences (n, %)	(n=94)	(n=47)		(n=47)			
Décès	2	2.1	1	2.1	1	2.1	1.000 ^b
Domicile ¹	8	8.5	4	8.5	4	8.5	1.000 ^b
Médecine interne	35	37.2	20	42.6	15	31.9	0.394 ^b
Unité de médecine palliative	39	41.5	16	34.0	23	48.9	0.209 ^b
Autre ²	10	10.6	6	12.8	4	8.5	0.740 ^b
Devenir des patients après hospitalisation en médecine interne (n, %)	(n=35)	(n=20)		(n=15)			
Décès	15	42.9	8	40.0	7	46.7	0.741 ^b
Domicile ¹	9	25.7	7	35.0	2	13.3	0.244 ^b
Autre ²	11	31.4	5	25.0	6	40.0	0.467 ^b
Devenir des patients après hospitalisation en UMP (n, %)	(n=39)	(n=16)		(n=23)			
Décès	18	46.2	8	50.0	10	43.5	0.752 ^b
Domicile ¹	5	12.8	3	18.8	2	8.7	0.631 ^b
Autre ²	16	41.0	5	31.3	11	47.8	0.342 ^b
Délai entre admission aux urgences et prise en charge par l'EMSPi	(n=82)	(n=44)		(n=38)			
(moyenne ± écart-type)	1.0 ± 1.0	0.9 ± 1.0		1.1 ± 1.0		0.334 ^a	
Nombre de consultations par patient réalisées par l'EMSPi	(n=82)	(n=44)		(n=38)			
(moyenne ± écart-type)	1.3 ± 1.4	1.5 ± 1.9		1.1 ± 0.5		0.192 ^a	

¹ Comprend établissement médico-social (EMS)

² Service de neurochirurgie/neurologie/oncologie du CHUV, autre hôpital/clinique, centre de traitement et de réadaptation (CTR)

^a Test t de Student pour les variables continues

^b Test exact de Fisher pour les variables catégorielles

Dans l'année qui précède l'hospitalisation nécessitant une prise en charge par l'EMSPi, le nombre de consultations par patient au service des urgences variait entre 0 et 6. 64.9% des patients avaient fait au moins un passage au service des urgences dans l'année précédant l'hospitalisation de référence. Le nombre de passages au service des urgences ne différait pas significativement entre les deux groupes de tranche d'âge.

Après leur admission au service des urgences et la consultation de l'EMSPi, 89.4% des patients restaient hospitalisés, soit sur le site du CHUV pour la majorité, soit sur d'autres structures d'hospitalisation. Seuls 8.5% des patients retournaient à domicile et 2.1% des

patients décédaient au service des urgences. Nos résultats montrent une tendance plus importante de transferts des patients de moins de 69 ans vers le service de médecine interne (42.6% vs. 31.9%), et des patients de plus de 69 ans vers l'unité de médecine palliative (34.0% vs. 48.9%). Parmi les 74 patients hospitalisés, 33 décédaient (44.6%) et 14 retournaient à domicile (18.9%), les autres patients étaient à nouveau transférés dans un service d'hospitalisation.

Le délai entre l'admission au service des urgences et la prise en charge par l'EMSPi variait de 0 à 4 jours. Dans 42.7% des cas, la consultation avait lieu le lendemain de l'admission aux urgences et dans 36.6% des cas, le jour même. Le délai de prise en charge ne différait pas significativement entre les deux groupes de tranche d'âge. Durant leur séjour au CHUV, les patients bénéficiaient de 1 à 10 consultations par l'EMSPi. Dans 89.0% des cas, l'EMSPi évaluait les patients une seule fois. Le nombre de consultations par patient réalisées par l'EMSPi ne différait pas significativement entre les deux groupes de tranche d'âge. Les données manquantes concernant le délai entre l'admission au service des urgences et la prise en charge par l'EMSPi, ainsi que celles concernant le nombre de consultations par patient réalisées par l'EMSPi représentaient 12.8% des cas.

4.2 Motifs de prise en charge et problématiques identifiées par l'EMSPi

4.2.1 Relevé du nombre de motifs de prise en charge

Le nombre de motifs par patient pris en compte dans les différentes étapes de la prise en charge est présenté dans le *tableau 3*.

Tableau 3 – Nombre de motifs par patient

	Total	≤ 69 ans	> 69 ans	p-value
Motifs d'admission aux urgences (moyenne ± écart-type)	(n = 94) 1.2 ± 0.4	(n = 47) 1.1 ± 0.3	(n = 47) 1.2 ± 0.4	0.251 ^a
Motifs de recours à l'EMSPi (moyenne ± écart-type)	(n=79) 1.3 ± 0.5	(n=43) 1.3 ± 0.4	(n=36) 1.3 ± 0.5	0.839 ^a
Problématiques identifiées par l'EMSPi (moyenne ± écart-type)	(n=82) 2.7 ± 1.0	(n=44) 2.8 ± 0.9	(n=38) 2.6 ± 1.0	0.264 ^a

^a Test t de Student pour les variables continues

Dans 85.1% des cas, les patients consultaient le service des urgences avec un seul motif d'admission. Dans 62.8% des cas, le recours à l'EMSPi était justifié par un seul motif. Dans 78.7% des cas, l'évaluation de l'EMSPi mettait en évidence au moins deux problématiques. Le nombre de motifs par patient pris en compte dans les différentes étapes de la prise en charge ne différait pas significativement entre les deux groupes de tranche d'âge. Notons que la documentation de la demande du service des urgences à l'EMSPi, ainsi que celle des problématiques identifiées par l'EMSPi, n'a pas été retrouvée dans les dossiers médicaux des patients dans 16.0% et 12.8% des cas respectivement.

4.2.2 Motifs d'admission au service des urgences

Le *tableau 4* présente les motifs d'admission au service des urgences.

Tableau 4 – Motifs d'admission au service des urgences

	Total		≤ 69 ans		> 69 ans		p-value
	n	%	n	%	n	%	
	(n=108)		(n=52)		(n=56)		
Évaluation globale	-	-	-	-	-	-	-
Douleur	17	15.7	12	23.1	5	8.9	0.063 ^a
Dyspnée	14	13.0	8	15.4	6	10.7	0.571 ^a
Nausées, vomissements	4	3.7	3	5.8	1	1.8	0.350 ^a
État confusionnel aigu	4	3.7	2	3.8	2	3.6	1.000 ^a
Anxiété	-	-	-	-	-	-	-
Asthénie	2	1.9	1	1.9	1	1.8	1.000 ^a
État fébrile	3	2.8	1	1.9	2	3.6	1.000 ^a
Autres symptômes cardiovasculaires ¹	1	0.9	1	1.9	0	0	0.482 ^a
Autres symptômes gastro-intestinaux ²	2	1.9	1	1.9	1	1.8	1.000 ^a
Autres symptômes neurologiques ³	9	8.3	3	5.8	6	10.7	0.492 ^a
Autres symptômes ⁴	9	8.3	4	7.7	5	8.9	1.000 ^a
Demande d'euthanasie	-	-	-	-	-	-	-
Baisse de l'état général	33	30.6	13	25.0	20	35.7	0.297 ^a
Soins impossibles à domicile	8	7.4	2	3.8	6	10.7	0.273 ^a
Orientation	2	1.9	1	1.9	1	1.8	1.000 ^a

¹ Crise hypertensive

² Hématochézie, hématomèse

³ Traumatisme crânio-cérébral (TCC), trouble de l'état de conscience, coma, paralysie/parésie/paresthésie, rigidité neuromusculaire

⁴ Déshydratation, hémoptysie, sepsis, chute sans TCC, insuffisance rénale aiguë, affection/infection cutanée et/ou tissus mous, tentamen

^a Test exact de Fisher pour les variables catégorielles

Les trois principaux motifs d'admission au service des urgences dans cette population de patients étaient la baisse de l'état général (30.6%), la douleur (15.7%) et la dyspnée (13.0%). Notons que l'orientation est très rarement présentée comme motif d'admission aux urgences (1.9%). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes de tranche d'âge concernant les motifs d'admission au service des urgences. Nous relevons tout de même que la douleur était un motif d'admission plus fréquent chez les patients de moins de 69 ans (23.1% vs. 8.9%).

4.2.3 Motifs de recours à l'EMSPi

Le *tableau 5* présente les motifs de recours à l'EMSPi.

Tableau 5 – Motifs de recours à l'EMSPi

	Total		≤ 69 ans		> 69 ans		p-value
	n	%	n	%	n	%	
	(n=101)		(n=54)		(n=47)		
Évaluation globale	18	17.8	12	22.2	6	12.8	0.298 ^a
Douleur	23	22.8	16	29.6	7	14.9	0.098 ^a
Dyspnée	11	10.9	5	9.3	6	12.8	0.751 ^a
Nausées, vomissements	2	2.0	1	1.9	1	2.1	1.000 ^a
État confusionnel aigu	1	1.0	1	1.9	0	0	1.000 ^a
Anxiété	1	1.0	1	1.9	0	0	1.000 ^a
Asthénie	-	-	-	-	-	-	-
État fébrile	-	-	-	-	-	-	-
Autres symptômes cardiovasculaires ¹	1	1.0	0	0	1	2.1	0.465 ^a
Autres symptômes gastro-intestinaux	-	-	-	-	-	-	-
Autres symptômes neurologiques	-	-	-	-	-	-	-
Autres symptômes	-	-	-	-	-	-	-
Demande d'euthanasie	1	1.0	1	1.9	0	0	1.000 ^a
Baisse de l'état général	1	1.0	0	0	1	2.1	0.465 ^a
Soins impossibles à domicile	-	-	-	-	-	-	-
Orientation	42	41.6	17	31.5	25	53.2	0.042 ^a

¹ Anticoagulation

^a Test exact de Fisher pour les variables catégorielles

Les trois principaux motifs de recours à l'EMSPi dans cette population de patients étaient l'orientation (41.6%), la douleur (22.8%) et l'évaluation globale (17.8%). L'orientation était significativement plus fréquemment identifiée chez les patients de plus de 69 ans (31.5% vs. 53.2%). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes de tranche d'âge concernant les autres motifs de recours à l'EMSPi. Nous relevons tout de même que la douleur était plus fréquemment identifiée chez les patients de moins de 69 ans (29.6% vs. 14.9%).

4.2.4 Problématiques identifiées par l'EMSPi lors de la première évaluation

Le *tableau 6* présente les problématiques identifiées par l'EMSPi.

Tableau 6 – Problématiques identifiées par l'EMSPi

	Total		≤ 69 ans		> 69 ans		p-value
	n	%	n	%	n	%	
	(n=222)		(n=124)		(n=98)		
Évaluation globale	-	-	-	-	-	-	-
Douleur	52	23.4	33	26.6	19	19.4	0.264 ^a
Dyspnée	33	14.9	17	13.7	16	16.3	0.705 ^a
Nausées, vomissements	14	6.3	11	8.9	3	3.1	0.098 ^a
État confusionnel aigu	19	8.6	7	5.6	12	12.2	0.094 ^a
Anxiété	12	5.4	7	5.6	5	5.1	1.000 ^a
Asthénie	7	3.2	5	4.0	2	2.0	0.469 ^a
État fébrile	1	0.5	0	0	1	1.0	0.441 ^a
Autres symptômes cardiovasculaires ¹	2	0.9	1	0.8	1	1.0	1.000 ^a
Autres symptômes gastro-intestinaux ²	17	7.7	13	10.5	4	4.1	0.082 ^a
Autres symptômes neurologiques	-	-	-	-	-	-	-
Autres symptômes ³	6	2.7	2	1.6	4	4.1	0.409 ^a
Demande d'euthanasie	-	-	-	-	-	-	-
Baisse de l'état général	-	-	-	-	-	-	-
Soins impossibles à domicile	-	-	-	-	-	-	-
Orientation	59	26.6	28	22.6	31	31.6	0.220 ^a

¹ Anticoagulation, trouble du rythme

² Ascite, troubles du transit

³ Déshydratation, alimentation, hypersialorrhée, œdème facial, kératite

^a Test exact de Fisher pour les variables catégorielles

Les trois principales problématiques identifiées par l'EMSPi dans cette population de patients étaient l'orientation (26.6%), la douleur (23.4%) et la dyspnée (14.9%). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes de tranche d'âge concernant les problématiques identifiées par l'EMSPi. Nous relevons tout de même que les nausées et vomissement étaient plus fréquemment identifiés chez les patients de moins de 69 ans (8.9% vs. 3.1%), tout comme les autres symptômes gastro-intestinaux (10.5% vs. 4.1%). L'état confusionnel aigu était plus fréquemment identifié chez les patients de plus de 69 ans (5.6% vs. 12.2%).

5 Discussion

Pour rappel, les résultats de cette étude doivent permettre d'identifier les caractéristiques des patients du service des urgences d'un hôpital tertiaire pour lesquels un recours à une équipe spécialisée de soins palliatifs est nécessaire, ainsi que d'apprécier l'influence de l'âge sur les différentes modalités.

5.1 Caractéristiques sociodémographiques et cliniques et trajectoire des patients du service des urgences pour lesquels un recours à l'EMSPi a été nécessaire

Il existe une discrète prédominance masculine chez les patients de notre étude. Cela correspond aux données de la littérature (4,8,11,23,33,34). La moyenne d'âge des patients de notre étude est élevée, ce qui suggère que le service des urgences du CHUV a recours à l'EMSPi majoritairement pour des patients de plus de 65 ans. Les données de la littérature concernant la moyenne d'âge des patients relevant de soins palliatifs sont discordantes. Certaines études citent une moyenne d'âge de 56 à 59 ans (4,10,33), soit une population relativement jeune. D'autres études citent une moyenne d'âge de 66 à 73 ans. Cette différence semble liée à la proportion de pathologies chroniques dans la population étudiée (24). Ainsi, plus la part de pathologies chroniques dans la population étudiée augmente, plus la proportion de personnes âgées semble croître (24). En 2050, près de 35% de la population européenne sera âgée de plus de 60 ans (24). Cette augmentation de personnes âgées dans la population générale s'accompagnera inévitablement d'une croissance de la proportion de patients âgés dans la population relevant de soins palliatifs, et donc d'une augmentation de la moyenne d'âge des patients (24). Les pathologies rencontrées dans cette tranche d'âge sont les insuffisances d'organes, comme les insuffisances cardiaques, rénales ou hépatiques, et les pathologies neurodégénératives, dont la démence (24). Dans notre étude, malgré une moyenne d'âge de 69 ans, les patients présentent principalement des pathologies oncologiques. Les cancers gastro-intestinaux, les cancers pulmonaires et les cancers uro-génitaux constituent le trio de tête des pathologies oncologiques chez les patients admis au service des urgences (4,10,11,23,33,34), comme chez les patients de notre étude.

Deux tiers des patients ont été admis au moins une fois au service des urgences dans l'année qui précède l'hospitalisation nécessitant une prise en charge par l'EMSPi. Ce constat est en adéquation avec la littérature qui confirme une fréquentation croissante du service des urgences par les patients relevant de soins palliatifs (13,23). Le nombre de passages important peut s'expliquer par une augmentation des symptômes durant la période de fin de vie, ce qui peut favoriser l'arrivée au service des urgences (1,11). Les patients peuvent se présenter pour la prise en charge d'un épisode aigu nécessitant le recours à un service

d'urgence, mais aussi pour la gestion de symptômes sans caractère d'urgence, mais vécus par les patients ou par leurs proches comme urgents, avec un maintien à domicile difficile (11). Notons que le nombre de consultations au service des urgences est utilisé comme un indicateur de qualité des soins en fin de vie (10,11,23). En effet, l'admission au service des urgences représente un évènement qui peut être source d'anxiété, à la fois pour les patients et pour leurs proches (11). Lorsqu'elle s'accompagne d'une hospitalisation, elle est souvent associée à un déclin fonctionnel et donc à une diminution de la qualité de vie des patients et de leurs proches (26). Une étude réalisée auprès de patients de plus de 65 ans en fin de vie admis au service des urgences montre que près de trois-quarts des patients sont hospitalisés après leur prise en charge au service des urgences (35). De plus, parmi ces patients hospitalisés, environ deux tiers décèdent à l'hôpital (35). Dans notre étude, la proportion de patients hospitalisés est semblable, mais nous retrouvons une proportion de décès inférieure à cela, correspondant à un peu plus du tiers des patients.

L'introduction d'une prise en charge palliative précoce, initiée dans les premières heures suivant l'admission au service des urgences, est importante pour plusieurs raisons (10). Elle permet d'améliorer le contrôle des symptômes, la qualité de vie et la satisfaction des patients, ainsi que celle de leurs proches en leur offrant un accompagnement adapté (1,2,6–11). Elle permet également de diminuer la durée de séjour à l'hôpital et de réduire les coûts du système de santé (1,2,6–10). Malgré cela, la consultation de soins palliatifs est souvent débutée tardivement (2,9). Les résultats de notre étude vont à l'encontre des données de la littérature car la prise en charge par l'EMSPi se fait le jour même ou le lendemain de l'admission aux urgences, dans un délai donc relativement précoce. Dans notre étude, durant leur hospitalisation, les patients bénéficient majoritairement d'une seule consultation par l'EMSPi. Cela peut s'expliquer par le fait que l'EMSPi a un rôle de conseil et de soutien auprès de l'équipe soignante. Il est cependant inattendu qu'après le transfert des patients dans un autre service que le service des urgences, la majorité ne bénéficie plus de l'expertise de l'EMSPi. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées. Soit les propositions de l'EMSPi lors de son intervention au service des urgences ont permis de résoudre les problématiques palliatives des patients. Soit les services en charge des patients n'ont pas eu besoin de compétences complémentaires.

5.2 Motifs de prise en charge et problématiques identifiées par l'EMSPi

Dans notre étude, l'admission au service des urgences est majoritairement motivée par une plainte principale. Il s'agit le plus souvent de symptômes physiques, comme décrit dans la littérature (11,13,36). Ces symptômes peuvent être aigus, comme la gestion d'un état confusionnel aigu ou d'une dyspnée, ou sans critères d'urgence. Ainsi, dans notre étude, la baisse de l'état général, qui regroupe trois symptômes (asthénie, anorexie, amaigrissement),

est le motif d'admission au service des urgences le plus fréquent (37,38). Si ces trois symptômes sont d'installation progressive, leur impact sur la qualité de vie du patient et leur fréquente association à d'autres symptômes peuvent motiver une admission au service des urgences (37). D'autres problématiques que les symptômes physiques peuvent être à l'origine d'une admission de patients palliatifs au service des urgences. Les résultats de notre étude relèvent des plaintes sociales, psychologiques ou organisationnelles, avec des soins impossibles à domicile. Si, lorsqu'ils sont interrogés, les patients citent le domicile comme lieu souhaité de décès, le maintien à domicile peut être compromis par plusieurs facteurs (27–32). Ils peuvent être d'ordre organisationnel, comme l'absence des professionnels de santé habituellement impliqués dans la prise en charge palliative des patients (27–32). Ainsi, l'impossibilité de joindre un soignant connaissant le patient en cas d'évènement non prévu à domicile est citée comme motif de recours au service des urgences (39). Un autre facteur pouvant conduire à la rupture du maintien à domicile est l'épuisement des proches aidants (27–32). Leur implication dans les soins de base peut avoir des conséquences physique comme la fatigue, émotionnelle, familiale, parfois économique et financière (27–32).

Parmi les symptômes physiques à l'origine de l'admission au service des urgences, la douleur arrive dans les premiers de notre étude, ce qui confirme les données de la littérature. Ainsi, la douleur est citée comme symptôme physique principal en tant que motif d'admission au service des urgences (2,11,13,23,33), en tant que motif de recours aux équipes spécialisées de soins palliatifs (10) ou en tant que problématique identifiée par les équipes spécialisées de soins palliatifs (10,11). Il s'agit d'un symptôme aussi bien rencontré dans les pathologies chroniques que dans les pathologies oncologiques, et à différents stades d'évolution de ces pathologies. De plus, tout comme les symptômes gastro-intestinaux et les symptômes respiratoires, elle peut être un indicateur de la progression de la maladie (11). La prédominance de la douleur comme motif de recours aux équipes spécialisées de soins palliatifs peut s'expliquer par le fait que l'antalgie est la notion la plus régulièrement associée aux soins palliatifs, comme le relève une étude sur les représentations des médecins urgentistes sur l'introduction de soins palliatifs au service des urgences (15). Dans le cas particulier de la démence, ou plus largement des patients présentant des troubles cognitifs, les problèmes de communication rendent difficile l'évaluation de la douleur (24). Cela peut favoriser une sous-estimation de la douleur chez ces patients et les exposer à un risque de mauvais contrôle de la douleur. La recherche systématique de la douleur chez les patients présentant des troubles cognitifs à l'aide d'outils d'auto- ou d'hétéro-évaluation est à favoriser pour ne pas sous-estimer la prévalence des douleurs chez ce groupe de patients (24,25).

La dyspnée est également retrouvée comme symptôme physique important dans nos résultats et dans les différentes études citées précédemment concernant la douleur (2,10,11,13,23,33). Il s'agit d'un symptôme fréquent en fin de vie et son incidence augmente avec l'évolution de la maladie (40,41). Notons que plusieurs études réalisées auprès de patients admis au service des urgences en fin de vie montrent la dyspnée comme facteur de mauvais pronostic (23,40). En effet, en l'absence de traitement étiologique, la dyspnée est associée à une durée de survie réduite (40,41). Il est donc important de l'identifier précocement.

Le principal motif de recours à l'EMSPi dans notre étude est l'orientation. L'une des difficultés des médecins urgentistes dans la prise en charge des patients relevant de soins palliatifs est l'absence de données concernant leurs souhaits d'accompagnement (3,8,9,17). Ainsi, le projet thérapeutique des patients n'est pas toujours connu à l'arrivée au service des urgences. De plus, le contexte du service des urgences n'est pas particulièrement adapté aux discussions concernant le projet thérapeutique des patients, en raison du manque de temps, du manque d'intimité et de l'état clinique des patients (3,8,9,17). Enfin, le manque de formation des médecins urgentistes sur ce sujet peut être une limite (9,10,14,15,17,18). La présence de directives anticipées ou l'existence d'une planification du projet de soins des patients à l'arrivée au service des urgences permettrait d'éviter les investigations et les interventions lourdes et inutiles, et d'avoir un impact sur le bien-être des patients (1–3,6–11). La planification du projet de soins est un processus de discussion qui est mis en place entre les patients, leurs proches et les professionnels de santé habituellement impliqués dans la prise en charge. Habituellement, elle a lieu par anticipation d'une complication comme les troubles cognitifs ou toute autre cause pouvant altérer la capacité de discernement du patient (42).

Si le recours à l'EMSPi est fait de manière très ciblée par le service des urgences, avec majoritairement un motif principal de recours, l'évaluation réalisée par l'EMSPi retrouve un nombre de problématiques bien plus élevé. En effet, dans près de 80% des cas, les problématiques prises en charge par l'EMSPi sont plus nombreuses que les motifs de recours à l'EMSPi. Une hypothèse peut être avancée pour expliquer le nombre de problématiques identifiées par l'EMSPi : l'utilisation par l'EMSPi de l'ESAS (échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton) comme outils d'évaluation. Il s'agit d'un outil destiné à évaluer les neuf symptômes les plus fréquemment rencontrés en soins palliatifs (4,10,11,41). Il repose sur une auto-évaluation par le patient de ses symptômes (41). Un ESAS est réalisé lors de chaque prise en charge par l'EMSPi. Cela permet une évaluation globale du patient, ne se limitant pas aux symptômes qui ont pu motiver la demande de consultation spécialisée. Une autre hypothèse permettant d'expliquer le nombre de

problématiques plus important lors de l'évaluation de l'EMSPi serait de retrouver l'évaluation globale comme motif de recours à l'EMSPi. Cet item est coché par l'EMSPi lorsque la demande comporte plusieurs problématiques. Cette approche globale peut correspondre aux représentations que se font les médecins urgentistes de la prise en charge réalisée par une équipe spécialisée de soins palliatifs (15).

Parmi les symptômes identifiés par l'EMSPi, citons les symptômes gastro-intestinaux comme les nausées et vomissements ou les troubles du transit (10,11,23). Les étiologies à l'origine de ces symptômes chez les patients relevant de soins palliatifs sont diverses. Mentionnons l'utilisation d'opiacés, la déshydratation, les métastases abdominale, les troubles métaboliques, l'alitement prolongé ou encore l'anxiété (41,43). La constipation engendrée par ces facteurs peut être à l'origine des douleurs abdominales ou d'inconfort plus marqué avec les nausées et vomissements et ainsi aboutir à une admission au service des urgences (41,43). Nos résultats montrent une tendance à ce que les patients plus jeunes présentent davantage de symptômes gastro-intestinaux. Ces différents symptômes physiques peuvent avoir une répercussion psychologique avec majoration de l'anxiété chez les patients et chez leurs proches et provoquer une admission au service des urgences (11). Ainsi, la prise en charge des symptômes physiques doit s'accompagner de la recherche de symptômes psychiques (11). Dans notre étude, l'anxiété est retrouvée lors de l'évaluation par l'EMSPi, mais est rarement donné comme motif d'appel.

Pour finir, l'état confusionnel aigu est identifié par l'EMSPi, mais est rarement à l'origine de l'admission au service des urgences et rarement donné comme motif de recours à l'EMSPi. Ce symptôme semble ainsi difficile à dépister et à évaluer. Pourtant, dans la littérature, l'état confusionnel aigu et l'agitation associée font partie des symptômes fréquemment rencontrés chez les patients atteints d'une pathologie avancée (44). Ce symptôme est à l'origine d'un inconfort à la fois pour le patient, mais aussi pour les proches. De nombreux facteurs peuvent en être la cause, dont les troubles métaboliques, la déshydratation, les insuffisances d'organes ou la médication (44). Une étude décrit l'état confusionnel aigu comme indicateur de mauvais pronostic de retour à domicile, et rend donc plus susceptible le décès à l'hôpital (4). Nos résultats montrent une tendance à ce que les patients plus âgés présentent plus fréquemment un état confusionnel aigu.

5.3 Limitations

Plusieurs limitations doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats.

- Il s'agit d'une étude monocentrique réalisée dans un hôpital tertiaire avec une équipe mobile de soins palliatifs bien établie et sur une population de taille relativement restreinte. Cela rend difficile la généralisation de nos résultats. En effet, le type d'hôpital, les pratiques cliniques et la population de patients peuvent varier considérablement d'un hôpital à l'autre et d'une région à l'autre.
- Le design rétrospectif de l'étude n'a pas permis d'évaluer la concordance entre les motifs de recours à l'EMSPi et les problématiques identifiées par l'EMSPi lors de son évaluation. En effet, les motifs de recours à l'EMSPi ne sont pas des données relevées dans le dossier du service des urgences. Ils sont le résultat de l'interprétation du médecin répondant de l'EMSPi des éléments donnés par le demandeur (médecin ou infirmier) du service des urgences. Il s'agit donc de motifs de recours à l'EMSPi tels que rapportés par l'EMSPi, et non tels que définis par les médecins urgentistes.
- L'absence d'une échelle commune d'évaluation des symptômes entre le service des urgences et l'EMSPi rend difficile l'appréciation de l'impact de l'intervention de l'EMSPi auprès des patients.
- La puissance statistique de l'étude concernant l'influence de l'âge sur les différentes variables est relativement faible. En effet, peu de résultats sont statistiquement significatifs. Ceci peut être dû au nombre de sujets inclus dans l'étude, ou à la dispersion des variables.
- Il n'a pas été possible de connaître la proportion réelle de patients palliatifs pris en charge par le service des urgences.

Malgré les limitations de cette étude, elle fournit des informations importantes qui pourront être utilisées pour des études multicentriques, avec un design prospectif, sur une population de patients plus grande.

6 Conclusion

Cette étude donne une vision d'ensemble des caractéristiques des patients du service des urgences pour lesquels un recours à une équipe spécialisée de soins palliatifs est nécessaire. Elle ne retrouve pas d'influence de l'âge sur les caractéristiques sociodémographiques et cliniques, ni sur la trajectoire des patients. Par contre, l'orientation est un motif de recours à l'EMSPi plus fréquemment rencontré chez les patients de plus de 69 ans. Il n'y a pas d'influence de l'âge sur les autres motifs de prise en charge, ni sur les problématiques identifiées par l'EMSPi.

Au niveau des caractéristiques sociodémographiques et cliniques, il s'agit d'une population de patients âgés (moyenne d'âge de 69 ans), majoritairement masculine, et qui présente une pathologie oncologique.

Au niveau de la trajectoire, ces patients ont déjà eu au moins une fois recours au service des urgences dans l'année qui précède l'hospitalisation nécessitant une prise en charge palliative. Pour la majorité, leur entrée à l'hôpital par le service des urgences va se poursuivre par un transfert dans le service de médecine interne ou dans l'unité de médecine palliative, avant un éventuel nouveau transfert dans un autre lieu de soins. Cependant, plus d'un tiers des patients décéderont à l'hôpital. Lors de leur séjour au service des urgences, les patients vont bénéficier d'une consultation précoce de l'EMSPi. Cette consultation sera unique et rarement renouvelée après le transfert des patients.

Les patients sont principalement admis au service des urgences pour le contrôle de symptômes physiques. La baisse de l'état général est le motif le plus fréquent, suivi de la douleur et de la dyspnée. Lorsque le recours à l'EMSPi est nécessaire, l'orientation des patients constitue la demande majoritaire, suivie de la douleur et de l'évaluation globale. Les problématiques identifiées par l'EMSPi lors de son évaluation auprès du patient sont multiples. L'état confusionnel aigu et l'anxiété sont retrouvés par l'EMSPi, mais peu donnés comme motif d'admission au service des urgences ou comme motif de recours à l'EMSPi.

Cette étude est une première étape dans la définition des patients palliatifs nécessitant un recours à une équipe spécialisée. Elle ne donne pas d'indication sur la proportion de patients palliatifs admis au service des urgences. Des études multicentriques et prospectives seront nécessaires pour confirmer nos premiers résultats et pour développer un outil d'évaluation permettant d'identifier les patients palliatifs se présentant au service des urgences.

7 Bibliographie

1. Quest TE, Asplin BR, Cairns CB, Hwang U, Pines JM. Research priorities for palliative and end-of-life care in the emergency setting. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* juin 2011;18(6):e70-6.
2. Grudzen CR, Hwang U, Cohen JA, Fischman M, Morrison RS. Characteristics of emergency department patients who receive a palliative care consultation. *J Palliat Med.* avr 2012;15(4):396-9.
3. Richards CT, Gisondi MA, Chang C-H, Courtney DM, Engel KG, Emanuel L, et al. Palliative Care Symptom Assessment for Patients with Cancer in the Emergency Department: Validation of the Screen for Palliative and End-of-Life Care Needs in the Emergency Department Instrument. *J Palliat Med.* juin 2011;14(6):757-64.
4. Shin SH, Hui D, Chisholm GB, Kwon JH, San-Miguel MT, Allo JA, et al. Characteristics and Outcomes of Patients Admitted to the Acute Palliative Care Unit From the Emergency Center. *J Pain Symptom Manage.* juin 2014;47(6):1028-34.
5. Jack BA, O'Brien MR, Scrutton J, Baldry CR, Groves KE. Supporting family carers providing end-of-life home care: a qualitative study on the impact of a hospice at home service. *J Clin Nurs.* janv 2015;24(1-2):131-40.
6. Rosenberg M, Rosenberg L. Integrated Model of Palliative Care in the Emergency Department. *West J Emerg Med.* nov 2013;14(6):633-6.
7. Grudzen CR, Richardson LD, Hopper SS, Ortiz JM, Whang C, Morrison RS. Does Palliative Care Have a Future in the Emergency Department? Discussions With Attending Emergency Physicians. *J Pain Symptom Manage.* janv 2012;43(1):1-9.
8. Lamba S, Nagurka R, Walther S, Murphy P. Emergency-Department-Initiated Palliative Care Consults: A Descriptive Analysis. *J Palliat Med.* juin 2012;15(6):633-6.
9. Grudzen CR, Richardson LD, Major-Monfried H, Kandarian B, Ortiz JM, Morrison RS. Hospital administrators' views on barriers and opportunities to delivering palliative care in the emergency department. *Ann Emerg Med.* juin 2013;61(6):654-60.
10. Delgado-Guay MO, Rodriguez-Nunez A, Shin SH, Chisholm G, Williams J, Frisbee-Hume S, et al. Characteristics and outcomes of patients with advanced cancer evaluated by a palliative care team at an emergency center. A retrospective study. *Support Care Cancer.* 21 nov 2015;1-9.
11. Hjermland MJ, Kolflaath J, Løkken AO, Hanssen SB, Normann AP, Aass N. Are emergency admissions in palliative cancer care always necessary? Results from a descriptive study. *BMJ Open.* 2013;3(5).
12. Patients et famille - Service de soins palliatifs - CHUV [Internet]. [cité 8 déc 2015]. Disponible sur: http://www.chuv.ch/soins-palliatifs/spl_home/spl-patients-famille.htm
13. Wong J, Gott M, Frey R, Jull A. What is the incidence of patients with palliative care needs presenting to the Emergency Department? A critical review. *Palliat Med.* 1 déc 2014;28(10):1197-205.

14. Weil J, Weiland TJ, Lane H, Jelinek GA, Boughey M, Marck CH, et al. What's in a name? A qualitative exploration of what is understood by « palliative care » in the emergency department. *Palliat Med.* avr 2015;29(4):293-301.
15. Bichat J-B, Rothmann C, Bollaert P-E, Ducrocq X. Fin de vie et soins palliatifs en médecine d'urgence : à propos d'une enquête nationale de pratique. *Ann Fr Médecine Urgence.* 17 mai 2013;3(5):275-9.
16. Tardy B, Viallon A. Fin de vie aux urgences. *Réanimation.* déc 2005;14(8):680-5.
17. Lamba S, Nagurka R, Zielinski A, Scott SR. Palliative care provision in the emergency department: barriers reported by emergency physicians. *J Palliat Med.* févr 2013;16(2):143-7.
18. Hartog CS, Schwarzkopf D, Riedemann NC, Pfeifer R, Guenther A, Egerland K, et al. End-of-life care in the intensive care unit: A patient-based questionnaire of intensive care unit staff perception and relatives' psychological response. *Palliat Med.* avr 2015;29(4):336-45.
19. Kandarian B, Morrison R, Richardson LD, Ortiz J, Grudzen CR. Emergency department-initiated palliative care for advanced cancer patients: protocol for a pilot randomized controlled trial. *Trials.* 2014;15(1):251.
20. Philip JAM, Le BHC, Whittall D, Kearney J. The Development and Evaluation of an Inpatient Palliative Care Admission Triage Tool. *J Palliat Med.* 22 juill 2010;13(8):965-72.
21. Weissman DE, Meier DE. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: a consensus report from the Center to Advance Palliative Care. *J Palliat Med.* janv 2011;14(1):17-23.
22. Sermet C. Question 1 : description de la population de plus de 75 ans en France : état des lieux et perspectives. *J Eur Urgences.* sept 2004;17(3, Part 2):203-7.
23. Barbera L, Taylor C, Dudgeon D. Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life? *CMAJ Can Med Assoc J.* 6 avr 2010;182(6):563-8.
24. Davies E, Higginson I. Better palliative care for older people [Internet]. World Health Organization, Regional Office for Europe; 2004 [cité 20 déc 2015]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/98235/E82933.pdf
25. Deschodt M, Devriendt E, Sabbe M, Knockaert D, Deboutte P, Boonen S, et al. Characteristics of older adults admitted to the emergency department (ED) and their risk factors for ED readmission based on comprehensive geriatric assessment: a prospective cohort study. *BMC Geriatr.* 2015;15:54.
26. Lowthian J, Straney LD, Brand CA, Barker AL, Smit P de V, Newnham H, et al. Unplanned early return to the emergency department by older patients: the Safe Elderly Emergency Department Discharge (SEED) project. *Age Ageing.* 12 janv 2016;
27. Gott M, Seymour J, Bellamy G, Clark D, Ahmedzai S. Older people's views about home as a place of care at the end of life. *Palliat Med.* 7 janv 2004;18(5):460-7.

28. Stajduhar KI, Davies B. Variations in and factors influencing family members' decisions for palliative home care. *Palliat Med.* 1 janv 2005;19(1):21-32.
29. Venkatasalu MR, Seymour JE, Arthur A. Dying at home: A qualitative study of the perspectives of older South Asians living in the United Kingdom. *Palliat Med.* 1 mars 2014;28(3):264-72.
30. Morris SM, King C, Turner M, Payne S. Family carers providing support to a person dying in the home setting: A narrative literature review. *Palliat Med.* 1 juin 2015;29(6):487-95.
31. Houttekier D, Cohen J, Van den Block L, Bossuyt N, Deliens L. Involvement of palliative care services strongly predicts place of death in Belgium. *J Palliat Med.* déc 2010;13(12):1461-8.
32. Topf L, Robinson CA, Bottorff JL. When a desired home death does not occur: the consequences of broken promises. *J Palliat Med.* août 2013;16(8):875-80.
33. Delgado-Guay MO, Kim YJ, Shin SH, Chisholm G, Williams J, Allo J, et al. Avoidable and unavoidable visits to the emergency department among patients with advanced cancer receiving outpatient palliative care. *J Pain Symptom Manage.* mars 2015;49(3):497-504.
34. Glare P, Virik K. Independent Prospective Validation of the PaP Score in Terminally Ill Patients Referred to a Hospital-Based Palliative Medicine Consultation Service. *J Pain Symptom Manage.* nov 2001;22(5):891-8.
35. Smith AK, McCarthy E, Weber E, Cenzer IS, Boscardin J, Fisher J, et al. Half of older Americans seen in emergency department in last month of life; most admitted to hospital, and many die there. *Health Aff Proj Hope.* juin 2012;31(6):1277-85.
36. Lazarovici C, Carrasco V, Baubeau D, Somme D, Saint-Jean O. Question 2 : enquête sur les utilisateurs des services d'urgences, profil des usagers de plus de 75 ans. *J Eur Urgences.* sept 2004;17(3, Part 2):209-14.
37. Aouaneche M, Pepersack T. Altération ou dégradation de l'état général : un « syndrome gériatrique » ? *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 1 mars 2012;10(1):33-8.
38. Jainsky L, Tazé S, Schmidt J. Altération de l'état général : un motif de passage fréquent aux urgences pour des personnes âgées. *J Eur Urgences.* mars 2008;21:A149.
39. Richards SH, Winder R, Seamark C, Seamark D, Avery S, Gilbert J, et al. The experiences and needs of people seeking palliative health care out-of-hours: a qualitative study. *Prim Health Care Res Dev.* avr 2011;12(2):165-78.
40. Forero R, McDonnell G, Gallego B, McCarthy S, Mohsin M, Shanley C, et al. A Literature Review on Care at the End-of-Life in the Emergency Department. *Emerg Med Int.* 2012;2012:486516.
41. Guide des soins palliatifs | SVM - Société vaudoise de médecine [Internet]. [cité 26 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.svmed.ch/publications/guide-des-soins-palliatifs/>
42. Dening KH, Jones L, Sampson EL. Advance care planning for people with dementia: a review. *Int Psychogeriatr IPA.* déc 2011;23(10):1535-51.

43. PDQ Supportive and Palliative Care Editorial Board. Gastrointestinal Complications (PDQ®): Health Professional Version. In: PDQ Cancer Information Summaries [Internet]. Bethesda (MD): National Cancer Institute (US); 2002 [cité 17 janv 2016]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK65768/>
44. Lorenzl S, Füsgen I, Noachtar S. Acute Confusional States in the Elderly—Diagnosis and Treatment. *Dtsch Ärztebl Int.* mai 2012;109(21):391-400.

8 Remerciements

Je souhaite adresser mes remerciements aux personnes avec lesquelles j'ai pu échanger et qui m'ont apporté leur aide et leur soutien dans la réalisation de ce mémoire.

Je tiens tout d'abord à remercier Dresse F. Diawara, co-tutrice de mémoire, qui m'a guidée dans mon travail et m'a aidée à trouver des solutions pour avancer.

Je tiens aussi à remercier particulièrement Dr M. Bernard, responsable de recherche du Service de Soins palliatifs, pour son aide précieuse en analyse statistique.

Mes remerciements vont encore à Prof. G.D. Borasio, tuteur de mémoire, sans qui cette étude n'aurait pas débuté.

Je remercie également Dr O. Hugli d'avoir accepté d'être expert de mon mémoire.

Je voudrais aussi remercier toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à mes recherches et à l'élaboration de ce mémoire.