



HAL
open science

Sédation terminale dans le cadre d'un arrêt des soins : état des lieux des pratiques dans le service d'accueil des urgences de Besançon

Nicolas Conte

► To cite this version:

Nicolas Conte. Sédation terminale dans le cadre d'un arrêt des soins : état des lieux des pratiques dans le service d'accueil des urgences de Besançon. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04805358

HAL Id: dumas-04805358

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04805358v1>

Submitted on 29 Nov 2024

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

ANNEE 2024 - N° 24 – 125

Sédation terminale dans le cadre d'un arrêt des soins : état des lieux des pratiques dans le service d'accueil des urgences de Besançon.

THÈSE

présentée et soutenue publiquement

le 10 octobre 2024 à 11 h

pour obtenir le Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Nicolas - CONTE

Né(e) le 23 février 1995 à Briançon (Hautes Alpes)

La composition du jury est la suivante :

Président : Pr KHOURY Abdo Professeur associé

Directeur de la thèse : Dr CELLERIER Martin Praticien Hospitalier

Juges :

Dr LEPETZ Thierry Professeur associé

Dr MARX Tania Maître de conférences universitaires

UNIVERSITÉ DE FRANCHE-COMTÉ
U.F.R. SCIENCES DE LA SANTE
BESANÇON

DIRECTEUR

P PROFESSEUR THIERRY MOULIN

DIRECTEURS ADJOINTS

PROFESSEUR XAVIER BERTRAND

DOYEN PHARMACIE

PROFESSEUR MALIKA BOUHADDI

DIRECTEUR DES ETUDES

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

MME CAROLE COINTEAU

DEPARTEMENT MEDECINE

PROFESSEUR Emmanuel HAFFEN

DIRECTEUR DES ÉTUDES

PROFESSEUR JEAN-PAUL FEUGEAS

ASSESEUR 1ER CYCLE

PROFESSEUR MARIE-FRANCE SERONDE

ASSESEURS 2EME CYCLE

PROFESSEUR CATHERINE CHIROUZE

ASSESEURS 3EME CYCLE

PROFESSEUR THIBAUT DESMETTRE

COORDINATEUR MEDECINE

PROFESSEUR BENOIT DE BILLY

COORDINATEUR CHIRURGIE

PROFESSEUR BENOIT DINET

COORDINATEUR MEDECINE GENERALE

DEPARTEMENT PHARMACIE

PROFESSEUR XAVIER BERTRAND

DOYEN PHARMACIE

PROFESSEUR LHASSANE ISMAILI

DIRECTEUR DES ETUDES

PROFESSEUR SAMUEL LIMAT

COORDINATEURS 3E CYCLE

PROFESSEUR VIRGINIE NERICH

DEPARTEMENT MAÏEUTIQUE

BEATRICE LIEGEON VAN EIS (SAGE-FEMME) COORDINATEURS PEDAGOGIQUES

DEPARTEMENT ODONTOLOGIE

DOCTEUR EDOUARD EUVRARD (PAST)

COORDINATEURS PEDAGOGIQUES

DOCTEUR SOPHIE PECHOUX (PAST)

PROFESSEUR CHRISTOPHE MEYER

DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : ORTHOPHONIE

ALAIN DEVEVEY (MCF)

COORDINATEURS PEDAGOGIQUES

PROFESSEUR ELOI MAGNIN

DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : KINESITHERAPIE

CHRISTOPHE DINET (KINÉSITHÉRAPIE -
BESANÇON)

COORDINATEURS PEDAGOGIQUES

ALEXANDRE KUBICKI (KINESITHERAPIE -
MONTBELAIRD) (MCF)

YOSHIMASA SAGAWA (MCF)

DEPARTEMENT SCIENCES DES METIERS DE LA REEDUCATION : ERGOTHERAPIE/PSYCHOMOTRICITE

GAELE BLERVAQUE (MAST)

COORDINATRICES PEDAGOGIQUES

JULIE LAPREVOTTE (MAST)

DEPARTEMENT SCIENCES INFIRMIERES

ALINE CHASSAGNE (MCF)	COORDINATEURS PEDAGOGIQUES
CHRISTINE MEYER (SOINS INFIRMIERS IFSI)	
DOCTEUR ANTOINE THIERY-VUILLEMIN (MCU-PH)	
PROFESSEUR FABRICE VUILLIER	COORDINATEUR PEDAGOGIQUE IPA

DEPARTEMENT DE PEDAGOGIE

PROFESSEUR CLEMENT PRATI	RESPONSABLE
PROFESSEUR SEBASTIEN PILI-FLOURY	CENTRE DE SIMULATION
PROFESSEUR BENOIT DINET	
DOCTEUR FRANK VERHOEVEN	
STEPHANIE PARIS (MAIEUTIQUE)	
MARC PUDLO (PHARMACIE)	
ALAIN DEVEVEY (REEDUCATION)	
VERONIQUE GRATTARD (REEDUCATION)	
LAURENCE GANDON (INFIRMIER)	

RELATIONS HUMAINES DE L'UFR

PROFESSEUR SYLVIE NEZELOF	ASSESEUR
---------------------------	----------

COMMISSION SCIENTIFIQUE DE L'UFR

PROFESSEUR VIRGINIE WESTEEL	ASSESEUR RECHERCHE - PRESIDENTE
PROFESSEUR FREDERIC AUBER	VICE-PRESIDENT

CHARGES DE MISSIONS

<i>FORMATION CONTINUE</i>		COORDINATEURS
	MME SYLVIE BOBILLIER-CHAUMONT DEVAUX (MCF)	
<i>HISTOIRE DE LA MEDECINE</i>	PROFESSEUR LAURENT TATU	COORDINATEURS
	DOCTEUR PHILIPPE MERCET	
<i>RELATIONS INTERNATIONALES</i>	PROFESSEUR KATY JEANNOT	COORDINATEURS
	DOCTEUR SOPHIE BOROT (MCU-PH)	
	DOCTEUR OLEG BLAGOSKLONOV (MCU-PH)	
<i>ALUMNI-USB</i>	PROFESSEUR GILLES CAPELLIER	COORDINATEUR
	PROFESSEUR GABRIEL CAMELOT (EMERITE)	PRESIDENT HONORAIRE

MÉDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

– PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Olivier	ADOTEVI	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	AUBER	CHIRURGIE INFANTILE
M.	François	AUBIN	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
M.	Jamal	BAMOULID	IMMUNOLOGIE
Mme	Cindy	BARNIG	PNEUMOLOGIE
Mme	Djamila	BENNABI	PSYCHIATRIE ADULTES
M.	Guillaume	BESCH	ANESTHESIE REANIMATION
M.	Frédéric	BIBEAU	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
Mme	Alessandra	BIONDI	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Christophe	BORG	CANCÉROLOGIE
M.	Hatem	BOULAHDOUR	BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE
Mme	Catherine	CHIROUZE	MALADIES INFECTIEUSES
M.	Romain	CHOPARD	CARDIOLOGIE
M	Sidney	CHOCRON	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
Mme	Cécile	COURIVAUD	NÉPHROLOGIE
M.	Siamak	DAVANI	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
M.	Benoît	DE BILLY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Eric	DECONINCK	HÉMATOLOGIE
M	Eric	DELABROUSSE	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE
M.	Thibaut	DESMETTRE	MÉDECINE D'URGENCE (DISPONIBILITE)
M.	Vincent	DI MARTINO	HÉPATOLOGIE
M.	Didier	DUCLoux	NÉPHROLOGIE
M.	Jean-Paul	FEUGEAS	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
M	Patrick	GARBUIO	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
Mme	Anne-Sophie	GAUTHIER	OPHTALMOLOGIE
M.	Emmanuel	HAFFEN	PSYCHIATRIE d'ADULTES
M.	Georges	HERBEIN	VIROLOGIE
M.	Bruno	HEYD	CHIRURGIE GÉNÉRALE
M.	Didier	HOCQUET	HYGIÈNE HOSPITALIÈRE
Mme	Katy	JEANNOT	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M	François	KLEINCLAUSS	UROLOGIE
M.	Paul	KUENTZ	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
M.	Zaher	LAKKIS	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
M.	Daniel	LEPAGE	ANATOMIE
M.	Quentin	LEPILLER	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE, HYGIENE HOSPITALIERE
M.	Eloi	MAGNIN	NEUROLOGIE
Mme	Nadine	MAGY-BERTRAND	MEDECINE INTERNE
M.	Frédéric	MAUNY	BIostatISTIQUES, INFORMATIQUE MÉDICALE
M.	Nicolas	MENEVEAU	CARDIOLOGIE
M.	Christophe	MEYER	CHIRURGIE MAXILLO FACIALE ET STOMATOLOGIE
M.	Fabrice	MICHEL	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION (DISPONIBILITE)
Mme	Laurence	MILLON	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
M.	Nicolas	MOTTET	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
M.	Thierry	MOULIN	NEUROLOGIE

M	Sylvie	NEZELOF	PÉDOPSYCHIATRIE
M	Laurent	OBERT	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
M.	Andréas	PERROTTI	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
M.	Sébastien	PILI-FLOURY	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	Gaël	PITON	MEDECINE INTENSIVE REANIMATION
M.	Clément	PRATI	RHUMATOLOGIE
M	Jean-Luc	PRETET	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Rajeev	RAMANAH	GYNÉCOLOGIE - OBSTÉTRIQUE
M.	Simon	RINCKENBACH	CHIRURGIE VASCULAIRE
M	Emmanuel	SAMAIN	ANESTHÉSIOLOGIE RÉANIMATION
M.	François	SCHIELE	CARDIOLOGIE
Mme	Marie-France	SERONDE	CARDIOLOGIE
M	Laurent	TATU	ANATOMIE
M.	Laurent	TAVERNIER	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
M.	Thierry	THEVENOT	HÉPATOLOGIE
M.	Laurent	THINES	NEUROCHIRURGIE
M.	Gérard	THIRIEZ	PÉDIATRIE
M.	Pierre	TIBERGHIE	IMMUNOLOGIE
M.	Eric	TOUSSIROT	THÉRAPEUTIQUE
M.	Pierre	VANDEL	PSYCHIATRIE d'ADULTES (DISPONIBILITE)
M.	Fabrice	VUILLIER	ANATOMIE
Mme	Lauriane	VULLIEZ COADY	PEDO-PSYCHIATRIE
Mme	Lucine	VUITTON	GASTRO-ENTEROLOGIE
Mme	Virginie	WESTEEL-KAULEK	PNEUMOLOGIE

PROFESSEURS EMÉRITES

M.	Jean-Luc	BRESSON	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M	Gilles	CAPELLIER	MÉDECINE INTENSIVE RÉANIMATION
M.	Jean-Luc	CHOPARD	MEDECINE LEGALE
M.	Alain	CZORNY	NEUROCHIRURGIE
M.	Bernard	DELBOSC	OPHTALMOLOGIE
M.	Gilles	DUMOULIN	PHYSIOLOGIE
M.	Dominique	FELLMANN	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
M.	Georges	MANTION	CHIRURGIE GÉNÉRALE
Mme	Christiane	MOUGIN	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Bernard	PARRATTE	ANATOMIE
M.	Patrick	PLESIAT	BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Christophe	ROUX	BIOLOGIE ET MÉDECINE DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION
M.	Daniel	SECHTER	PSYCHIATRIE D'ADULTES
Mme	Dominique	VUITTON	IMMUNOLOGIE
M.	Daniel	WENDLING	RHUMATOLOGIE

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	Clotilde	AMIOT	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
Mme	Anne-Pauline	BELLANGER	PARASITOLOGIE
M.	Matthieu	BEREAU	THERAPEUTIQUE
Mme	Sophie	BOROT	ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES
Mme	Malika	BOUHADDI	PHYSIOLOGIE
M.	Kévin	BOUILLER	MALADIES INFECTIEUSES (DELEGATION MISSION D'ETUDE)
M.	Paul	CALAME	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
M.	Yann	CHAUSSY	CHIRURGIE INFANTILE
M.	Alain	COAQUETTE	VIROLOGIE
Mme	Elsa	CURTIT	CANCÉROLOGIE
M.	Etienne	DAGUINDAU	HEMATOLOGIE
M.	Maxime	DESMARETS	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMISE DE LA SANTE ET PREVENTION
Mme	Julie	GIUSTINIANI	PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE
M.	François	LOISEL	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
Mme	Tania	MARX	MEDECINE D'URGENCE
Mme	Elisabeth	MEDEIROS	NEUROLOGIE
M	Patrice	MURET	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
Mme	Charlée	NARDIN	DERMATOLOGIE
M.	Fabien	PELLETIER	DERMATO-VÉNÉRÉOLOGIE
Mme	Isabelle	PLUVY	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE (DELEGATION MISSION D'ETUDE)
Mme	Anaïs	POTRON	BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE
M.	Zohair	SELMANI	BIOLOGIE CELLULAIRE
M.	Antoine	THIERY-VUILLEMIN	CANCÉROLOGIE (DISPONIBILITE)
M.	Frank	VERHOEVEN	RHUMATOLOGIE
Mme.	Delphine	WEIL - VERHOEVEN	HEPATOLOGIE
M	Hadrien	WINISZEWSKI	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M.	Rémi	BARDET	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Francis	BERTHIER	PR associé ANESTHESIE-REANIMATION
Mme	Hélène	BIGEARD- JOUFFROY	MCF associé PARODONTOLOGIE
Mme	Anne-Lise	BOLOT	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Benoît	DINET	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Edouard	EUVRARD	PR associé CHIRURGIE ORALE (ODONTOLOGIE)
Mme	Catherine	GAY	PR associé GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
M.	Abdo	KHOURY	PR associé Médecine d'urgence
Mme	Aurora	LEBEAU-JEUNET	MCF ASSOCIE MEDECINE GENERALE
M.	Thierry	LEPETZ	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	José-Philippe	MORENO	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Sophie	PECHOUX	MCF associé DENTISTERIE RESTAURATRICE (ODONTOLOGIE)
M.	Jean-Michel	PERROT	PR associé MÉDECINE GÉNÉRALE
M.	Thomas	RODRIGUEZ	MCF associé MÉDECINE GÉNÉRALE
Mme	Christine	ROMAGNA	PR associé CHIRURGIE ORAL
Mme	Esther	SZWARC	MCF associé SANTE AU TRAVAIL

PHARMACIE

PROFESSEURS

M.	Xavier	BERTRAND	MICROBIOLOGIE - INFECTIOLOGIE
Mme	Céline	DEMOUGEOT	PHARMACOLOGIE
Mme	Francine	GARNACHE-OTTOU	HÉMATOLOGIE
Mme	Corine	GIRARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Yann	GODET	IMMUNOLOGIE
M.	Frédéric	GRENOUILLET	PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE
M.	Yves	GUILLAUME	CHIMIE ANALYTIQUE
M.	Lhassane	ISMAILI	CHIMIE ORGANIQUE
M.	Samuel	LIMAT	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Frédéric	LIRUSSI	PHARMACOLOGIE - TOXICOLOGIE
M.	Dominique	MEILLET	PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE
Mme	Virginie	NERICH	PHARMACIE CLINIQUE
M.	Yann	PELLEQUER	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Bernard	REFOUVELET	CHIMIE ORGANIQUE ET THERAPEUTIQUE
M.	Philippe	SAAS	IMMUNOLOGIE (DISPONIBILITE)
Mme	Marie-Christine	WORONOFF-LEMSI	PHARMACIE CLINIQUE

PROFESSEUR EMÉRITE

Mme	Laurence	NICOD	BIOLOGIE CELLULAIRE
-----	----------	--------------	---------------------

MAITRES DE CONFÉRENCES

Mme	Auréli	BAGUET	BIOCHIMIE
M.	Arnaud	BEDUNEAU	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Laurent	BERMONT	BIOCHIMIE
M.	Oleg	BLAGOSKLONOV	BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
Mme	Oxana	BLAGOSKLONOV	GÉNÉTIQUE
Mme	Céline	BOUVIER-SLEKOVEC	HYGIENE PREVENTION RISQUES INFECTIEUX
M.	Eric	CAVALLI	CHIMIE PHYSIQUE ET MINÉRALE
Mme	Anne-Laure	CLAIRET	PHARMACIE
M.	Jean-Patrick	DASPET	BIOPHYSIQUE
Mme	Sylvie	SYLVIE BOBILLIER-CHAUMONT DEVAUX	PHYSIOLOGIE
Mme	Jeanne	GALAINÉ	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
Mme	Marie	KROEMER	SCIENCES DU MEDICAMENT ET AUTRES PRODUITS DE SANTE
Mme	Isabelle	LASCOMBE	BIOCHIMIE / ISIFC
Mme	Carole	MIGUET ALFONSI	TOXICOLOGIE
M.	Johnny	MORETTO	PHYSIOLOGIE
M.	Brice	MOULARI	PHARMACIE GALÉNIQUE
M.	Frédéric	MUYARD	PHARMACOGNOSIE
M.	Marc	PUDLO	CHIMIE THÉRAPEUTIQUE
M.	Florian	RENOSI	SCIENCES BIOLOGIQUES, FONDAMENTALES ET CLINIQUES
MME	Nathalie	RUDE	BIOMATHÉMATIQUES ET BIostatISTIQUES
M.	François	SENEJOUX	PHARMACOGNOSIE
Mme	Perle	TOTOSON	PHARMACOLOGIE

ENSEIGNANTS ASSOCIÉS

M	Lionel	PAZART	PAST PHARMACIE SCIENCES DU MEDICAMENT
Mme	Florence	VAN LANDUYT	PAST PHARMACIE CLINIQUE – OFFICINE

PROFESSIONS DE SANTE

Mme	Aline	CHASSAGNE	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES INFIRMIERES
M.	Alain	DEVEVEY	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES LANGAGE- ORTHOPHONIE
M.	Alexandre	KUBICKI	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES DE REEDUCATION ET DE READAPTATION - KINESITHERAPIE
M.	Yoshimasa	SAGAWA JUNIOR	MAITRE DE CONFERENCES SCIENCES DE REEDUCATION ET DE READAPTATION - KINESITHERAPIE
MME	Geneviève	MERELLE	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Sophie	SALTARELLI	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Christine	BRET-LEGRAND	MAST EN ORTHOPHONIE
MME	Alice	BOULLAUD	PROFESSEUR CERTIFIEE - ERGOTHERAPIE
MME	Gaëlle	BLERVAQUE	MAST ERGOTHERAPIE/PSYCHOMOTRICITE
MME	Julie	LAPREVOTTE	MAST ERGOTHERAPIE/PSYCHOMOTRICITE

AUTRES ENSEIGNANTS

MME	Lise	FIARDET	PROFESSEUR AGREGEE ANGLAIS
MME	Vanessa	MARTIN	PROFESSEUR AGREGEE ANGLAIS
M.	Nicolas	MICHAUD	PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS
M.	Charles Dale	SANTANA	PROFESSEUR AGREGE ANGLAIS

Mise à jour 17/06/2024

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

Au Professeur associé en médecine d'urgence, Abdo KHOURY.

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider cette thèse. Je vous remercie également pour votre accompagnement tout au long de mon cursus, ainsi que pour le partage de votre expérience et de vos connaissances. Je vous exprime toute ma gratitude et mon profond respect.

À la Docteure en médecine d'urgence et maître de conférences des universités, Tania MARX.

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse. Je vous remercie sincèrement pour votre soutien et votre accompagnement tout au long de mon parcours. Recevez l'expression de ma reconnaissance et de mon respect.

Au Professeur et coordinateur de médecine générale, Thierry LEPETZ.

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse. Recevez ma reconnaissance et mon profond respect.

À mon directeur de thèse, le docteur Martin Cellier,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci également pour ta disponibilité tout au long de sa rédaction. Je suis reconnaissant pour tes conseils et ta pédagogie durant nos interventions et les journées passées ensemble aux urgences, qui ont renforcé mon désir de devenir médecin urgentiste.

À Colette,

Ma gazelle, tu es celle qui connaît mieux que personne les difficultés que j'ai rencontrées pour mener ce travail à bien. Ton amour, ton soutien indéfectible et ta patience m'ont porté tout au long de ce parcours. Je te remercie aussi pour ces moments d'évasion que nous avons partagés, en Irlande ou ailleurs, qui m'ont permis de me ressourcer. Je tiens aussi à te remercier spécialement pour ton aide précieuse, sans laquelle ce travail n'aurait pas été le même. Chaque jour, je réalise la chance que j'ai de t'avoir à mes côtés. À notre cocon que l'on a construit et à tout ce que nous construirons encore ensemble. Je t'aime.

À mes parents,

Je vous exprime toute ma reconnaissance pour votre soutien indéfectible tout au long de mon parcours. Vous avez toujours été là, à m'encourager dans mes études, à respecter mes choix, à me soutenir dans tous mes projets. Votre amour, vos conseils et votre confiance indéfectible ont été des piliers essentiels dans la réussite de ce parcours. Vous êtes des parents extraordinaires, et je mesure chaque jour la chance immense que j'ai de vous avoir à mes côtés. Je vous aime. Merci pour tout.

À mes frères Raphael et Thomas,

Je voulais vous dire merci pour tout le soutien et l'inspiration que vous m'avez offerts. Vous avez toujours été là pour moi, que ce soit dans mes études ou dans la vie en général. Vous êtes des exemples importants pour moi, je suis chanceux de vous avoir dans ma vie. Merci pour tout ce que vous faites. Je vous aime.

À mes belles-sœurs,

*Gentiane et Laureen, vous êtes des belles-sœurs en or.
À mes petits neveux,*

Lou et Zack, petites canailles, vous me faites craquer à chaque fois que je vous vois. Je serai toujours là pour vous.

À mes grands-parents,

Mamie et papi Cocotte, vous n'êtes plus là, mais je pense à vous chaque jour. Cette enfance que j'ai pu passer avec vous à la ferme était extraordinaire. Vous m'avez appris à apprécier les choses simples de la vie. Merci du fond du cœur.

Mamie et papi Conté, merci d'avoir été des grands-parents géniaux, mais surtout merci pour votre soutien sans faille lors de mes études, sans vous ça n'aurait pas été possible. Papi, j'aurais aimé que tu sois parmi nous pour ce jour si important.

À ma famille,

Vous êtes trop nombreux pour que je vous cite tous, mais merci pour votre soutien et votre bienveillance.

À ma belle-famille,

Merci pour votre gentillesse et pour m'avoir ouvert les portes de votre famille, merci à Véronique pour les souvenirs incroyables^^.

À mes amis de Briançon,

À ma Boule, Mélo, tu es ma plus vieille amie, tant de bons moments et souvenirs avec toi !

À Gab, une véritable amitié qui a débuté dans un rouleau !

À Ludo, tant d'aventures et d'explorations avec toi !

Mais aussi Mélody, Chacha, Félix, Mika...

Tant de merveilleux souvenirs avec vous, je sais qu'on ne se voit pas beaucoup, mais je ne vous oublie absolument pas !

À mes amis de Lyon,

Mon Jojo... je te rejoins encore dormir à moitié dans la tente, à moitié dans la boue. C'était le début d'une belle amitié. Merci pour tous ces moments où j'ai pu m'évader de la médecine avec toi, ça a énormément compté pour moi !

Antoine, mon roumain, mon coloc, tellement de bons souvenirs avec toi dans cet appart !

Clem la rage, merci pour tous ces moments de rage, d'histoires incroyables et de discussions sérieuses qu'on a pu avoir. Merci également à ton double menton.

Estelle, merci pour tes nombreux retards, j'avais l'impression d'être à l'heure.

Charlito, l'externat n'aurait pas été pareil sans toi, merci de m'avoir supporté ^^

Tous ces moments passés ensemble restent inoubliables ! Merci ! Vous me manquez !

À mes co-internes urgentistes,

La dream team, PL, Anouk, Lucie, Anaïs, Juliette, Justine, Léa et le captain Marguet.

Et un peu Orlane, même si elle nous a lâchés^^

Que des bons moments passés à vos côtés. Surtout ne changez pas !

À mon Michel,

Tu as été mon meilleur chef de gériatrie, merci pour tout ce que tu m'as appris. Tu m'as redonné confiance en moi à un moment où j'en avais vraiment besoin. Merci également pour toutes les parties de ping-pong que tu as perdues.

À **Claudia**, ma super proprio, merci pour tout.

À mes co-internes de Trévenans,

À Zz le pissenlit, merci pour ce stage en réa. Un beau souvenir et la plus belle victoire du stage, avoir réussi à faire sourire un certain médecin.

À Fethi, Vincent et Manon pour m'avoir laissé tous les gestes techniques en réa.

À PE et Yoyo, mes pédiatres préférés, merci pour tout ce que vous m'avez appris. Merci pour tes moments de rage Yoyo, c'était génial. PE, merci pour les ubers, le fait de ne pas te lever en garde, et merci infiniment d'être si lent en course à pied. J'avais l'impression d'être trop fort.

À Juliette, Marion et Julie pour les apéros, les barres de rire et les jeux de société !

À Mélanie, gras double, pour avoir mangé tout ce qui traînait aux urgences pédiatriques.

À Alexandre pour être aussi mauvais au ping-pong.

C'était une année de plaisir à vos côtés.

À mes co-internes de réa chir,

Léa, Leane, Flavito, Alicia, Chloé, Lucas, Émilie, Justine, Wafic, le J et le S.

Merci pour les fous rires.

Merci à tous pour les cafés que vous m'avez faits. Surtout Léa, d'ailleurs.

Merci à Lucas pour m'avoir appris à corriger efficacement une hyponatrémie.

Merci à Flavito pour son droit au remord.

Le J et le S, merci pour ce transfert inoubliable à l'IRM, probablement mon meilleur souvenir de réa chir.

Un plaisir de vous connaître et le stage aurait été bien triste sans vous !

À tous les autres, je ne peux pas tous vous citer, mais merci !

À Quentin pour un super stage en gériatrie, Louis, Shukofa, Claire, Thomas, Côme, Aymeric, Lucas, Christophe, Segou, Grégoire, Thomas, Alexandre, Margaux, Florian, Lola, Rama, Chef Chekib, Ronan, William, Jérémie, Adrien, Ana, Raphael, Camille, Charlène...

Aux différents services qui m'ont accueilli,

Le service gériatrie du CHU de Besançon avec l'excellent Dr Marmier.

Le SAU et le SMUR de Besançon.

Le service de réanimation de Trévenans où j'ai tant appris.

Le service de pédiatrie de Trévenans, avec le Dr URSULESCU, qui est une cheffe extraordinaire.

Le service de réanimation chirurgicale de Besançon. Merci aux jeunes chefs pour leur encadrement et leur pédagogie.

Un grand merci à tous.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	1
LISTES DES FIGURES.....	3
LISTES DES TABLEAUX.....	5
LISTES DES ANNEXES	7
LISTES DES ABREVIATIONS.....	9
INTRODUCTION	11
PREMIERE PARTIE : Le service d'accueil des urgences de Besançon.....	13
DEUXIEME PARTIE : La fin de vie en France	17
TROISIEME PARTIE : Matériels et méthodes.....	35
QUATRIEME PARTIE : Résultats	43
CINQUIEME PARTIE : Analyse des résultats et discussion.....	67
CONCLUSION.....	83
ANNEXES	85
REFERENCES.....	89
TABLES DES MATIERES	93

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Nombre de décès en France par année selon l'INSEE	17
Figure 2 : Répartition des décès en France selon l'INSEE	18
Figure 3 : Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996	23
Figure 4 : Diagramme de flux.....	43
Figure 5 : Répartition des décès entre 2020 et 2023 aux urgences de Besançon.....	44
Figure 6a : Caractéristiques médicales de la population.....	46
Figure 6b : Caractéristiques médicales de la population	46
Figure 7 : Limitation thérapeutique connue avant l'admission aux urgences.....	47
Figure 8 : Caractéristiques d'admission de la population	47
Figure 9 : Évaluation des symptômes à l'arrivée aux urgences	49
Figure 10 : Données concernant la limitation thérapeutique.....	49
Figure 11 : Connaissance de la volonté du patient	50
Figure 12 : Spécialités médicales intervenants dans la décision collégiale	51
Figure 13 : Données concernant la procédure collégiale.....	52
Figure 14 : Éléments de décision entraînant la limitation thérapeutique	52
Figure 15 : Utilisation de la fiche LATA	53
Figure 16 : Utilisation des hypnotiques dans la sédation terminale.....	55
Figure 17 : Utilisation des analgésiques opioïdes dans la sédation terminale	56
Figure 18 : Modalités d'administrations des drogues.....	57
Figure 19 : Posologies d'initiations des entretiens sans dose de charge des drogues hypnotiques et analgésiques opioïdes.....	58
Figure 20 : Posologie des bolus initiaux des doses de charge d'hypnotiques et d'analgésiques opioïdes	59
Figure 21 : Entretien après titration par rapport à 50% de la dose totale de titration	60
Figure 22 : Gestion similaire des pousses seringues électriques	60
Figure 23 : Adaptation des posologies des drogues hypnotiques et analgésiques opioïdes	61
Figure 24 : Surveillance scopée.....	62
Figure 25 : Caractéristiques des décès	66

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Données concernant l'hôpital de Besançon	15
Tableau 2 : Caractéristiques générales et médicales de la population à l'admission	45
Tableau 3 : Caractéristiques d'admission de la population.....	48
Tableau 4 : Données concernant la limitation thérapeutique	54
Tableau 5 : Données concernant l'initiation de la sédation terminale et son suivi jusqu'au décès.....	65
Tableau 6 : Caractéristiques des décès.....	66

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : L'échelle de vigilance-agitation de Richmond, (Richmond agitation sédation scale RASS)	85
Annexe 2 : Le score de Rudkin	85
Annexe 3 : Échelle d'évaluation comportementale de la douleur aigüe (Algoplus®).....	86
Annexe 4 : L'échelle d'hétéro évaluation de la dyspnée RDOS, (Respiratory Distress Observation Scale).....	86
Annexe 5 : La Grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources).....	87
Annexe 6 : Le score CFS (Clinical Frailty Scale)	88
Annexe 7 : L'échelle de performance de l'organisation mondiale de la santé.....	88

LISTES DES ABRÉVIATIONS

ACR: Arrêt cardio-respiratoire

ADL: Activities of Daily Living

AG/GIR : Autonomie gérontologie groupes iso-ressources

ASH : Aide-soignant hospitalier

CFS : Clinical Frailty Scale

CHU : Centre hospitalo-universitaire

CAIR : Circuit d'accueil des insuffisants respiratoires

COVID : Corona virus disease

CRRA15 : Centre de réception et de régulation médicale

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ECOG : Eastern Cooperative Oncology Group

ECPA : Évaluation comportementale de la douleur chez la personne

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMSP : Équipes mobiles de soins palliatifs

EOC : Échelle observationnelle comportementale

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

IDE : Infirmier diplômé d'état

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de santé et de la recherche

IM : Intra-musculaire

IN : Intra-nasal

IR : Intra-rectal

IV : Intra-veineuse

IOA : Infirmier organisateur d'accueil

LATA : Limitations et arrêt des thérapeutiques actives

MAS : Maison d'accueil spécialisée

MG : Milligramme

ML : Millilitre

PAD : pression artérielle diastolique

PAM : Pression artérielle moyenne

PAS : Pression artérielle systolique

PSE : Pousse seringue électrique

OMS : Organisation mondiale de la santé

RDOS : Respiratory distress observation

RASS : Richmond agitation – sédation scale

SAMU : Service d'aide médical urgente

SAU : Service d'accueil des urgences

SAUV : Service d'accueil des urgences vitales

SC : Sous cutanée

SFAP : Société française d'accompagnement et de soins palliatifs

SFMU : Société française de médecine d'urgence

SPCMD : Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès

SMUR : Structure mobile d'urgence et de réanimation

SRLF : Société de réanimation de la langue française

SSR : Soins de suite et de réadaptation

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

USC : Unité de surveillance continue

USP : Unité de soins palliatifs

INTRODUCTION

Environ 60 % des décès en France ont lieu à l'hôpital, dont 7 à 17 % dans les services d'urgences¹⁻⁴ pour la plupart ce sont des patients âgés en perte d'autonomie, polyopathologiques, pour lesquels une limitation des thérapeutiques actives est faite^{3,5}. Ce schéma est resté relativement stable ces dernières années, et rien n'indique un changement imminent⁶.

Depuis plusieurs années, le nombre de passages aux urgences ne cesse d'augmenter¹. Cette hausse s'explique par diverses raisons, telles que la fermeture de lits d'hospitalisation, ce qui empêche les admissions directes, ainsi qu'une offre de soins libérale limitée, qui pousse les patients à se tourner vers les services d'urgence^{7,8}. Ce contexte confronte les médecins urgentistes à une gestion accrue des situations de fin de vie dans un cadre souvent inapproprié, tant sur le plan matériel qu'humain.

En effet, les urgences, conçues pour gérer des situations aiguës, offrent rarement un environnement propice à l'accompagnement de la fin de vie, rendant délicate la mise en œuvre d'une sédation terminale ou sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCMD) lorsque nécessaire.

De plus, les décisions concernant la fin de vie et la prise en charge palliative ne sont souvent pas anticipées y compris pour les patients institutionnalisés dans des établissements comme les EHPAD.² Cette situation est particulièrement préoccupante, d'autant plus pour les médecins urgentistes, peu formés aux soins palliatifs, se retrouvant en première ligne pour gérer ces situations complexes. En effet, une faible proportion d'entre eux a reçu une formation spécifique en soins palliatifs, ce qui limite leur capacité à offrir un accompagnement adéquat en fin de vie.⁹

Ces dernières années, la question de la fin de vie est devenue cruciale et récurrente, tant sur le plan médical que sur les plans médiatique et social. La multiplication des lois¹⁰⁻¹³ et des recommandations des sociétés savantes¹⁴⁻¹⁹, régulièrement actualisées, imposent aux médecins de redoubler de vigilance dans l'application de ces pratiques.

Ces données mettent en évidence un défi croissant pour les médecins urgentistes, qui doivent concilier les exigences d'un environnement d'urgence avec les besoins complexes de patients en fin de vie. Néanmoins, il semble judicieux de considérer la fin de vie immédiate comme une urgence. La limitation des soins et la gestion de la sédation terminale doivent donc faire partie des préoccupations des médecins urgentistes dans leur pratique quotidienne.

L'objectif principale de ce travail est de dresser un état des lieux des pratiques de sédation terminale aux urgences de Besançon, chez les patients pour lesquels une décision de LATA a été prise. Le critère d'évaluation principal consiste à analyser les types de médicaments utilisés ainsi que leurs posologies. Les objectifs secondaires de cette étude visent à évaluer le cadre de l'arrêt des soins avec sédation terminale, ainsi que le parcours et la prise en charge du patient, depuis son admission aux urgences jusqu'à son décès. Cette évaluation repose sur un recueil de données portant notamment sur les

modalités de surveillance et d'adaptation des traitements après l'initiation de la sédation terminale, la localisation du décès au sein des urgences, la gestion de la décision collégiale ainsi que l'accompagnement des proches.

Ce travail préliminaire vise à évaluer les pratiques professionnelles en matière de sédation terminale sur les quatre dernières années dans le service des urgences de Besançon. Les résultats obtenus permettront d'identifier des axes d'amélioration potentiels, contribuant ainsi à optimiser la prise en charge des patients en fin de vie dans ce contexte d'urgence. Dans un second temps l'objectif serait de réaliser un protocole pour le service des urgences sur la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès dans la cadre d'une LATA.

PREMIÈRE PARTIE : Le service d'accueil des urgences de Besançon

1. Organisation du service d'accueil des urgences de Besançon

1.1 Les différentes zones du service d'accueil des urgences de Besançon

Le Service d'Accueil des Urgences (SAU) de Besançon est structuré en plusieurs zones distinctes :

- Accueil : zone de tri des patients par un infirmier organisateur d'accueil (IOA) pour déterminer le motif d'admission du patient, évaluer sa gravité et orienter le patient.
- Attentes non vues : Espace comprenant des sièges et des brancards pour les patients en attente qui ont été évalués par l'IOA mais qui n'ont pas encore été pris en charge par un médecin.
- Box de soins : Huit box de filière longue, un box de filière courte, et un box spécifiquement réservé aux urgences urologiques. Ces box permettent les consultations d'urgences réalisées par les médecins urgentistes.
- Zones d'attente : 17 places « d'attentes vues » sont réservées aux patients déjà examinés, destinées à la surveillance de ceux qui attendent des consultations spécialisées, des résultats d'examens ou la réalisation d'investigations complémentaires avant leur orientation finale (hospitalisation ou retour à domicile).
- Une zone supplémentaire, dite "zone de débordement", est activée lorsque toutes les places disponibles aux « attentes vues » sont occupées.
- Le service d'accueil des urgences vitales (SAUV) : Salle équipée de 5 lits pour la prise en charge des urgences vitales.
- Le centre de réception et de régulation médicale (CRRA15) qui couvre les appels des 4 départements de Franche Comté
- L'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) : adjacente au SAU, cette unité comptait une dizaine de lits.
- Les urgences pédiatriques, gynécologiques, psychiatriques et traumatologiques ne sont pas incluses dans cette présentation, car elles ne sont pas gérées par les urgentistes du SAU.

1.2 Le personnel du service d'accueil des urgences de Besançon

1.2.1 Partie médicale

Les urgences de Besançon s'appuient sur une équipe médicale d'environ 43 médecins en moyenne au cours des quatre dernières années. L'organisation décrite est celle en place actuellement.

- En journée : L'équipe comprend deux à trois médecins en régulation, deux médecins pour la Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), deux médecins dans les box de soins, un médecin pour les attentes vues, et un médecin à la SAUV. Il y a également trois internes qui se partagent les box de soins, un interne pour les attentes vues, un interne à la SAUV et deux internes au SMUR.
- La nuit : L'équipe est composée de deux médecins en régulation, deux au SMUR, un dans les box, un pour les attentes vues, et un à la SAUV. Il y a également trois internes qui se partagent les box de soin et un interne au SMUR.

La SAUV est cogérée par des réanimateurs médicaux et des urgentistes, qui se partagent les créneaux. Depuis novembre 2020, il n'existe plus de troisième équipe SMUR en raison d'une pénurie de personnel médical.

1.2.2 Partie paramédicale

- En journée : L'équipe inclut un infirmier organisateur d'accueil (IOA), assisté le matin par un infirmier diplômé d'État (IDE) et un ambulancier du SMUR. Il y a également deux IDE et trois ambulanciers au SMUR, deux IDE en box accompagnés d'un aide-soignant hospitalier (ASH), un IDE et un ASH pour les attentes vues, un IDE et un ASH pour la zone de débordement à partir de midi, et un IDE et un ASH à la SAUV.
- La nuit : L'équipe comprend un IOA, deux IDE en box avec un ASH, un IDE et un ASH pour les attentes vues, un IDE et un ASH à la SAUV, ainsi que deux IDE et deux ambulanciers au SMUR.

L'IDE et l'ASH des derniers box sont également responsables de la chambre dédiée aux limitations et arrêts des thérapeutiques.

Il est important de noter que depuis 2018, l'UHCD au SAU de Besançon n'est pas fonctionnelle à 100%. Durant la pandémie de COVID-19, l'UHCD a été temporairement réouverte et divisée, une partie étant gérée par le service de réanimation et une autre partie étant dédiée au Circuit d'Accueil des Insuffisants Respiratoires (CAIR) du 12 mars 2020 au 27 novembre 2022. Par la suite, quelques lits ont été disponibles dans ce service, mais l'UHCD a été officiellement fermée depuis 2024. Le nombre de

personnels médicaux et paramédicaux aux urgences de Besançon a fluctué au fil des années. Depuis 2020, une équipe du SMUR est manquante, et plusieurs réajustements organisationnels ont été constatés. Durant la période COVID, c'est l'équipe paramédicale du SMUR, équipe 3, qui assurait la prise en charge de cette unité. Par ailleurs, l'unité CAIR a également été utilisée comme chambre pour les patients bénéficiant d'une limitation ou d'un arrêt des thérapeutiques, avec ou sans sédation terminale. Pour faciliter l'analyse des quatre dernières années, ces modifications n'ont pas été prises en compte. Ainsi, dans ce travail, nous avons choisi de regrouper l'UHCD et le CAIR en une seule unité, sans distinction de lits, de personnel ou d'année.

2. Contexte du service d'accueil des urgences de Besançon

Entre le premier janvier 2020 et le 31 décembre 2023, les urgences de Besançon ont enregistré un total de 131 219 passages, avec une moyenne annuelle de 32 805 passages. Le nombre de décès à l'hôpital sur cette période s'élève à 7 076, avec une moyenne de 1 769 décès par an. Parmi ces décès, 176 sont survenus aux urgences, représentant en moyenne 2,49 % des décès à l'hôpital et 0,13 % des passages aux urgences. Le nombre de fiches LATA rédigées aux urgences sur les quatre ans s'élève à 220, avec une moyenne annuelle de 44 fiches.

	2020	2021	2022	2023	Moyenne sur 4 ans	Total
Nombre de passages aux urgences	30389	33021	34068	33741	32805	131219
Nombre de décès à l'hôpital	1781	1810	1798	1687	1769	7076
Nombre de décès aux urgences (pourcentage en fonction du nombre de décès à l'hôpital)	29 (1,63%)	38 (2,10%)	53 (2,95%)	56 (3,32%)	44	176 (2,49%)
Nombre de décès aux urgences (pourcentage en fonction du nombre de passages aux urgences)	29 (0,10%)	38 (0,12%)	53 (0,16%)	56 (0,17%)	44	176 (0,13%)
Nombre de fiches LATA faites aux urgences	59	49	33	35	44	220

Tableau 1 : Données concernant l'hôpital de Besançon
Source : Département de l'information médicale du CHU de Besançon

3. Travaux effectués concernant les limitations et arrêts des thérapeutiques aux urgences de Besançon^{20,21}

En 2018, une première version de la fiche LATA a été créée en collaboration avec les services de réanimation, de soins palliatifs et d'urgences, à la suite d'un premier travail sur l'évaluation des pratiques de limitation et d'arrêt thérapeutique dans le service des urgences de Besançon. Cette évaluation avait révélé des lacunes dans la saisie des informations dans les dossiers médicaux, ce qui avait conduit à la création d'une fiche présente dans le dossier informatisé des urgences pour consigner les données en rapport avec la LATA. Une nouvelle étude prospective, menée du 1er mars 2019 au 1er juin 2019 au service d'accueil des urgences de Besançon, visait à évaluer le taux d'utilisation de cette fiche et ses bénéfices en termes de saisie d'informations, ainsi que la satisfaction des médecins. Les résultats de l'étude ont montré une amélioration sur la saisie d'informations dans les dossiers grâce à l'utilisation de la fiche LATA. De plus, les médecins se sont déclarés satisfaits de cet outil et ont exprimé le souhait de continuer à l'utiliser.

Deuxième partie : la fin de vie en France

1. Épidémiologie de la mort en France

En France, selon l'INSERM²² la mortalité a connu plusieurs fluctuations au cours des dernières années. En 2023, environ 631 000 décès ont été enregistrés, marquant une diminution de 6,5 % par rapport à 2022. Cette baisse suit trois années de forte mortalité, principalement attribuables à la pandémie de COVID-19. Toutefois, le nombre de décès reste supérieur aux niveaux observés avant la crise sanitaire. La proportion de personnes âgées de 75 ans et plus représentent environ 75% à 80% des décès totaux. L'INSEE²³ prédit que le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus continuera de croître, atteignant une proportion significative, environ 30% de la population totale d'ici 2050 contre 20% de nos jours. Cette transition démographique entraînera une augmentation des décès annuels, avec des prévisions indiquant que la France pourrait compter plus de 800 000 décès par an d'ici la moitié du siècle.

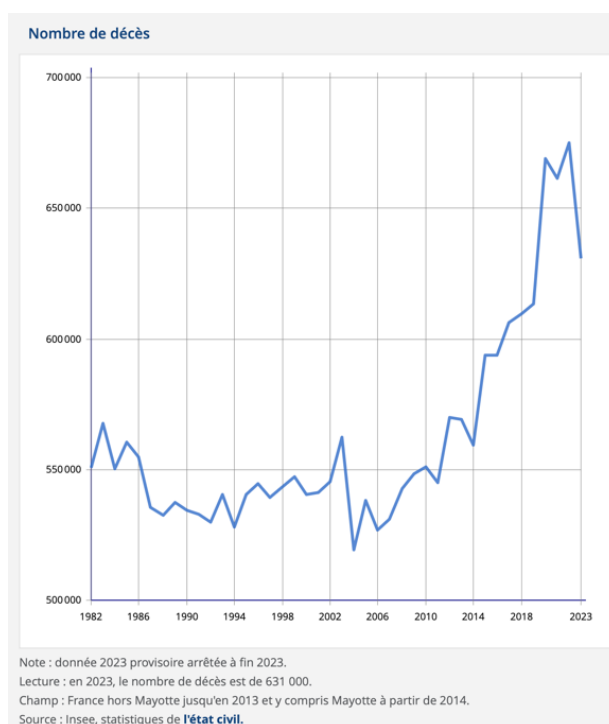


Figure 1 : nombre de décès en France par année selon l'INSEE

En France en 2023, les principales causes de décès selon les données de l'INSERM²² sont :

- les tumeurs qui représentent environ 29% des décès
- les maladies cardiovasculaires avec 24% des décès

- les maladies respiratoires, qui ont connu une augmentation due à la pandémie de COVID-19 avec 7% des décès

- Les morts violentes comprenant les accidents et les suicides avec 6% des décès

Le reste des décès étant dû à de multiples causes comme les maladies neurodégénératives, les maladies métaboliques et endocriniennes, les maladies infectieuses, etc.

2. Les lieux des décès en France

En 2016, 59,2% des décès ont eu lieu dans des établissements de santé tels que les hôpitaux et les cliniques. 26% des décès ont eu lieu à domicile. 13,5% des décès se sont produits en maison de retraite ou autres institutions similaires. Et 1,3% des décès ont eu lieu sur la voie publique.²⁴ Comme le montre la figure 2.

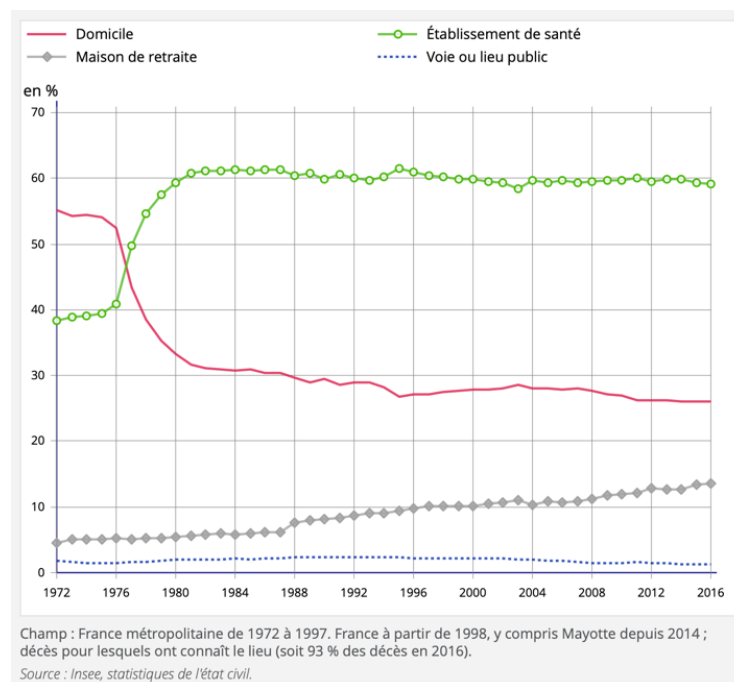


Figure 2 : répartition des décès en France selon l'INSEE

Les données récentes montrent que cette proportion de décès à l'hôpital reste élevée, souvent autour de 60%, bien que les chiffres puissent varier légèrement chaque année. Les décès à domicile ont légèrement diminué par rapport à 2016 avec une proportion estimée à 25%. De plus les décès en institutions telles que les EHPAD ont légèrement augmenté, atteignant environ 14% à 15%, reflétant l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes.²²

Depuis les années 1970, la tendance vers la médicalisation des derniers jours de vie a modifié la répartition des lieux de décès, entraînant une diminution des décès à domicile au profit d'une augmentation des décès dans les établissements de santé.

Malheureusement la médicalisation accrue de la fin de vie a entraîné une surcharge de travail significative pour les hôpitaux. Avec le vieillissement de la population et l'augmentation continue du nombre de décès²³, cette surcharge de travail est appelée à se renforcer. De plus la fermeture de lits d'hospitalisation, qui réduit la capacité d'accueil des établissements de santé, et la diminution de l'attractivité des métiers de la santé, qui aggrave les problèmes de recrutement et de rétention du personnel risquent d'intensifier les difficultés rencontrées par les hôpitaux, compromettant leur capacité à fournir des soins adéquats à une population de plus en plus âgée et nombreuse.¹⁸

3. Le cadre législatif entourant la fin de vie en France

Devant une profonde évolution sociétale, les lois françaises sur la fin de vie ont rapidement évolué, au cours des dernières décennies, établissant un cadre légal pour les soins palliatifs, les droits des malades, et les décisions de LATA. L'absence de lois spécifiques avant 1999 a conduit à des situations où les décisions de fin de vie étaient guidées seulement par des codes déontologiques et des principes éthiques. La nécessité d'un cadre légal plus clair et plus précis pour les soins palliatifs et la fin de vie a conduit à l'adoption de lois à partir de 1999.²⁵

3.1 La loi n° 99-477 du 9 juin 1999¹³

- **Objectif principal** : Cette loi vise à garantir l'accès aux soins palliatifs. Elle définit les soins palliatifs comme "des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile".
- **Droits des patients** : La loi stipule que "toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement".
- **Obligations des professionnels de santé** : Les établissements de santé doivent organiser des soins palliatifs afin de répondre aux besoins des patients en fin de vie. L'article 1 précise que "les établissements de santé et les structures de soins à domicile doivent organiser des activités de soins palliatifs".

3.2 La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner »¹⁰

- **Information et consentement** : La loi renforce les droits des patients en insistant sur "le droit d'être informé sur son état de santé de façon claire, loyale et appropriée". Elle affirme que "le consentement de la personne doit être libre et éclairé".
- **Refus de traitement** : Les patients ont le droit de refuser un traitement, même si cela peut entraîner des conséquences graves. L'article L1111-4 du Code de la santé publique précise : "Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment".
- **Personne de confiance** : La loi introduit la notion de "personne de confiance", qui peut être désignée par le patient pour exprimer sa volonté si celui-ci est incapable de le faire lui-même. "La personne de confiance est consultée dans le cas où la personne malade est hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin".

3.3 La loi n° 2005-370 du 22 avril 2005, dite « loi Leonetti »¹¹

- **Obstination déraisonnable** : La loi introduit le terme "d'obstination déraisonnable", anciennement appelée acharnement thérapeutique, définissant cela comme "la mise en œuvre d'actes de prévention, d'investigation ou de traitement qui ne sont pas pertinents ou qui n'ont d'autre effet que le maintien artificiel de la vie". L'article L1110-5-1 du Code de la santé publique précise : "Les actes de prévention, d'investigation ou de traitement ne doivent pas être poursuivis par une obstination déraisonnable".
- **Directives anticipées** : Les patients peuvent rédiger des "directives anticipées" pour exprimer leurs souhaits concernant les soins en fin de vie. Ces directives sont valables pour trois ans et "n'ont valeur que d'information". L'article L1111-11 indique que "toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté".
- **Décisions médicales collégiales** : Pour les patients incapables d'exprimer leur volonté, les décisions de limitation ou d'arrêt de traitement doivent faire l'objet d'une "procédure collégiale" documentée. L'article R4127-37 précise que "le médecin doit consulter un autre membre du corps médical et, en cas de besoin, un membre du personnel paramédical".
- **Soulagement de la douleur** : La loi stipule que "tous les moyens doivent être mis en œuvre pour soulager la souffrance du patient, même si cela peut avoir pour effet secondaire d'abrégé la vie", à condition que ce soit le seul moyen de soulager un patient en fin de vie. L'article L1110-5 précise : "Les professionnels de santé mettent en

œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort".

3.4 La loi du 2 février 2016, dite « loi Claeys-Leonetti »¹²

- **Renforcement de l'interdiction de l'obstination déraisonnable** : La loi réaffirme et renforce l'interdiction de l'obstination déraisonnable par les médecins. L'article L1110-5-1 du Code de la santé publique est modifié pour inclure des dispositions plus strictes contre l'obstination déraisonnable.
- **Sédation profonde et continue** : La loi autorise la "sédation profonde et continue jusqu'au décès" pour les patients atteints de souffrances réfractaires et dont le décès est imminent, sous réserve de conditions strictes. Les souffrances réfractaires se réfèrent à des souffrances physiques, psychiques, ou existentielles que l'on ne peut apaiser malgré des traitements appropriés et intensifiés, ou que le patient juge insupportables.¹⁵ L'article L1110-5-2 précise que cette sédation peut être mise en place "à la demande du patient atteint d'une affection grave et incurable".
- **Directives anticipées sans limite de durée** : Les directives anticipées n'ont plus de durée de validité et "s'imposent au médecin", sauf si elles sont jugées inappropriées après une décision collégiale. L'article L1111-11 précise que "les directives anticipées s'imposent au médecin, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation".
- **Rôle de la personne de confiance** : La loi renforce encore le rôle de la personne de confiance et exige que "la décision collégiale soit tracée dans le dossier médical du patient". L'article L1111-6 précise que "la personne de confiance peut, si le patient le souhaite, l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions".

Ces lois constituent un cadre solide pour la protection et le respect des droits des patients en fin de vie, en assurant qu'ils reçoivent des soins adaptés tout en respectant leur dignité et leurs souhaits.

3.5 Distinction entre la sédation profonde et continue jusqu'au décès avec l'euthanasie et le suicide assisté.

Peu après l'adoption de la loi Claeys-Leonetti plusieurs questionnements éthiques et pratiques surgissent autour de la distinction entre la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCMD) et l'euthanasie (La sédation profonde et continue jusqu'au décès en France, deux ans après

l'adoption de la loi Claeys-Leonetti" de 2018). Ces préoccupations portent notamment sur les finalités de ces interventions, leur mise en œuvre, et leurs implications éthiques pour les patients et les soignants.

Les recommandations de la HAS de 2020 définissent les différences existantes entre la SPCMD et l'euthanasie.¹⁶

3.5.1 La sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ou sédation terminale

La SPCMD est une pratique palliative autorisée en France, visant à induire une sédation profonde et continue jusqu'au décès pour des patients atteints de maladies graves et incurables, qui en font la demande explicite et répétée, qui présentent des souffrances réfractaires aux traitements disponibles et dont le pronostic vital à court terme est engagé.

Elle implique l'utilisation de médicaments sédatifs, principalement les benzodiazépines. Les objectifs sont de soulager les souffrances en induisant une perte de conscience progressive et irréversible jusqu'au décès naturel du patient.

3.5.2 L'euthanasie

L'euthanasie, en revanche, est un acte délibéré visant à provoquer la mort immédiate d'un patient à sa demande, généralement par l'administration d'une dose létale de médicaments. L'euthanasie active est illégale en France.

3.5.3 Le suicide assisté

Il convient également de faire la distinction avec le suicide assisté, il est défini comme l'acte où un individu obtient de l'aide pour mettre fin à ses jours, généralement par la fourniture de moyens ou d'informations nécessaires pour se suicider. Contrairement à l'euthanasie, où le professionnel de santé administre directement le produit létal, dans le suicide assisté, le patient se donne la mort lui-même. En France, le suicide assisté est illégal.²⁶

4. La mort aux urgences

Au cours des 20 dernières années, le nombre de passages aux urgences n'a cessé d'augmenter à l'exception de la période COVID, où une baisse des consultations a été observée²⁷, comme l'illustre la figure 3

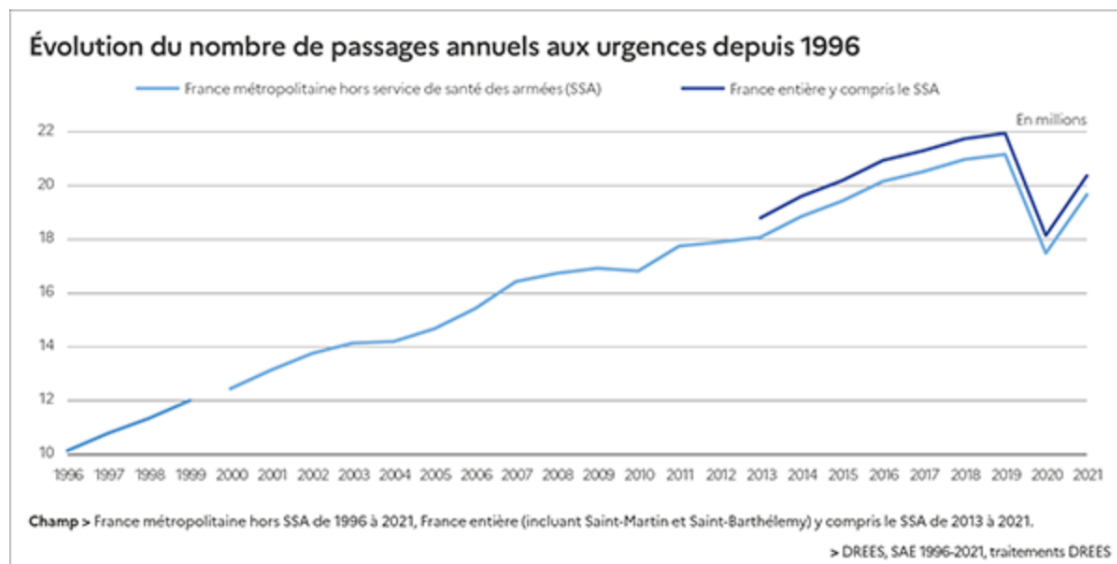


Figure 3 : Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996

Environ 20 % de ces passages aboutissent à une hospitalisation.²⁸ Cette hausse continue peut s'expliquer en partie par la saturation du système de soins en médecine générale ainsi que par l'offre de soins limitée dans plusieurs régions. Aujourd'hui, près de 80 % des médecins généralistes libéraux considèrent que l'offre de soins dans leur zone est insuffisante, ce qui contribue à une pression accrue sur les services d'urgence.²⁹ Cette situation oblige de nombreux patients à se tourner vers les urgences pour des problèmes de santé qui pourraient être traités par médecins généralistes. On estime qu'environ 20 % des consultations aux urgences concernent des motifs non urgents, qui pourraient être pris en charge en dehors de l'hôpital.³⁰ De plus, la situation s'aggrave, car en 2022, 65 % des médecins généralistes ont déclaré être contraints de refuser de nouveaux patients, contre 53 % en 2019.²⁹

À cette problématique s'ajoutent des fermetures de lignes médicales dans les services d'urgence, voire la fermeture complète de certains services d'urgences. Cela entraîne un report des consultations des patients vers d'autres centres hospitaliers, aggravant ainsi la surcharge de certains services. Dans l'enquête⁸ menée auprès de 389 SAU français, représentant 57 % des SAU du territoire, 157 services ont déclaré avoir fermé ponctuellement au moins une ligne médicale, tandis que 163 SAU ont été fermés, au moins temporairement, en raison d'un manque de personnel durant l'été.

Parmi ces patients admis aux urgences, un certain nombre décèdent aux urgences. Selon différentes sources les pourcentages de morts aux urgences ou dans les services d'UHCD se situent entre 7 et 17% des décès hospitaliers.^{3,5,31,32} Souvent ce sont des patients peu autonomes, âgés et atteints de maladies chroniques graves.³¹ Et selon l'étude de Leconte et al « Death in emergency departments », 80% des décès aux urgences survenaient après une décision de LATA.³³

5. Les contraintes de la médecine d'urgence

Comme mentionné précédemment, la médicalisation croissante de la fin de vie a considérablement alourdi la charge de travail des hôpitaux, en particulier dans les services d'urgences qui se retrouvent en première ligne. C'est souvent dans ces services que les décès de ces patients surviennent rapidement, fréquemment en moins de 24 heures.³²

Le manque de temps et de disponibilité, lié aux flux incessants de patients, combiné à une formation insuffisante en soins palliatifs des soignants, rendant la prise en charge de ces patients particulièrement difficile.³¹ Pour de nombreux patients, notamment ceux institutionnalisés dans des structures comme les EHPAD, les antécédents médicaux et le mode de vie sont souvent mal connus, et les décisions de fin de vie ainsi que la prise en charge palliative n'ont pas été anticipées.³⁴ Il est souvent difficile de joindre le médecin référent du patient en situation d'urgence, et la mise en place d'une procédure collégiale, comme le prévoit la Loi, soulève des obstacles pratiques, particulièrement en contexte d'urgence, y compris en préhospitalier ou le médecin est souvent isolé.^{3,34,35}

Lorsque ces patients arrivent en urgence, il est souvent difficile pour le médecin urgentiste et son équipe de décider de ne pas entreprendre ou d'interrompre un traitement de suppléance vitale. En l'absence d'informations suffisantes, des soins invasifs à visée diagnostique ou thérapeutique sont fréquemment initiés, et plus d'un tiers de ces patients en fin de vie subissent des traitements intensifs inappropriés.³²

Malgré un cadre législatif solide, la fin de vie reste une situation délicate pour les médecins urgentistes. Plusieurs sociétés savantes et la Haute Autorité de Santé ont publié des recommandations ces dernières années pour mieux encadrer ces pratiques, offrant ainsi un appui et une aide aux professionnels face à ces situations complexes.

6. Limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence

En 2018 la société française de médecine (SFMU) et la société de réanimation de la langue française (SRLF) publie des recommandations sur les limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence. Les idées principales sont reprises dans ce paragraphe.¹⁸

6.1 Limitation des thérapeutiques

Selon la SRLF, la limitation de thérapeutique active est définie par « la non-instauration ou la non-optimisation d'une ou plusieurs thérapeutiques curatives ou de suppléance des défaillances d'organes, dont la conséquence peut être d'avancer le moment de la mort ».

Et l'arrêt des thérapeutiques actives est défini par « l'arrêt d'une ou plusieurs thérapeutiques curatives ou de suppléance des défaillances d'organes déjà instituée, dont la conséquence peut être d'avancer le moment de la mort ».³⁶

La Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives (LATA) se justifie principalement dans trois grandes situations :

- Échec thérapeutique malgré l'optimisation des traitements : Lorsque le patient ne répond plus aux traitements malgré une optimisation maximale, la décision de LATA vise à éviter de prolonger l'agonie en arrêtant les traitements de suppléance d'organe.
- Pronostic extrêmement défavorable : Dans les cas où l'issue reste très défavorable, que ce soit en termes de survie ou de qualité de vie, la poursuite ou l'intensification des traitements peut être considérée comme déraisonnable. Cela évite une obstination thérapeutique inutile.
- Volonté du patient : Lorsqu'un patient exprime, directement ou par le biais de directives anticipées, sa volonté de ne pas bénéficier de traitements de suppléance d'organe ou de leur intensification, la décision de LATA respecte ce choix.

6.2 Éléments à considérer lors de la prise de décision en urgences

Il est crucial de rechercher en priorité la volonté du patient, soit en lui permettant de l'exprimer directement s'il en est capable, soit en se référant à ses directives anticipées, ou, à défaut, en s'appuyant sur le témoignage de sa personne de confiance ou de ses proches.

Lorsqu'aucune volonté claire n'est connue, l'âge du patient ne doit jamais être le seul critère de décision. Il est essentiel de récupérer l'intégralité du dossier médical, ainsi que toutes les informations relatives à l'autonomie antérieure, l'état cognitif et la qualité de vie préalable du patient. Les éléments tels qu'un état général très altéré, une cachexie, une perte d'autonomie, des troubles cognitifs invalidants, ainsi que les possibilités de traitements curatifs disponibles, sont déterminantes pour évaluer le niveau de prise en charge, particulièrement chez un patient souffrant d'une pathologie chronique évoluée avec un pronostic vital défavorable.

Il est impératif de confronter le bénéfice attendu des thérapeutiques envisagées à leur lourdeur et à l'impact potentiel qu'elles pourraient avoir, notamment dans le cadre d'un séjour en réanimation.

L'admission systématique en réanimation ne contribue pas à améliorer le pronostic ni la qualité de vie des patients très âgés, et l'autonomie demeure un facteur clé dans la prise de décision. Les patients classés groupe iso-ressource (GIR) 1 (Annexe 5) ne doivent, en principe, recevoir que des traitements visant à améliorer leur confort plutôt qu'à prolonger leur vie. De même, à l'exception d'une cause immédiatement réversible, les patients déments classés GIR2 doivent être traités de manière similaire aux patients GIR1.

6.3 Projet thérapeutique en urgence

Chaque service doit disposer d'une procédure écrite, accessible 24h/24, détaillant les principes et modalités de prise de décision et de gestion d'un patient en fin de vie, particulièrement en situation d'urgence.

Lorsqu'un patient est en mesure de décider et d'exprimer ses souhaits, il est crucial de prendre le temps de discuter avec lui, de l'informer sur sa situation et les options thérapeutiques disponibles, et de lui permettre d'exprimer ses choix. Si le patient est incapable d'exprimer ses souhaits, il convient de rechercher des directives anticipées et, en leur absence, de recueillir l'avis des proches.

Il est essentiel d'organiser une discussion collégiale impliquant médecins et paramédicaux, en veillant à ce que la recherche de collégialité ne conduise pas à une obstination déraisonnable. Aux heures ouvrables, il est important de respecter les conditions prévues par la loi, en impliquant le patient, ses proches, les paramédicaux présents et un consultant extérieur approprié, tel que le médecin traitant, un spécialiste référent ou un réanimateur. En dehors des heures ouvrables, une "collégialité restreinte" doit être appliquée, incluant au minimum le patient, ses proches, les paramédicaux présents, et si possible un autre médecin, dont l'avis est pertinent, même à distance.

Les discussions et décisions doivent être soigneusement consignées dans le dossier médical, en précisant non seulement la décision, mais aussi l'argumentaire qui la sous-tend et les modalités d'application. La prudence est de mise concernant les décisions de limitation ou d'arrêt thérapeutique antérieures, qui doivent être systématiquement réévaluées pour s'assurer qu'elles sont adaptées à la nouvelle situation et aux souhaits actuels du patient.

6.4 Organisation de l'arrêt des traitements de suppléance aux urgences

Avant d'acter un arrêt des soins une "réanimation d'attente" peut être débutée, elle consiste à mettre en œuvre des traitements de suppléance dans un contexte d'incertitude, permettant une période d'évaluation sans compromettre les chances du patient. Cette phase peut durer quelques heures, offrant le temps nécessaire pour préciser le diagnostic, évaluer l'état antérieur du patient, observer sa réponse aux traitements, ou attendre l'arrivée de la famille pour des discussions difficiles.

Elle peut être initiée dès la phase préhospitalière et poursuivie à la SAUV sans nécessiter une admission systématique en réanimation. Si l'incertitude persiste au-delà de quelques heures, les investigations et traitements actifs doivent se poursuivre en réanimation ou en Unité de Surveillance Continue (USC), en fonction des soins requis.

Le contexte d'urgence ne doit pas modifier les modalités d'arrêt des thérapeutiques. Lorsque la prise en charge initiale a impliqué des mesures invasives, telles que l'intubation ou l'administration d'amines vasoactives, l'arrêt des traitements de suppléance peut être réalisé aux urgences.

Si le décès survient rapidement après l'arrêt des traitements de suppléance ou la mise en place d'une sédation profonde, la prise en charge intégrale doit être assurée par l'équipe des urgences dans un lieu approprié, tel que la SAUV ou l'UHCD, pour garantir la continuité des soins pour le patient et son entourage. Cependant, si le décès n'est pas imminent, le patient doit être admis dans un service d'hospitalisation, idéalement dans le service référent où il est connu ou en unité de soins palliatifs.

Le projet de fin de vie doit être clairement documenté dans le dossier patient et communiqué aux équipes concernées, en suivant les bonnes pratiques des soins palliatifs, même en situation d'urgence.

Tout doit être mis en œuvre pour assurer le confort du patient, en adaptant les soins de nursing et en traitant la douleur, la dyspnée ou l'encombrement. Les interventions non contributives au confort du patient, comme la surveillance par scope, les bilans biologiques ou le contrôle de la glycémie capillaire, doivent être suspendues. L'oxygénation est généralement inutile, sauf si elle améliore le confort du patient, et l'alimentation et l'hydratation ne doivent être administrées que si le patient le souhaite,

sachant que la sensation de soif est rare et qu'une hydratation réduite peut aider à limiter l'encombrement.

Les professionnels en soins palliatifs peuvent être sollicités pour des retours d'expérience ou des débriefings de situations difficiles, et il est important de favoriser la formation de référents médicaux et paramédicaux à la prise en charge palliative dans le contexte des urgences.

6.5 Instauration d'une sédation profonde dans le contexte de l'urgence

Il est essentiel de mettre en place une sédation profonde dès que possible chez un patient en fin de vie qui est inconscient ou qui présente une souffrance réfractaire aux traitements. Cette sédation doit inclure un hypnotique associé à un analgésique morphinique.

L'efficacité de la sédation et de l'analgésie doit être évaluée régulièrement et ajustée en fonction des objectifs prédéfinis. Cette approche doit être clairement consignée dans le dossier du patient.

Le médecin doit également s'assurer que les proches comprennent cette démarche et qu'ils reçoivent un accompagnement approprié.

6.6 Le don d'organe dans le contexte de l'urgence

Lorsqu'un patient présente des lésions cérébrales sévères, sans possibilité thérapeutique et susceptibles de conduire à une mort encéphalique, il doit être considéré comme un donneur potentiel, quel que soit son âge. Le médecin doit anticiper cette évolution en informant les proches, ce qui leur permet de se préparer à l'imminence du décès, de préciser les volontés exprimées par le patient de son vivant, et d'envisager un transfert médicalisé vers un établissement habilité aux prélèvements d'organes.

6.7 Limitations et arrêt des thérapeutiques en préhospitalier

Bien que la médecine préhospitalière s'exerce dans un cadre extrahospitalier en condition de personnel réduit, les principes éthiques fondamentaux doivent être respectés en toutes circonstances. Les décisions prises dans ce contexte doivent suivre les mêmes principes que ceux décrits pour d'autres situations.

La médicalisation préhospitalière permet de commencer ou d'arrêter des traitements de suppléance, à condition que toutes les informations soient disponibles et qu'une prise en charge palliative soit

possible. En cas de doute, une "réanimation d'attente" et un transport vers une structure hospitalière peuvent offrir le temps nécessaire pour clarifier la situation.

L'orientation des patients en fin de vie ne doit pas forcément les diriger vers les urgences ou l'hôpital, car une prise en charge palliative adéquate peut parfois être assurée sur place, comme en EHPAD. Le déclenchement d'une équipe SMUR pour une détresse vitale peut mener à l'initiation d'une prise en charge palliative en collaboration avec la régulation médicale

Dans ce cas, il est crucial d'organiser un relais avec les soignants présents. La communication avec l'entourage du patient, les soignants sur place et le médecin traitant ou référent est essentielle pour assurer l'adhésion de tous et éviter un inconfort ou un transport inutile vers les urgences.

Le médecin régulateur joue un rôle central dans cette coordination et doit pouvoir remobiliser l'équipe préhospitalière si nécessaire. La traçabilité des soins dans le dossier et l'information des médecins correspondants sont indispensables pour garantir la continuité de la prise en charge.

Les recommandations de la SFMU apportent une aide précieuse pour guider les décisions de LATA dans le contexte de l'urgence. Un travail conjoint regroupant la SFMU et la SFAP est également réalisé en 2020 sur les LATA en urgences en reprenant les principales idées citées précédemment.¹⁷ Toutefois, ces recommandations offrent peu de détails sur la mise en œuvre pratique de la sédation terminale, notamment en ce qui concerne le choix des molécules, les posologies appropriées et les modalités de surveillance.

7. Modalités pratiques de mise en œuvre de la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès

Les recommandations actualisées de la HAS de 2020 ainsi que la SFAP de 2022 apporte une aide considérable concernant la mise en œuvre thérapeutiques et la surveillance d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès. Les idées principales des recommandations sont reprises dans ce paragraphe.^{16,19}

7.1 Rôle des professionnels impliqués

La mise en œuvre peut se faire à domicile, en EHPAD ou en établissement de santé.

En EHPAD ou à domicile, l'équipe en charge du patient s'appuie sur les ressources disponibles, telles que le réseau de soins, l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ou l'hospitalisation à domicile (HAD),

qui disposent de compétences en soins palliatifs. En l'absence de ces ressources, elle contacte une équipe spécialisée en soins palliatifs pour désigner un médecin référent et un personnel paramédical compétent et joignable pour des conseils pharmacologiques 24 heures sur 24.

L'équipe prenant en charge le patient veille à ce qu'au domicile, un relais continu de l'entourage soit assuré (proches, bénévoles, auxiliaires de vie, etc.) et que ces aidants soient formés et informés sur la conduite à tenir en cas d'événement imprévu, ainsi que sur les personnes à contacter en fonction des situations. En cas d'échec de ou d'impossibilité de poursuivre la sédation, une hospitalisation peut être nécessaire et une place dans un établissement de santé doit être anticipée.

Dans les établissements de santé, lorsque les services ont peu ou pas d'expérience en sédation et qu'il n'y a pas d'EMSP, l'équipe en charge du patient fait appel à une équipe spécialisée en soins palliatifs pour désigner un médecin référent, expert en la matière, qui sera informé et facilement joignable.

Dans tous les cas l'initiation de la sédation et la rédaction doit être faite par le médecin responsable de la décision et de la prise en charge du patient. L'équipe paramédicale débute l'administration en présence du médecin selon le protocole défini.

7.2 Mise en œuvre thérapeutique

Officiellement il faut noter qu'il n'y a aucune molécule ayant l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'indication « sédation terminale et continue maintenue jusqu'au décès ». Mais le médicament recommandé en première intention est le Midazolam.

L'association de plusieurs benzodiazépines ou le relais du midazolam par une autre benzodiazépine ne sont pas recommandés. Si le midazolam n'est pas disponible le diazépam ou le clonazépam peuvent être utilisés temporairement.

Le midazolam est un médicament de la famille des benzodiazépines. Le midazolam présente une action sédative, hypnotique intense et une amnésie antérograde. Il exerce également des activités anxiolytique, anticonvulsivante et myorelaxante. La composition chimique du midazolam produit une solution pour injection stable et bien tolérée. Selon le VIDAL, l'action pharmacologique du midazolam est caractérisée par un délai d'action court due à une demi-vie brève permettant une action rapide et rapidement réversible. Il peut s'administrer par voie intraveineuse (IV), sous-cutanée (SC), intramusculaire (IM) intra-rectale (IR) et intra-nasale (IN) selon les indications.

Cette molécule présente également des inconvénients, il existe une variabilité inter et intra-individuelle avec un risque de tolérance nécessitant une adaptation régulière de la posologie, ainsi qu'un risque de fluctuations entraînant des réveils intempestifs, d'où l'importance de prévoir des bolus. De plus, il peut y avoir un risque de résistance ou d'effets paradoxaux.

7.3 Les modalités d'administrations

7.3.1 La voie intraveineuse

La voie IV est recommandée avec deux options pour l'initiation :

Dose de charge suivie d'une dose d'entretien :

- La dose de charge de 1 mg toutes les 2 à 3 minutes sur 30 secondes.
- Chez les patients très âgés ou présentant une insuffisance d'organe, la dose initiale est réduite à 0,5 mg et l'intervalle entre les doses peut être allongé.
- Les injections sont poursuivies jusqu'à atteindre un score de -4 à -5 sur l'échelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS) (Annexe 1).
- La dose d'entretien IV débute à 50 à 100 % de la dose utilisée pour atteindre un score RASS de -4 à -5.

Perfusion continue sans dose de charge :

- Elle commence à une dose de 1 mg/h avec ajustement toutes les 30 minutes jusqu'à obtenir la profondeur de sédation désirée (RASS-4 à -5).

Il faut noter que cette option de perfusion continue sans dose de charge n'est pas présente dans les dernières recommandations de la SFAP de 2022.¹⁹

7.3.2 La voie sous cutanée

Si l'administration par voie IV est impossible, la voie sous-cutanée peut être envisagée.

- Une dose de charge de 0,05 à 0,1 mg/kg est administrée, à renouveler toutes les 20 à 30 minutes jusqu'à atteindre la profondeur de sédation souhaitée (RASS-4 à -5).
- L'entretien est réalisé aux mêmes doses que par voie IV.

- En l'absence de dose de charge, la perfusion continue débute à 0,5 à 1 mg/h avec évaluation et ajustement du débit toutes les 30 minutes pour atteindre l'effet recherché (RASS-4 à-5).

7.3.3 L'adaptation des doses

En cas de réveil, des bolus IV de 1 mg administrés en 30 secondes toutes les 2 minutes peuvent être administrés. La SFAP ajoute que l'on peut réaliser des bolus équivalents à la dose horaire avant adaptation du débit de base. L'adaptation du débit de base se fait par palier de 0,03 mg/kg/h (\pm 0,5 mg/h) toutes les 3 à 6 heures si les bolus prévus sont insuffisants et/ou en cas de réveils itératifs.

7.4 Les médicaments de seconde intention

Les médicaments comme les neuroleptiques, principalement la chlorpromazine et la levopromazine doivent être utilisés lorsque le midazolam montre une efficacité insuffisante. Cela se traduit par une augmentation rapide des doses sans effet notable, un effet initial satisfaisant mais non durable, ou une nécessité fréquente de doses de complément malgré l'ajustement continu des doses d'entretien. Selon les recommandations de la SFAP de 2022, lorsque les doses de titration initiale conduisent à proposer un débit supérieur à 4 mg/h d'emblée, l'association à un neuroleptique est recommandée.

Les neuroleptiques doivent être ajoutés au traitement tout en maintenant la même posologie de midazolam.

La chlorpromazine par voie IV ou IM en d'impossibilité de voie IV

- La dose initiale est de 25 mg en bolus IV lent (ou IM si la voie veineuse est impossible), renouvelable après 30 minutes si besoin.
- Chez les patients à risque (personnes âgées, avec insuffisance hépatique ou rénale, ou cachectiques), la dose initiale est réduite à 12,5 mg.
- En fonction de la dose cumulée initiale, une dose d'entretien de 25 à 100 mg/j est mise en place, soit en perfusion IV continue, soit en bolus IV lents 2 à 3 fois par jour.
- Des bolus de secours de 25 mg (ou 12,5 mg pour les patients à risque) peuvent être administrés si nécessaire, avec une limite maximale de 300 mg/j.
- La dose d'entretien est ajustée pour atteindre la profondeur de sédation souhaitée (RASS -4 à -5).

La levopromazine par voie SC

- La dose initiale de 25 mg en bolus sous-cutané (SC) renouvelable après 60 à 90 minutes si besoin
- Chez les patients à risque (personnes âgées, avec insuffisance hépatique ou rénale, ou cachectiques), la dose initiale est réduite à 12,5 mg.
- En fonction de la dose cumulée initiale, une dose d'entretien de 25 à 100 mg/j est mise en place, soit en perfusion SC continue, soit en bolus SC lents 2 à 3 fois par jour.
- Des bolus SC de secours de 25 mg (12,5 mg pour les patients à risque) peuvent être utilisés, sans dépasser une dose maximale de 300 mg/j.
- La dose d'entretien est ajustée pour atteindre la profondeur de sédation souhaitée (RASS -4 à -5).

En milieu hospitalier, plusieurs molécules peuvent être utilisées en seconde intention, à condition qu'elles soient indiquées et prescrites par un médecin expérimenté et sous une surveillance adaptée.

Parmi elles :

- La kétamine, particulièrement en cas de douleur associée (pour son effet potentialisateur et co-analgésique).
- Le propofol, l'oxybate de sodium et la dexmédétomidine nécessitent une équipe formée à leur administration et à leur surveillance, ou une collaboration étroite avec de telles équipes.
- Le phénobarbital, spécifiquement indiqué dans le cas d'un état de mal épileptique où les neuroleptiques sont contre-indiqués.

7.5 Les autres traitements associés

Les analgésiques opioïdes par voie intraveineuse ou sous-cutanée, sont systématiques selon les recommandations de la SFAP de 2022, ils sont prescrits pour traiter la douleur spontanée ou induite par les soins. Si des signes de surdosage (dépression respiratoire, myoclonies) apparaissent, les posologies doivent être ajustées. Mais les opioïdes seuls ne doivent pas être utilisés pour induire une sédation. Il n'existe aucune recommandation spécifique concernant un opioïde particulier, une posologie précise ou une voie d'administration pour l'indication de sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès. En cas symptômes respiratoire, une oxygénothérapie ne doit pas être instaurée et en cas d'encombrement des traitement antisécrétoire type Scopolamine® peut être instauré. La nutrition et l'hydratation doivent être arrêtées.

7.6 Les soins de confort

Les soins de confort à réaliser sont :

- Soins de bouche
- Toilette
- Soins d'hygiène et de confort, après injection d'opioïdes si nécessaire
- Surveillance des sites d'injection (IV ou SC)
- Prévention d'escarres, pansements des plaies
- Éliminer une rétention urinaire (possibilité de mise en place d'une sonde urinaire)
- Surveillance de l'apparition de râles
- Surveillance de signes manifestant de l'inconfort
- Surveillance des perfusions si elles sont maintenues

7.7 La surveillance

La surveillance s'effectue par l'évaluation de la profondeur de la sédation, elle se fait toutes les 15 minutes pendant la première heure puis 2 fois par jour au domicile et 3 fois par jour en EHPAD et en établissement hospitalier.

Outre l'évaluation clinique réalisée par l'équipe soignante, trois critères guident l'adaptation des posologies, l'ajout ou le changement de molécule :

- La profondeur de la sédation : évaluation avec l'échelle de vigilance-agitation de Richmond (RASS) de -4 à -5 ou le score de Rudkin à 5 (Annexe 2).
- Degré de soulagement du patient mesuré par des échelles d'hétéroévaluation (annexe) en l'absence de stimulation et durant les soins, telles que :
- Douleur : Algoplus® (Annexe 3), Évaluation comportementale de la douleur chez la personne âgée (ECPA), Échelle observationnelle comportementale (EOC), etc
- Dyspnée : Respiratory Distress Observation Scale (RDOS). (Annexe 4)
- Effets indésirables : réveil avec syndrome confusionnel, tachyphylaxie nécessitant une augmentation des doses, dépression respiratoire, vomissements, etc.

La surveillance des paramètres physiologiques (tension artérielle, saturation en oxygène) est arrêtée, sauf pour le rythme respiratoire et le pouls, qui restent sous surveillance.

TROISIÈME PARTIE : Matériels et méthodes

1. Les objectifs

L'objectif de ce travail est de faire un état des lieux aux urgences de Besançon des pratiques de sédation terminale chez des patients pour lequel une décision de LATA avec arrêt des thérapeutiques est prise. Le critère d'évaluation principale chez ces patients est l'analyse des types de drogues, et leurs posologies utilisées.

Les objectifs secondaires de cette étude sont d'évaluer ; le cadre d'un arrêt des soins avec sédation terminale, le parcours ainsi que la prise en charge du patient depuis l'admission aux urgences jusqu'à son décès notamment à travers un recueil de données :

- Des modalités de surveillance et d'adaptations des thérapeutiques après l'initiation de la sédation terminale.
- De la localisation du décès au sein des urgences.
- De la gestion de la décision collégiale ainsi que la prise en charge des proches aux urgences.

2. Type d'étude

Il s'agit d'une évaluation rétrospective observationnelle descriptive et monocentrique, réalisée sur un échantillon de patients au CHU de Besançon 01/01/2020 au 31/12/2023. Elle porte sur les patients décédés aux urgences dans le cadre d'un arrêt des thérapeutiques avec sédation terminale.

3. Sélection de la population

3.1 Critères d'inclusion

- Patients de plus de 18 ans, transférés ou ayant consulté aux urgences, décédés au sein même des urgences (SAU/SAUV/UHCD) dans le cadre d'une sédation terminale après une décision de LATA avec arrêt des soins.

3.2 Critères de non-inclusion

- Patients mineurs
- Patientes enceintes
- Patients ne disposant pas d'un dossier informatisé

- Patients sous tutelles ou curatelles
- Patients psychiatriques

3.3 Critères d'exclusion

- Patients décédés durant le transport jusqu'au SAU
- Patients décédés aux urgences sans mise en œuvre d'une sédation terminale
- Patients intubés décédés à la suite d'une réanimation invasive aux urgences
- Patients extubés aux urgences

4. Éthique

Une déclaration concernant ce travail a été faite auprès de la délégation à la recherche clinique et à l'innovation du CHU de Besançon.

Cette étude s'inscrit hors de la Loi Jardé de 2012. Elle ne relève donc pas d'un comité de protection des personnes.

5. Recueil des données

Les données ont été recueillies à partir des informations présentes dans le dossier médical informatisé des patients, à l'aide du logiciel Résurgence utilisé aux urgences du centre hospitalier de Besançon ainsi que dans le logiciel Axigat. Le recueil des données a été effectué de manière rétrospective sur une période allant du 01/01/2020 au 31/12/2023 par un seul investigateur. Les informations recueillies sont les suivantes :

5.1 Caractéristiques générales des patients

- Le sexe
- L'âge
- Le lieu de vie (à domicile, en institution [EHPAD ou autre], ou en hospitalisation à domicile)
- Le fait de vivre seul à domicile
- La notion de famille présente
- La notion de soins palliatifs connus, avec un éventuel suivi par l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ou une hospitalisation en unité de soins palliatifs (USP)
- Patient pour lequel une limitation thérapeutique était déjà présente dans le dossier

- Rédaction par le patient de directives anticipées
- La présence d'une personne de confiance identifiée

5.2 Caractéristiques d'admission des patients

- Admission régulée par le SAMU centre 15
- La notion d'heure ouvrable ou non, en prenant comme définition d'heure ouvrable la période des jours de semaine de 8h30 à 18h30, lorsque les équipes médicales sont complètes. Les heures non ouvrables sont définies par les horaires de nuit des jours de semaine (18h30 à 8h30) ainsi que par les samedis, dimanches et jours fériés.
- Le motif d'admission aux urgences
- L'orientation du patient dans les différents secteurs à l'arrivée aux urgences entre le SAU, l'UHCD et la SAUV.

5.3 Caractéristiques médicales des patients

- L'évaluation des principaux symptômes par un personnel médical à l'arrivée au SAU comprenant :

L'évaluation de la douleur avec le recours aux échelles d'auto ou hétéroévaluation

L'existence d'un contexte septique, comprenant la présence d'une fièvre, d'une hypothermie ou de prélèvements bactériologiques ou virologiques positifs

La symptomatologie cardiovasculaire, comprenant les hémorragies qui entraînent des défaillance hémodynamique, l'hypotension, la tachycardie ou bradycardie, les signes cliniques d'hypoperfusions périphériques comme des marbrures, les signes classiques d'insuffisance cardiaque clinique et les douleurs thoraciques.

La symptomatologie respiratoire, comprenant les signes cliniques de pneumopathie, d'asthme, de bronchites chroniques, les signes de défaillance respiratoire et la désaturation en oxygène sanguin.

La symptomatologie neurologique comprenant les troubles de la conscience et les états d'agitation et les signes classiques d'accidents vasculaires cérébrales.

La symptomatologie abdominale comprenant les symptômes classiques cliniques et biologiques de pathologie cancéreuse ou non, digestive, hépatique et biliaire ou rénale, comprenant entre autres, les signes fonctionnels digestifs ou urinaire, les saignements digestifs, les syndromes

occlusifs, les perforations digestives, les occlusions des voies biliaires ou rénales, les insuffisances hépatiques ou rénales, etc...

- Le statut de patient poly pathologique, établi à partir des antécédents des patients
- La présence d'une pathologie cancéreuse active, traitée ou non, sans recueil du stade ou de la localisation de la pathologie cancéreuse
- Le niveau d'autonomie tel que décrit dans le dossier médical

L'autonomie était recueillie de la manière suivante, définie selon trois catégories : autonome, autonomie partielle, ou grabataire :

- Grabataire si les termes grabataires, aucune autonomie, non autonome, ou dépendant sont utilisés dans le dossier
- Autonomie partielle si ce terme, partiellement autonome, ou dépendant est mentionné
- Autonome si ce terme ou le terme indépendant est employé

Certains patients avaient une autonomie connue grâce à des scores ou des classifications validés. Les principaux scores utilisés et vus aux urgences à Besançon ont été recueillis.

- Grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) (Annexe 5)
 - GIR 1 à 2 : classés comme grabataires
 - GIR 3 à 4 : classés en autonomie partielle
 - GIR 5 à 6 : classés autonomes
- Clinical Frailty Scale (CFS) (Annexe 6) :
 - CFS 1 à 3 : autonomes
 - CFS 4 à 6 : autonomie partielle
 - CFS 7 à 9 : grabataires
- Echelle de performance de l'OMS (Eastern Cooperative Oncology Group, ECOG) (Annexe 7):
 - OMS 0 à 2 : autonomes
 - OMS 3 : autonomie partielle
 - OMS 4 : grabataires

Certains dossiers ne comportaient pas les informations nécessaires pour classer les patients dans l'une des trois catégories d'autonomie mentionnées précédemment, et l'autonomie n'était pas évaluée à l'aide des scores précités. Les actes de la vie quotidienne relevés dans les dossiers incluaient : la gestion de l'hygiène corporelle, l'habillement, les transferts, la mobilité avec ou sans aide, le déplacement aux toilettes, la continence, et la gestion des repas, correspondant à l'échelle ADL de Katz. Le passage à domicile d'aidants, d'infirmiers ou d'aides-soignants était également pris en compte.

Pour ces patients, une analyse de leur mode de vie a été effectuée en fonction des stades de la grille AGGIR.

Un patient dont la description de l'autonomie correspondait au stade 1 ou 2 de la grille AGGIR était classé comme grabataire ; ceux correspondant aux stades 3 et 4 étaient classés dans la catégorie d'autonomie partielle ; et les stades 5 et 6 dans la catégorie autonome.

- La présence d'un déficit cognitif, sans mention du stade ou de l'étiologie du déclin cognitif.

5.4 Données concernant la limitation des soins

- La défaillance d'organe principale décrite par le médecin responsable ayant conduit à la décision d'arrêt des soins avec sédation terminale précisé dans le dossier médical (hémodynamique, respiratoire, neurologique).
- La mise en place de la procédure de Limitation et Arrêt des Thérapeutiques Actives (LATA) par l'équipe du service des urgences.
- La présence d'une procédure collégiale concernant l'arrêt des soins avec sédation terminale. Cette analyse inclut le nombre de médecins impliqués ainsi que leurs spécialités. Les principaux arguments ayant conduit à la décision de LATA ont également été recensés.
- La capacité du patient à s'exprimer, si le patient n'avait pas la capacité d'exprimer sa volonté, l'étiologie était recueillie.
- Le recueil de la volonté du patient, soit directement auprès de lui, de sa famille, ou de la personne de confiance désignée.
- La notion de contact avec le médecin traitant ou le médecin référent
- L'implication du personnel paramédical (infirmiers et aides-soignants) dans la décision collégiale. Leur participation était considérée comme active si leur nom figurait sur la fiche LATA ou si les observations médicales mentionnaient explicitement leur contribution à la discussion collégiale.
- La décision finale de la procédure collégiale
- Le délai entre l'arrivée du patient aux urgences et la mise en place de la décision d'arrêt des soins avec sédation terminale
- Le délai entre l'initiation de la sédation terminale et le décès
- L'utilisation de la fiche LATA spécifique au service des urgences de Besançon

5.5 Données concernant l'initiation de la sédation terminale et son suivi jusqu'au décès

- Les médicaments utilisés pour la sédation terminale sont répartis en trois catégories :

- Analgésiques opioïdes.
- Hypnotiques sédatifs (midazolam, propofol, kétamine, oxybate de sodium, - dexmédétomidine, autres).
- Neuroleptiques (lévomépromazine, chlorpromazine, autres).
- La méthode d’administration
 - Dose de charge initiale des médicaments suivie d’un entretien par pousse-seringue électrique.
 - Entretien par pousse-seringue électrique directement, sans dose de charge préalable.
 - Autres
- La clarté des consignes : la présence de directives explicites dans le dossier médical concernant la gestion de la dose de charge et de l’entretien via pousse-seringue électrique en fonction des symptômes du patient.
- Les posologies des médicaments pour l’entretien :
 - En milligrammes par heure pour la morphine, ou en microgrammes par heure pour les autres opioïdes analgésiques.
 - En milligrammes par heure pour le midazolam ou les autres médicaments.
- Les posologies des médicaments pour la dose de charge :
 - Dose en milligrammes pour la morphine ou en microgrammes pour les autres opioïdes.
 - Dose en milligrammes pour le midazolam ou les autres hypnotiques sédatifs.
- L’interprétation des doses de charge pour les opioïdes et les hypnotiques :
 - Les doses étaient classées en trois paliers : bolus >1 mg, bolus de 1mg et bolus < 1 mg. Une équivalence entre microgrammes vers milligrammes est réalisée pour les autres opioïdes hormis la morphine.
- L’interprétation des doses d’entretien pour les opioïdes et les hypnotiques :

Lorsqu’il y avait titration préalable, les doses d’entretien étaient réparties en trois catégories :

 - Entretien commençant à moins de 50 % de la dose de titration totale ou d’induction
 - Entretien commençant à 50 % de la dose de titration totale ou d’induction.
 - Entretien commençant à plus de 50 % de la dose de titration totale ou d’induction.

Sans titration préalable, les doses étaient classées ainsi :

 - Entretien débuté à plus de 1 mg/heure

- Entretien débuté à 1 mg/heure
- Entretien débuté à moins de 1 mg/heure

Une équivalence entre microgrammes vers milligrammes est réalisée pour les autres opioïdes hormis la morphine.

- La gestion similaire des vitesses de pousses seringues électriques pour les drogues hypnotiques et les drogues analgésiques opioïdes.
- L'utilisation d'échelles de vigilance pour surveiller la sédation terminale.
- La présence d'une adaptation des posologies d'hypnotiques ou d'analgésiques opioïdes, que ce soit par l'injection de bolus en millilitre, l'augmentation de la vitesse des pousse-seringues électriques en millilitre par heure, ou les deux.
- Les symptômes entraînant une modification des doses de sédation.
- Les modalités de surveillance du patient sous sédation, scopé ou non, ainsi que l'utilisation d'échelle de surveillance.
- L'utilisation d'antisécrétoires.
- La gestion de l'hydratation, et de l'oxygénothérapie.
- Les soins de confort.

5.6 Caractéristiques du décès

- Le délai entre l'arrivée aux urgences et le décès.
- Le lieu du décès au sein des urgences (SAU, SAUV, UHCD/CAIR), en précisant si un manque de place dans les autres services a été noté.
- La présence des proches au moment du décès.

6. Statistiques

Les données ont été codées de manière anonyme et exploitées à l'aide d'un tableur Excell, une analyse descriptive a été réalisée.

Les statistiques et les graphiques ont été réalisés à l'aide du logiciel R Statistical Software (v 4.2.2, R Core Team, 2022)

QUATRIÈME PARTIE : Résultats

Entre le 01/01/2020 et le 31/12/2023, 176 patients sont décédés aux urgences. Après vérification des critères d'exclusion, 98 patients ne sont pas décédés sous sédation terminale et ont été exclus. Les 78 autres patients ont été inclus pour l'analyse (figure 4).

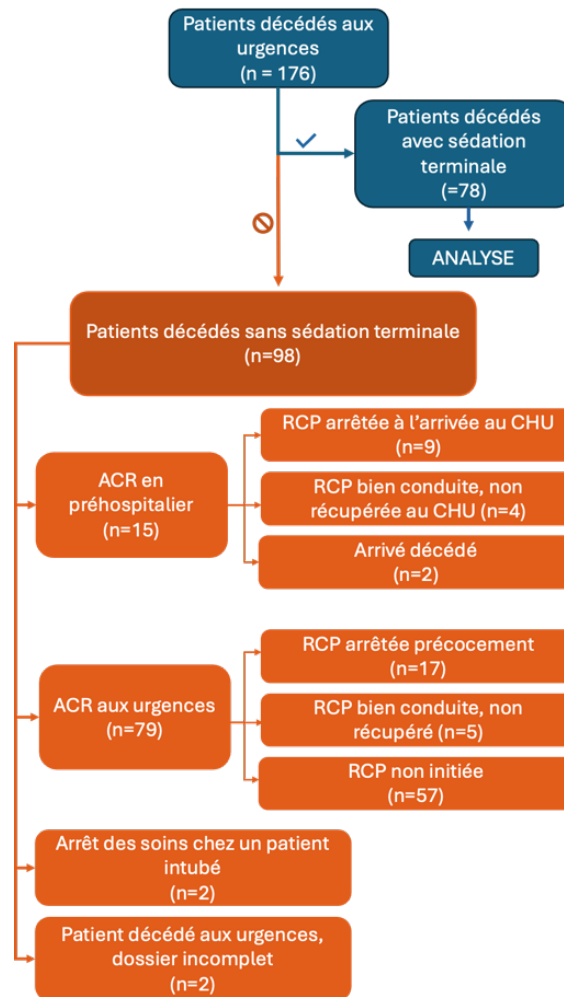


Figure 4 : Diagramme de flux

La répartition des décès avec ou sans sédation terminale entre les années n'était pas homogène comme le montre la figure 5.

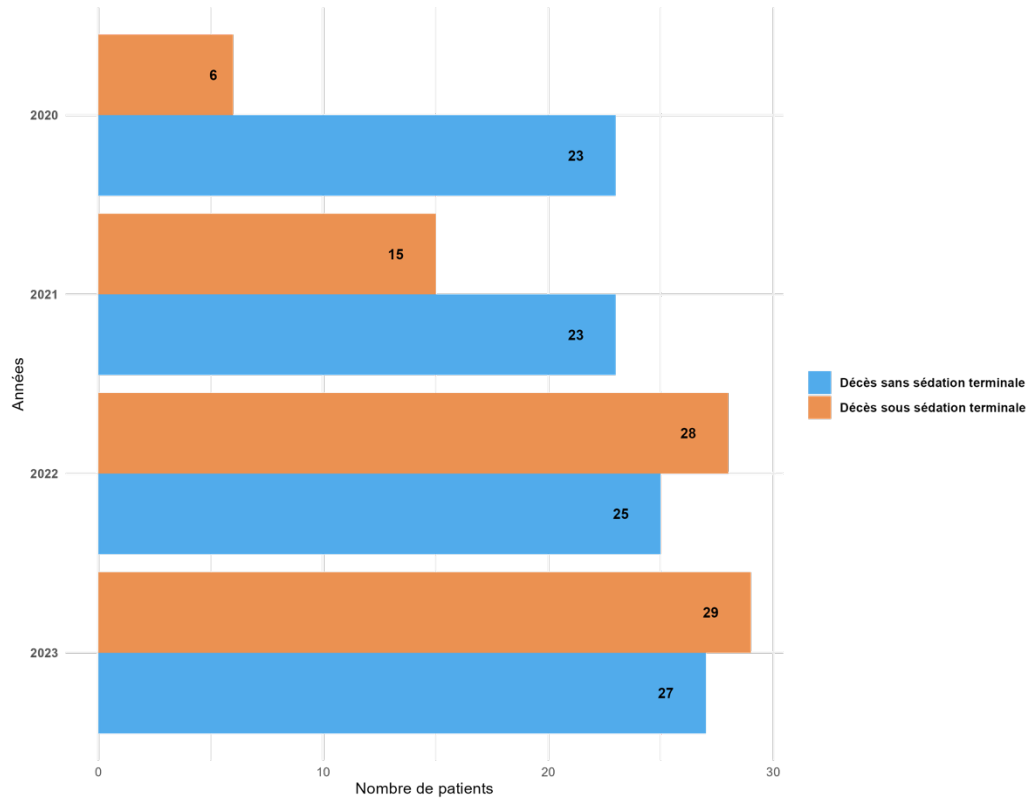


Figure 5 : Répartition des décès entre 2020 et 2023 aux urgences de Besançon

On constate une augmentation significative du nombre des décès aux urgences (LM ; $p=0,0263$) ainsi qu'une augmentation significative des décès sous sédation terminale aux urgences (LM ; $p=0,0403$) entre 2020 et 2023.

Concernant tous les autres résultats de l'étude, les pourcentages ont été arrondis à l'unité près.

1. Caractéristiques générales et médicales de la population

Comme le montre le tableau 2, parmi les 78 patients inclus, l'âge médian était de 83 ans (intervalle interquartile : 75-90 ans). La population était composée de 47% d'hommes ($n=37$) et de 53% de femmes ($n=41$). Concernant le lieu de résidence avant l'admission aux urgences, 53% des patients vivaient à domicile ($n=41$), dont 1 patient qui était en HAD. 46% des patients à domicile vivaient seuls ($n=19$). Par ailleurs, 47% des patients étaient en institution ($n=37$). Parmi ceux-ci, 76% vivaient en EHPAD ($n=28$),

tandis que 8% étaient en SSR (n=3), et 3% en maison d'accueil spécialisée (n=1). Trois patients résidaient dans une résidence autonomie (4%) et tous vivaient seuls. La majorité des patients étaient entourés, avec 87% des patients ayant une famille proche et présente (n=68).

	Population totale, n=78	Données manquantes, (%)
Âge, en années, Mediane (Q1-Q3)	83, (75-90)	
Sexe		
Homme, n (%)	37 (47%)	
Femme, n(%)	41 (53%)	
Résidence avant Admission		
Maison Personnelle, n(%)	41 (53%)	
Vit seul à domicile, n(%)	19 (46%)	
Institution, n(%)	37 (47%)	
EHPAD, n(%)	28 (36%)	
SSR, n(%)	3 (4%)	
MAS, n(%)	1 (1%)	
Résidence autonomie, n(%)	3 (4%)	
Vit seul en résidence	3 (4%)	
Présence des proches	68 (87%)	
Etat de santé avant admission		
Polypathologiques	75 (96%)	
Pathologie cancéreuse active	19 (24%)	
Déficit cognitif	36 (46%)	2 (3%)
Autonomie		1 (1%)
Autonome	7 (9%)	
Autonomie Partielle	35 (45%)	
Grabataire	35 (45%)	
Score d'autonomie si existant		
CFS	6 (8%)	
GIR	14 (18%)	
OMS	9 (12%)	
Soins palliatifs connus		6 (8%)
Limitation thérapeutique connue		13 (17%)

Tableau 2 : Caractéristiques générales et médicales de la population à l'admission

L'état de santé avant admission révélait que 96% des patients (n=75) étaient polypathologiques et 24% avaient une pathologie cancéreuse active (n=19). Un déficit cognitif était rapporté chez 46% des patients (n=36). Sur le plan de l'autonomie, seulement 9% des patients étaient autonomes (n=7), 45% présentaient une autonomie partielle (n=35), et 45% étaient grabataires (n=35). Un score d'autonomie était disponible pour 37% des patients (n=29) : 8% avaient un score CFS (n=6), 18% un score GIR (n=14), et 12% un score OMS (n=9). (Figure 6a et 6b)

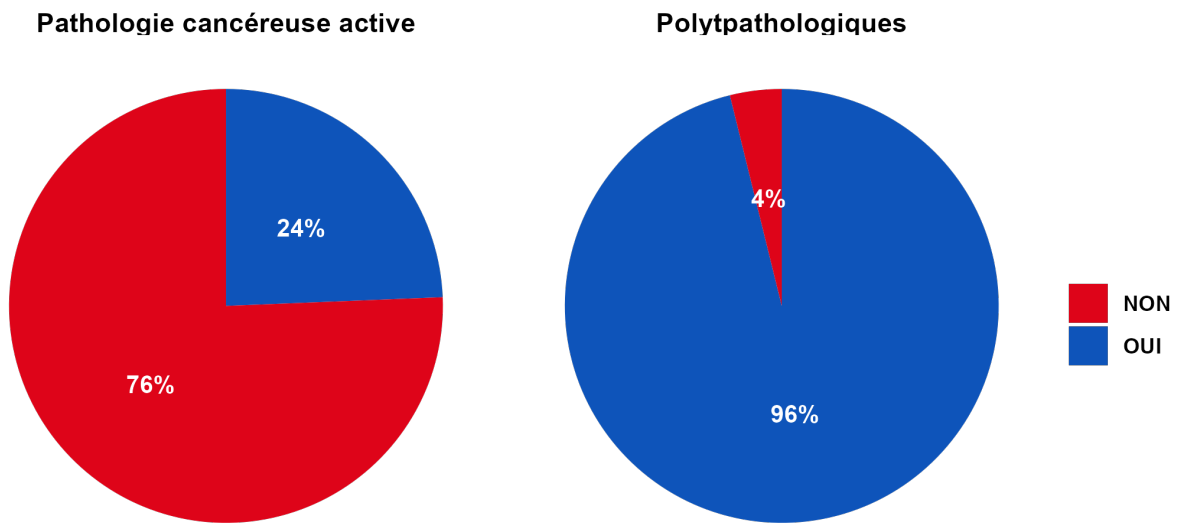


Figure 6a : Caractéristiques médicales de la population

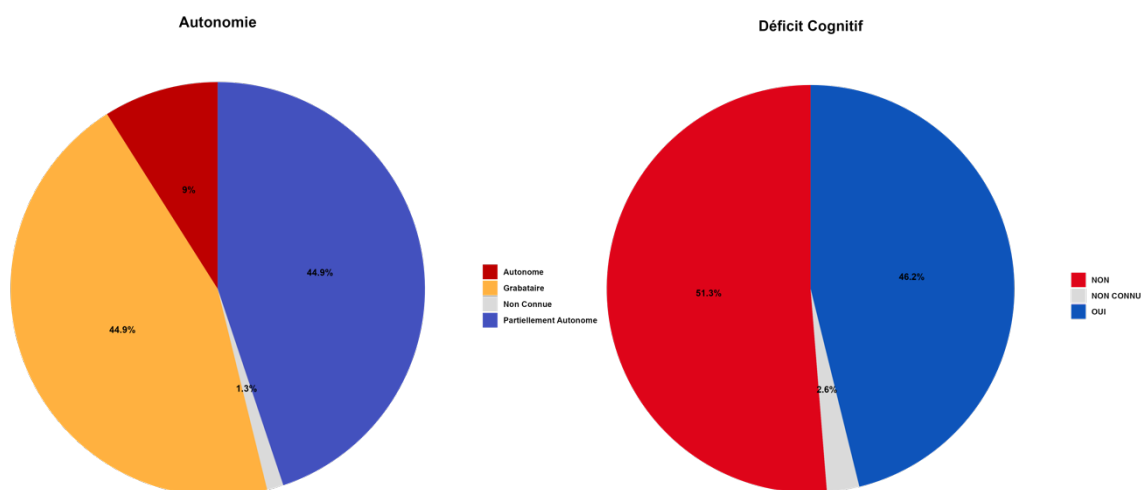


Figure 6b : Caractéristiques médicales de la population

Parmi les patients, 8% (n=6) avaient eu un contact avec les soins palliatifs, tous présentant une pathologie cancéreuse active. Une limitation thérapeutique était rapportée pour 17% des patients (n=13). Parmi celles-ci, 11 avaient été établies lors d'une hospitalisation antérieure, une en EHPAD, et une autre lors d'un précédent passage aux urgences (figure 7).

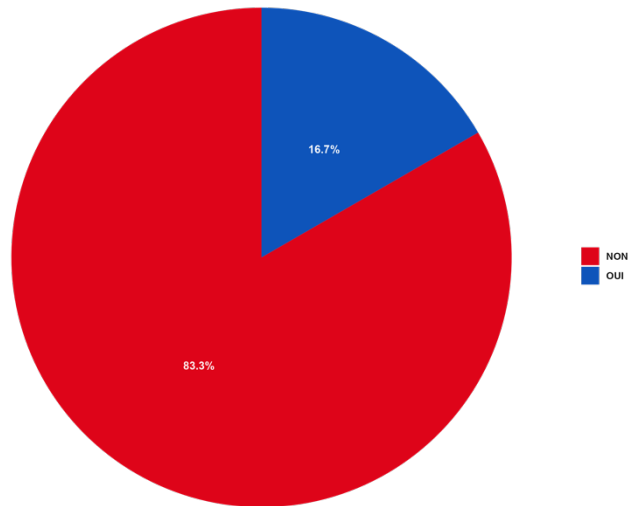


Figure 7 : Limitation thérapeutique connue avant l'admission aux urgences

2. Caractéristiques d'admissions des patients

Sur les 78 patients, 72 % des admissions (n=56) ont été réglées par le 15. Par ailleurs, seulement 28 % des admissions (n=22) se sont déroulées durant les heures ouvrables. Concernant l'orientation des patients aux urgences, 6 % des patients (n=5) ont été orientés directement vers l'UHCD, 54 % (n=42) vers les box du SAU, et 40 % (n=31) vers le SAUV. (Figure 8)

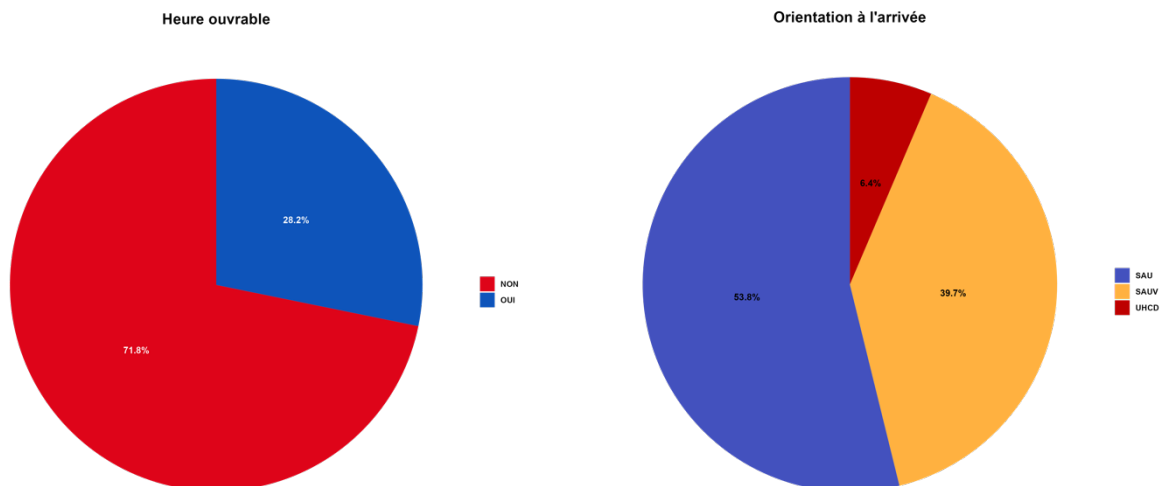


Figure 8 : Caractéristiques d'admission de la population

Les motifs d'admissions aux urgences sont retranscrits dans le tableau 3. Les difficultés respiratoires étaient prédominantes et représentent 59% (n=46) des motifs d'admissions.

	Population totale, n=78	Données manquantes, n(%)
Admissions régulées par le 15, n(%)	56 (72%)	
Admissions en heure ouvrable, n(%)	22 (28%)	
Orientation aux urgences, (%)		
UHCD	5 (6%)	
SAU	42 (54%)	
SAUV	31 (40%)	
Motifs d'admission, n(%)		1 (1%)
Difficulté respiratoire	46 (59%)	
Difficulté respiratoire et hypotension	1 (1%)	
Difficulté respiratoire et palpitations	2 (3%)	
Difficulté respiratoire fébrile	1 (1%)	
Altération de la conscience	5 (8%)	
Chute	1 (1%)	
Chute et difficulté respiratoire	1 (1%)	
Confusion	2 (3%)	
Décompensation cardiaque	2 (3%)	
Douleur abdominale	1 (1%)	
Douleur thoracique	1 (1%)	
Hématémèse	2 (3%)	
Ischémie de membre	1 (1%)	
Méléna	1 (1%)	
Palpitations	1 (1%)	
Trouble de la conscience et difficulté respiratoire	4 (5%)	
Trouble de la conscience, difficulté respiratoire et hypothermie	1 (1%)	
Vomissements	3 (4%)	
Evaluation des symptômes à l'arrivée, n(%)		
Douleur	8 (10%)	non évaluable n=63 (81%)
Septique	42 (63%)	
Respiratoires	71 (91%)	
Cardiovasculaires	36 (46%)	
Neurologiques	62 (79%)	
Abdominaux	12 (15%)	

Tableau 3 : Caractéristiques d'admission de la population

L'évaluation des symptômes à l'arrivée est décrite par la figure 9. Il faut noter que pour seulement 10% des patients (n=8), la douleur avait été notée comme étant évaluable. Les principaux symptômes retrouvés à l'entrée étaient une symptomatologie respiratoire chez 91% des patients (n=71), suivie de symptômes neurologiques chez 79% des patients (n=62). Dans 63% des cas (n=42), un contexte septique était retrouvé.

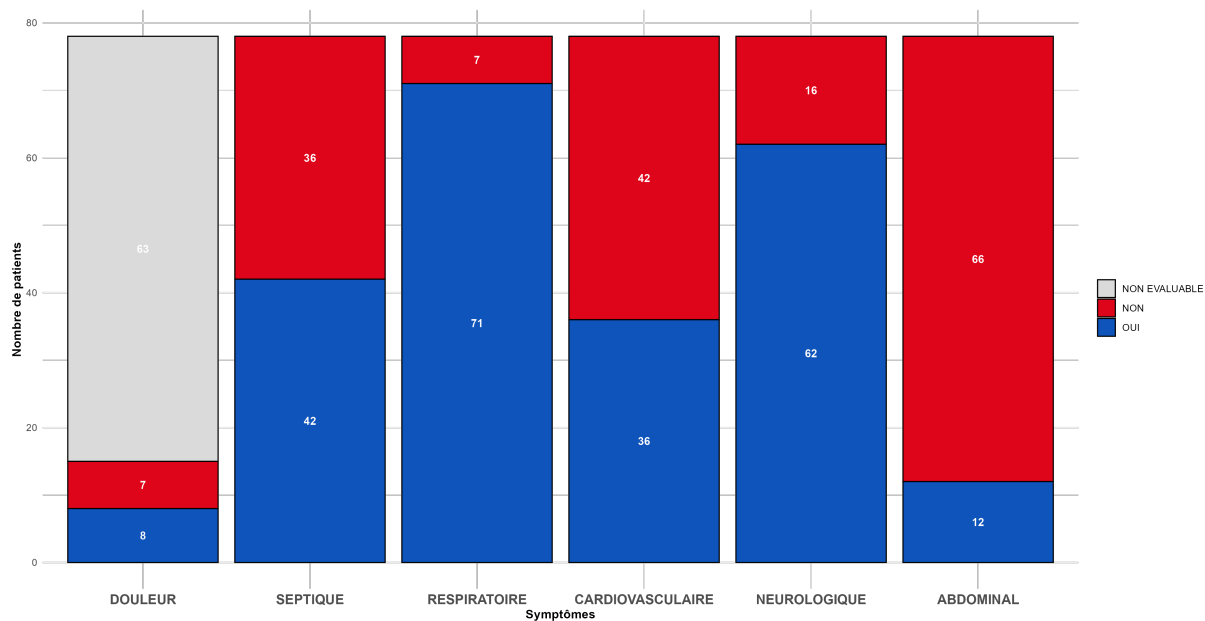


Figure 9 : Évaluation des symptômes à l'arrivée aux urgences

3. Données concernant la limitation thérapeutique

Seuls 10 % des patients (n=8) avaient la capacité d'exprimer leur volonté. Dans 62 % des cas l'incapacité à s'exprimer était due à un trouble de la conscience (n=48) et dans 27 % des cas à une confusion (n=21). Seulement deux patients (3 %, n=2) disposaient de directives anticipées, 23 % (n=18) n'en avaient pas, et pour 74 % (n=58), cette donnée était inconnue. La volonté du patient a été recherchée dans 96 % des cas (n=75). Concernant les personnes contactées pour obtenir des informations sur la volonté du patient, 8 % (n=6) étaient les patients eux-mêmes, 38 % (n=30) étaient des personnes de confiance faisant partie de la famille, 3 % (n=2) des personnes de confiance hors famille, et dans 44 % des cas (n=34), la famille ne disposait pas de personne de confiance identifiée. (Figure 10)

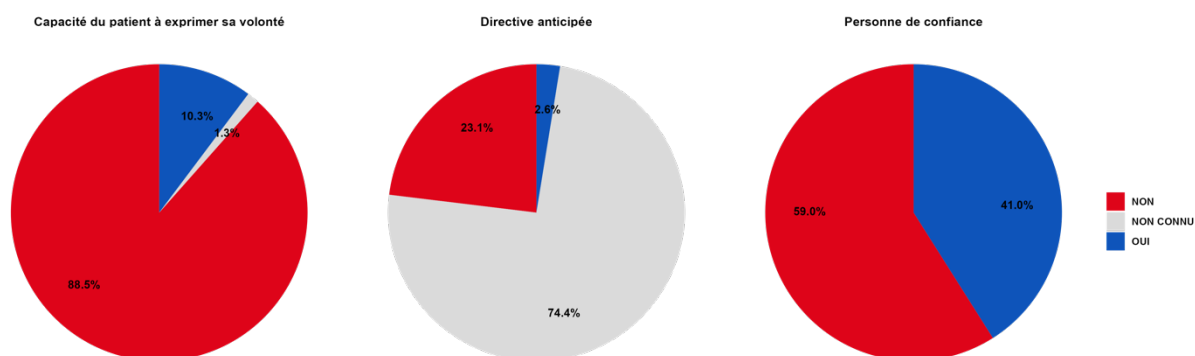


Figure 10 : Données concernant la limitation thérapeutique

Le souhait du patient était connu dans 19 % des cas, dans 6% (n=5), le patient ne voulait pas poursuivre les soins et l'avait exprimé aux urgences, dans 13 % (n=10) selon les informations transmises par les proches, le patient n'aurait pas souhaité d'acharnement thérapeutique, mais pour 81 % des patients (n=63), le souhait était inconnu. (Figure 11)

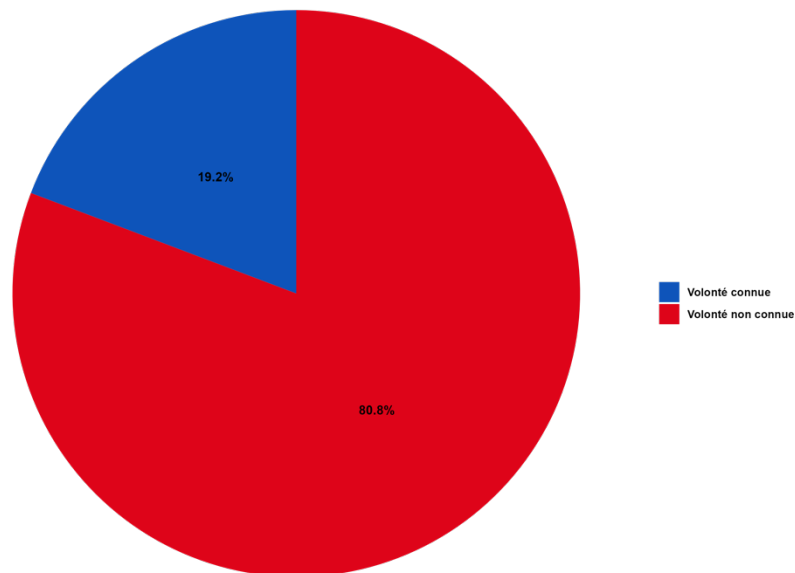


Figure 11 : Connaissance de la volonté du patient

Comme le montre le tableau 4, dans 99 % des cas (n=77), la limitation thérapeutique a été mise en place par l'équipe d'urgence, avec une procédure collégiale retranscrite dans le dossier dans 73 % des cas (n=57). Pour un seul des patients la LATA a été faite par l'équipe des soins palliatifs mais devant une absence de place dans l'hôpital, le patient a été admis aux urgences. Concernant le nombre d'intervenants, 27 % des cas (n=21) impliquaient un seul intervenant, 49 % (n=38) en impliquaient deux, 18 % (n=14) trois, et 6 % (n=5) quatre intervenants. Les intervenants sont retranscrits dans la figure 12.

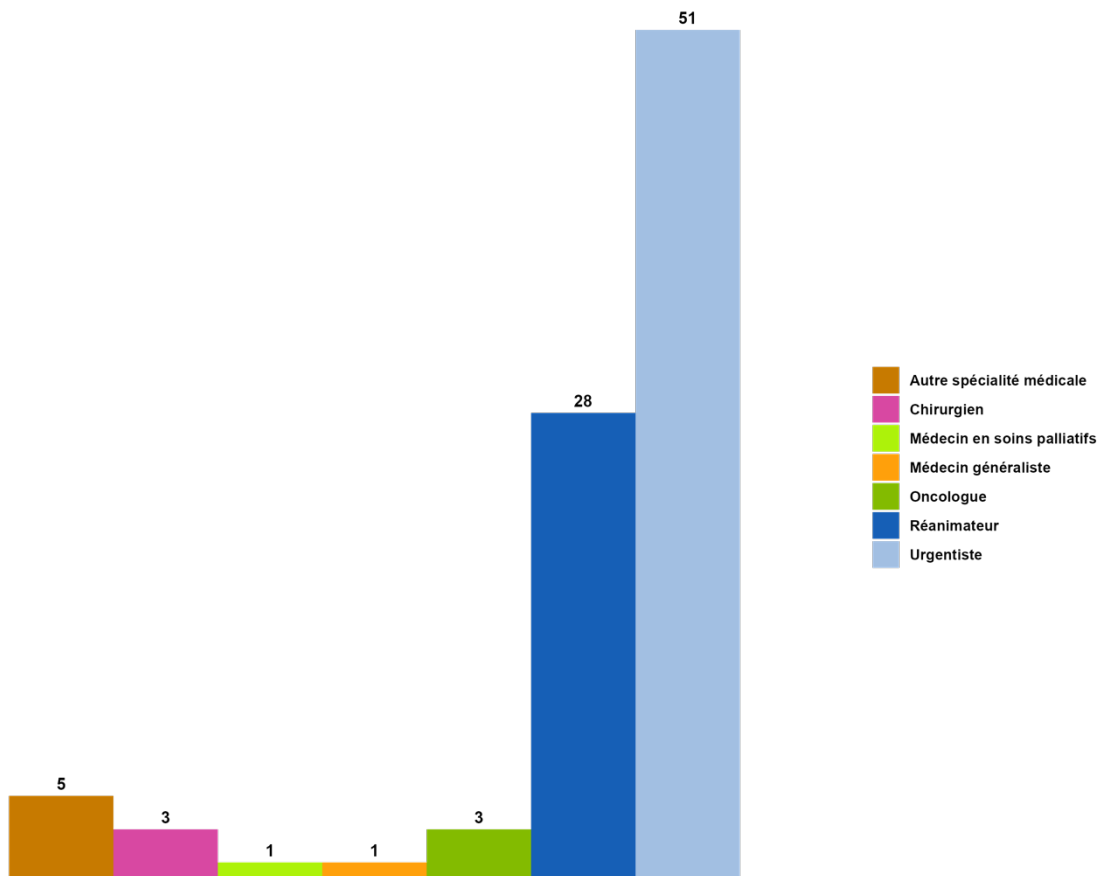


Figure 12 : Spécialités médicales intervenants dans la décision collégiale

Dans 89% des cas (n=51), au moins un urgentiste était impliqué dans la décision collégiale, 49% (n=28) au moins 1 réanimateurs, dans un seul des cas un médecin généraliste était impliqué et dans un autre cas un médecin des soins palliatifs était impliqué.

Dans seulement 11 % des cas (n=14), un contact avec le médecin traitant ou un référent extrahospitalier a été établi. Dans 5 dossiers, aucun contact n'a pu être établi, et dans 79 % des cas (n=62), cette information était manquante ; cependant, un seul médecin traitant a effectivement pris part à une décision collégiale. Dans 1 % des cas (n=1), le personnel paramédical était impliqué. (Figure 13)

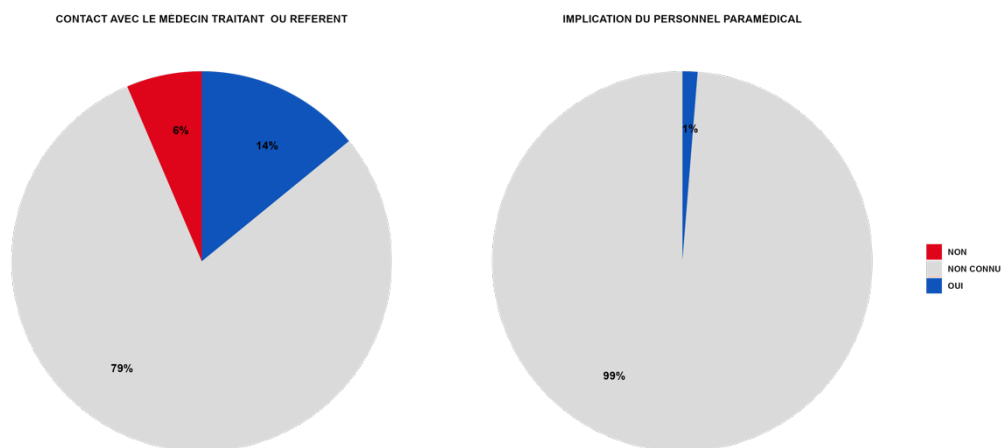


Figure 13 : Données concernant la procédure collégiale

Sur les 78 patients, les principales causes de détresse ayant conduit à la sédation selon les arguments énoncés dans les contre-rendus étaient : des détresses respiratoires chez 85 % des cas (n=66), neurologiques chez 69 % des cas (n=54), et hémodynamiques chez 50 % des cas (n=39).

Le poids des arguments médicaux entraînant la limitation thérapeutique sont retranscrits sur la figure 14.

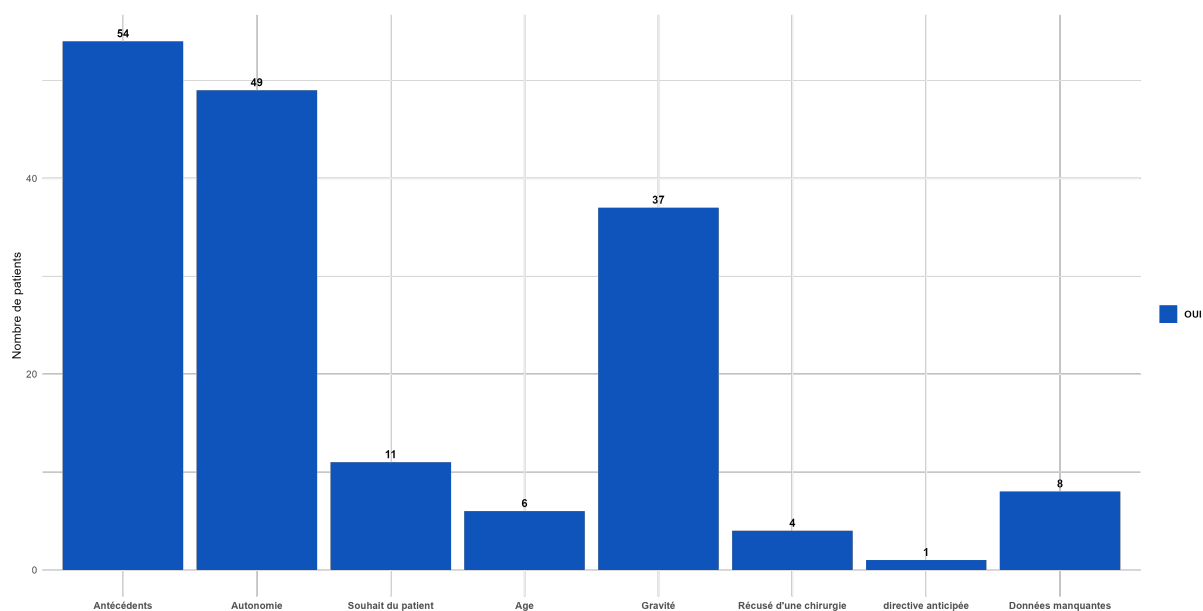


Figure 14 : Éléments de décision entraînant la limitation thérapeutique

Pour les décisions de fin de vie, une LATA avec une sédation terminale précoce a été mise en place dans 63 % des cas (n=49), et dans 37 % des cas (n=29), une LATA était posée et la sédation terminale a été envisagée secondairement devant une majoration de la dégradation de l'état du patient. La fiche LATA du CHU a été utilisée dans 12 % des cas (n=9). (Figure 15)

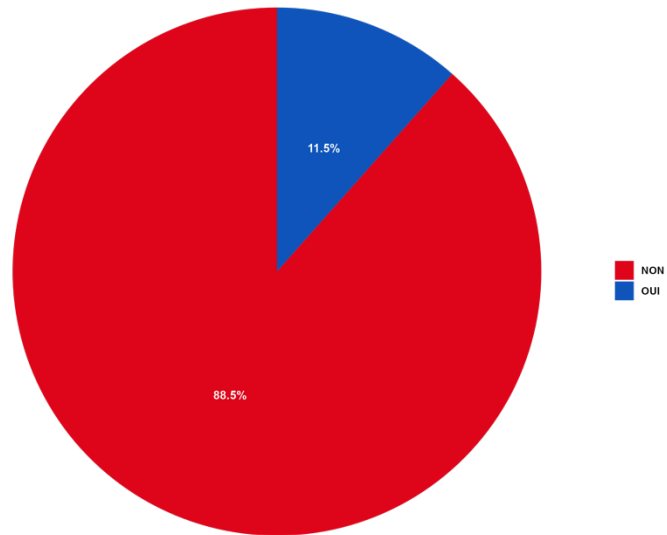


Figure 15 : Utilisation de la fiche LATA

	Population totale, n=78		Données manquantes, n(%)
Détresse menant à la sédation, n(%)			
Respiratoire	66 (85%)		
Neurologique	54 (69%)		
Hémodynamique	39 (50%)		
Patient en capacité d'exprimer sa volonté, n(%)	8 (10%)		1 (1%)
Raisons pour l'incapacité d'expression de la volonté			
Trouble de la conscience	48 (62%)		
Confusion	21 (27%)		
Recherche volonté du patient, n(%)	75 (96%)		3 (4%)
Personne contactée			
Patient	6 (8%)		
Personne de confiance faisant partie de la famille	30 (38%)		
Personne de confiance ne faisant pas partie de la famille	2 (3%)		
Famille sans personne de confiance identifiée	34 (44%)		
Foyer	1 (1%)		
Pas de famille	2 (3%)		
Souhait du patient			
Ne veut pas poursuivre les soins	5 (6%)		
N'aurait pas souhaité d'acharnement thérapeutique	10 (13%)		
Non connu	63 (81%)		
Directive anticipée	2 (3%)		58 (74%)
Pas de directive anticipée	18 (23%)		
Limitation thérapeutique mise en place par l'équipe d'urgence	77 (99%)		
Procédure collégiale, n(%)	57 (73%)		21 (27%)
Nombre d'intervenants			
Un	21 (27%)		
Deux	38 (49%)		
Trois	14 (18%)		
Quatre	5 (6%)		
Implication des urgentistes dans la décision de LATA	51 (89%) sur n=57		
Implication des réanimateurs dans la décision de LATA	28 (49%) sur n=57		
Implications d'autres spécialités médicales dans la décision de LATA	11 (19%) sur n=57		
Décision			
LATA avec sédation terminale	49 (63%)		
LATA avec sédation terminale si majoration de la dégradation	29 (37%)		
Contact avec le médecin traitant ou référent extrahospitalier	11 (14%)		62 (79%)
Implication du personnel paramédical	1 (1%)		77 (99%)
Utilisation d'une fiche LATA	9 (12%)		

Tableau 4 : Données concernant la limitation thérapeutique

4. Données concernant l'initiation de la sédation terminale et sa surveillance jusqu'au décès

Afin de faciliter le recueil et l'analyse des données, les posologies et modalités d'administration des analgésiques opioïdes ont été évaluées de la même manière que celles des hypnotiques. Concernant la préparation des médicaments au CHU de Besançon dans l'indication étudiée, la morphine utilisée est du chlorhydrate de morphine à une préparation de 1 mg/ml. Le sufentanil, un opioïde mille fois plus puissant que le chlorhydrate de morphine selon le VIDAL, est préparé à une concentration de 5 µg/ml.

Pour le midazolam, la concentration utilisée est de 1 mg/ml. Pour faciliter le recueil des résultats concernant la titration et l'entretien au PSE, une équivalence a été établie, 1 µg de sufentanil correspond à 1 mg de morphine et pour le diazépam 2mg de diazépam correspond à 1mg de midazolam³⁷. Toutes les données concernant l'initiation de la sédation terminale et son suivi jusqu'au décès sont notés dans le tableau 5.

Concernant l'administration de midazolam, il a été utilisé chez 92 % des patients (n=72). Seuls 3 % (n=2) ont reçu du diazépam, tandis que 5% patients (n=4) n'ont reçu aucun traitement hypnotique. Aucun neuroleptique n'a été administré dans cette population. Dans 94% (n=73), les sédations terminales étaient entreprises avec un hypnotique et un analgésique opioïde. Les résultats sont retranscrits sur la figure 16.

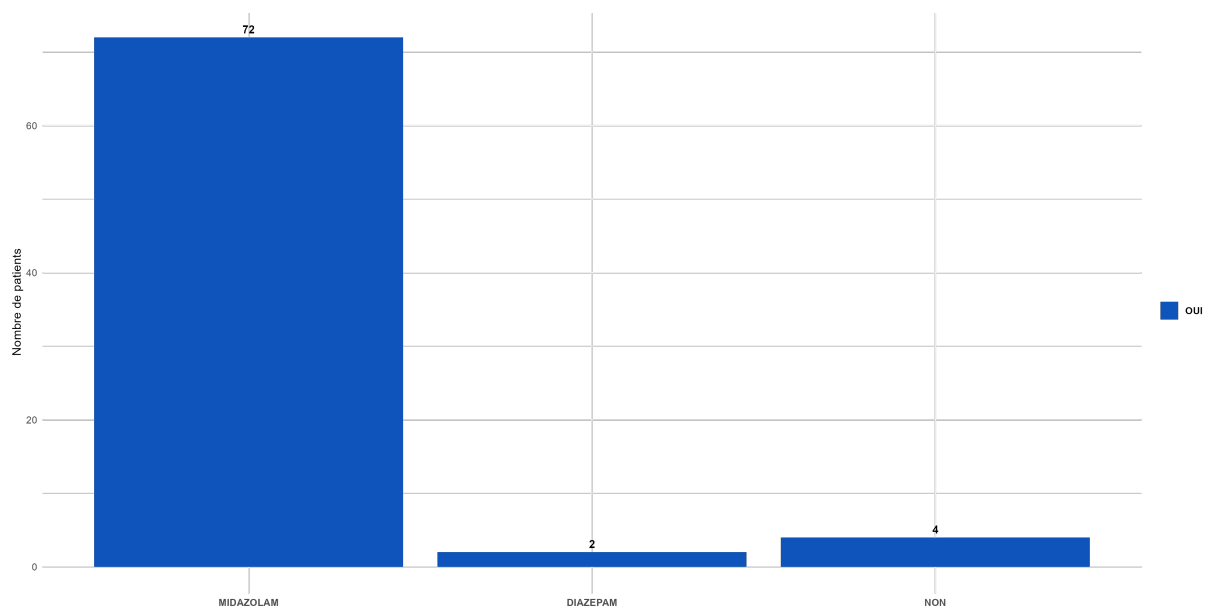


Figure 16 : Utilisation des hypnotiques dans la sédation terminale

Concernant la place des analgésiques opioïdes, la majorité des patients ont reçu de la morphine (n=63), représentant 81 % des cas. Le sufentanil a été administré à un nombre plus restreint de patients (n=13), soit 17 %. L'association de ces deux opioïdes a été observée chez 1% des patients (n=1), et un patient n'a reçu aucun traitement analgésique dans le cadre de la sédation terminale. Les résultats sont retranscrits sur la figure 17.

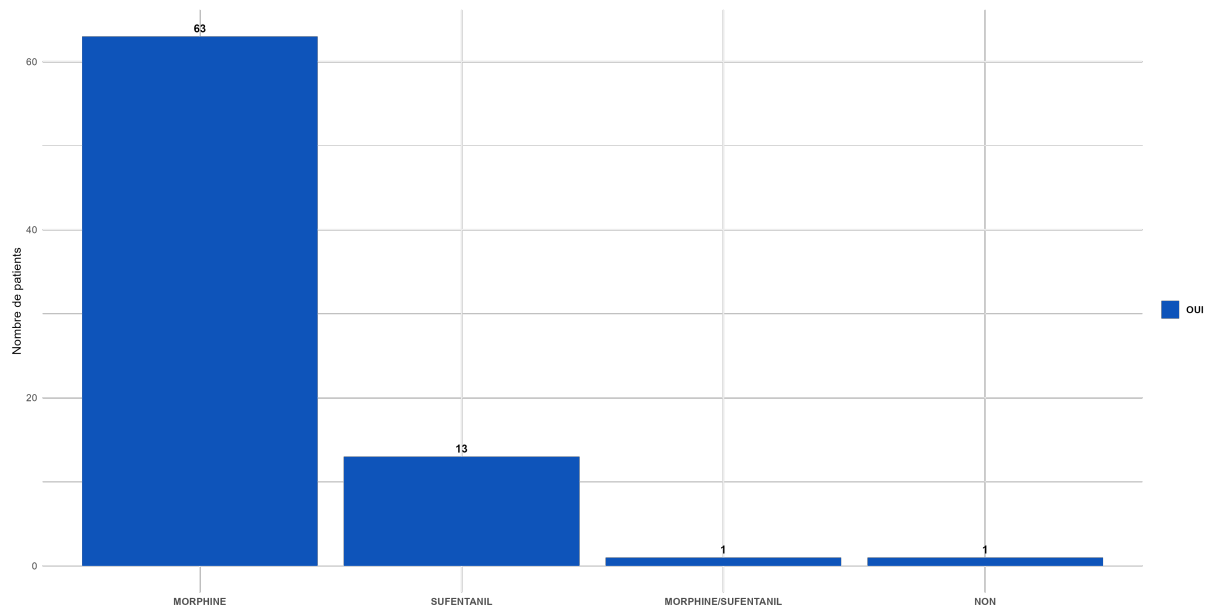


Figure 17 : Utilisation des analgésiques opioïdes dans la sédation terminale

L'administration des hypnotiques a été réalisée dans 1 % des cas (n=1), avec un bolus sous-cutané, un entretien IV d'emblée sans dose de charge dans 62 % des cas (n=48), une dose de charge suivie d'un entretien IV dans 28 % des cas (n=22) et une dose de charge sans entretien IV dans 1 % des cas (n=1). Concernant l'administration d'analgésiques opioïdes, celle-ci a été effectuée dans 1 % des cas (n=1), avec un bolus sous-cutané, un entretien IV d'emblée sans dose de charge dans 62 % des cas (n=48), une dose de charge suivie d'un entretien IV dans 32 % des cas (n=25) et une dose de charge sans entretien IV dans 1 % des cas (n=1). (Figure 18)

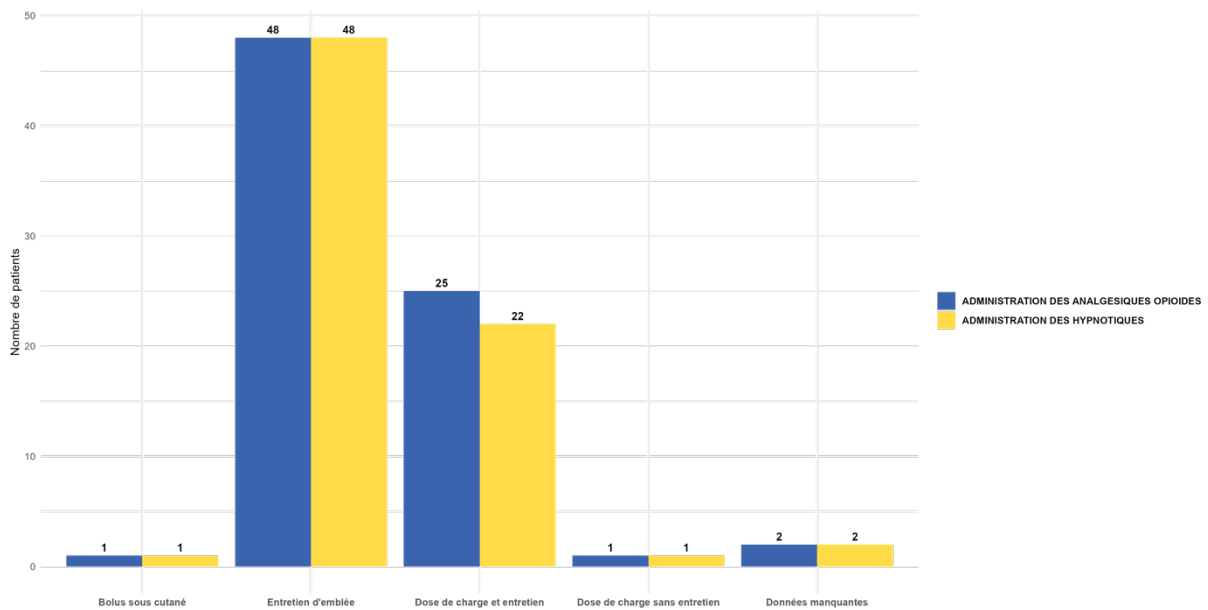


Figure 18 : Modalités d'administrations des drogues

Comme le montre la figure 19, concernant l'initiation de l'entretien des hypnotiques sans dose de charge préalable, 46 % des patients (n=36) reçoivent une dose supérieure à 1 mg/h. Seul 1 % des patients (n=1) reçoit une dose inférieure à 1 mg/h, tandis que 13% des patients (n=11) bénéficient d'une dose égale à 1 mg/h, représentant 3 % de l'échantillon.

Concernant l'initiation de l'entretien des analgésiques sans dose de charge préalable, il est observé que 46 % des patients (n=36) reçoivent une dose supérieure à 1 mg/h. En revanche, 3 % des patients (n=2) reçoivent une dose inférieure à 1 mg/h, tandis que 13 % des patients (n=10) reçoivent une dose de 1 mg/h.

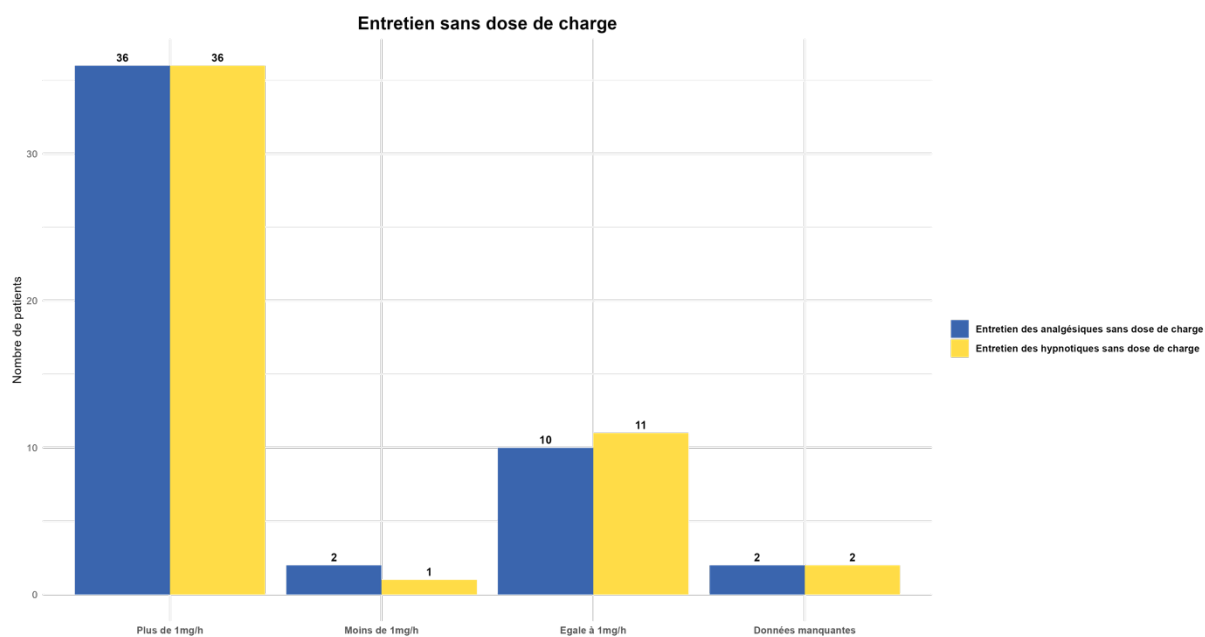


Figure 19 : Posologies d’initiations des entretiens sans dose de charge des drogues hypnotiques et analgésiques opioïdes

Pour le bolus initial des hypnotiques, 23 % des patients (n=18) reçoivent une dose supérieure à 1 mg, 6% (n=5) une dose égale à 1 mg, tandis qu’aucun patient ne reçoit une dose inférieure à 1 mg.

En ce qui concerne le bolus initial d’analgésiques opioïdes, 27 % des patients (n=21) reçoivent une dose supérieure à 1 mg, tandis que 6 % (n=5) reçoivent une dose égale à 1 mg. Aucun patient ne reçoit une dose inférieure à 1 mg. Pour le schéma, dose de charge suivie d’un entretien les résultats sont retranscrits figure 20

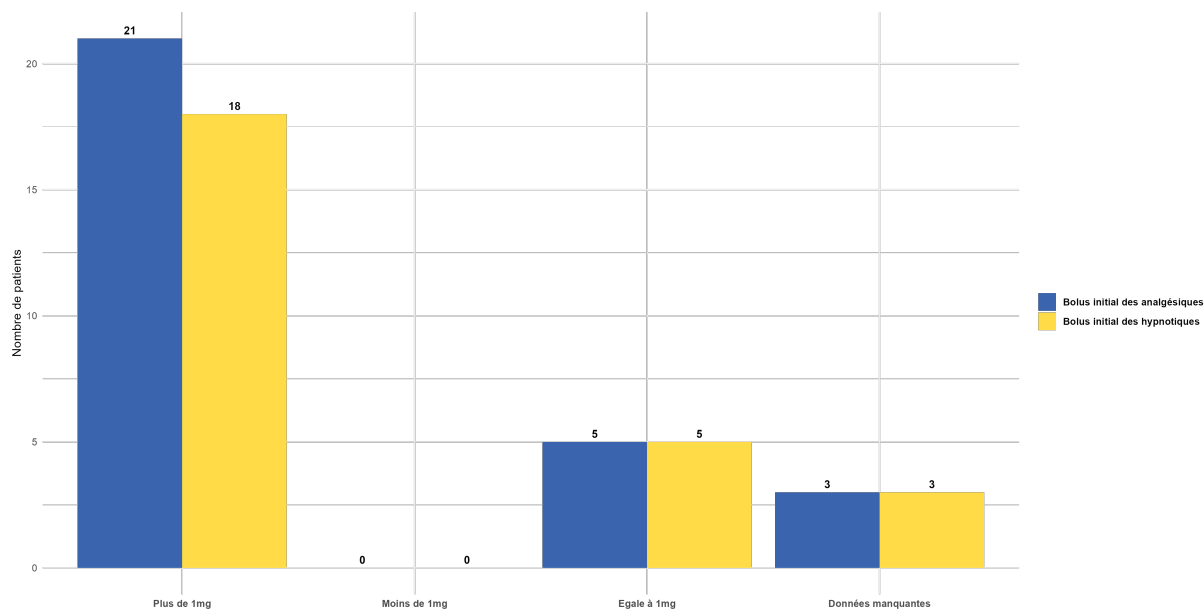


Figure 20 : Posologie des bolus initiaux des doses de charge d’hypnotiques et d’analgésiques opioïdes

Concernant l'entretien des hypnotiques après titration, par rapport à 50 % de la dose d'induction, 1 % des patients (n=1) ont eu cette dose au départ. De plus, 26 % des patients (n=20) reçoivent une dose supérieure dont 6 recevant une dose supérieure à 100%, tandis que 3 % (n=2) reçoivent une dose inférieure. L'analyse des modalités d'entretien des analgésiques opioïdes après titration, par rapport à 50 % de la dose d'induction, révèle que 3% des patients (n=2) ont eu cette dose au départ. Par ailleurs, 23 % des patients (n=18) reçoivent une dose supérieure dont 4 patients recevant une dose supérieure à 100%, tandis que 5 % (n=4) reçoivent une dose inférieure. L'analyse des modalités d'entretien de drogues après titration est relatée figure 21.

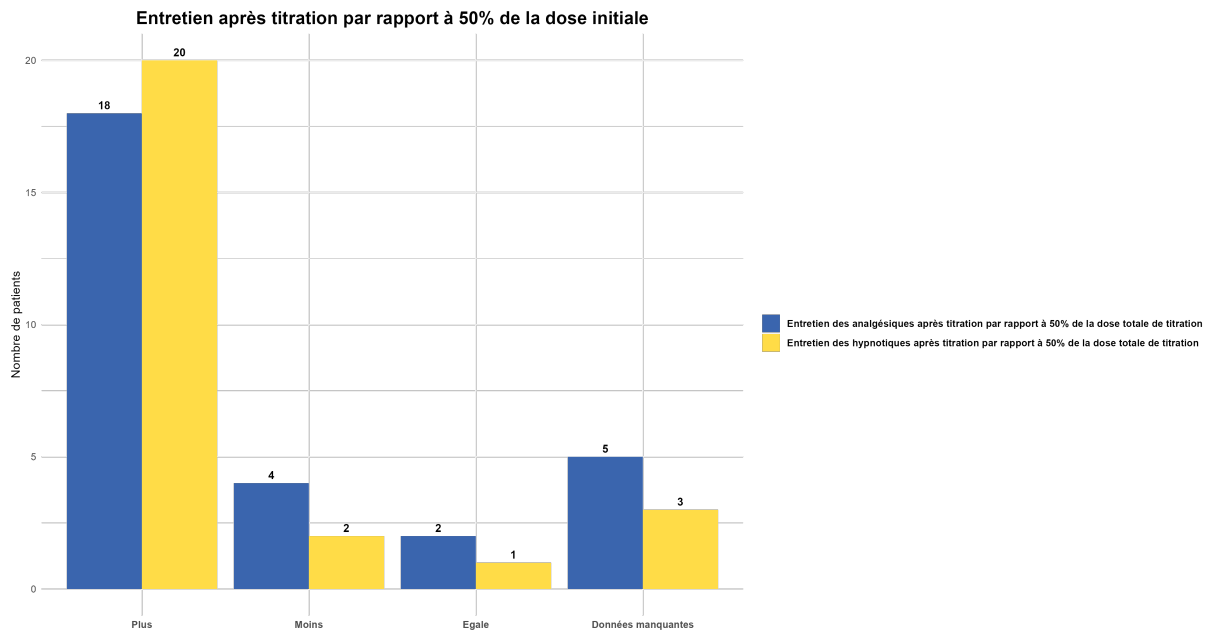


Figure 21 : Entretien après titration par rapport à 50% de la dose totale de titration

Il est important de noter que dans 61 % des dossiers (n=44), le décompte a été fait sur un total de 72 dossiers. En effet, un dossier ne mentionnait pas l'utilisation d'opioïdes, quatre dossiers ne faisaient pas état de l'utilisation d'hypnotiques, et un autre dossier indiquait l'utilisation de la voie sous-cutanée plutôt qu'un PSE. La gestion des débits des pousse-seringues électriques était similaire lors de l'initiation des hypnotiques et des analgésiques opioïdes. (Figure 22)

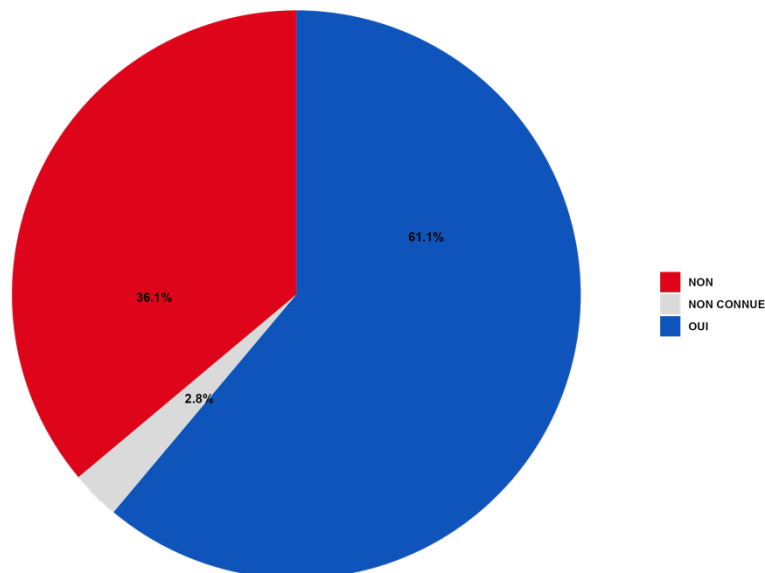


Figure 22 : Gestion similaire des pousées seringue électrique

Concernant l'utilisation des échelles de vigilance, seulement 3 % des dossiers (n=2) indiquent qu'une échelle a été utilisée. Dans les deux cas il s'agissait de l'échelle de sédation vigilance RASS.

Dans 33% des dossiers (n=26) une adaptation des posologies d'hypnotiques ou d'analgésiques opioïdes étaient retrouvées. Les données manquantes concernent les dossiers où aucune adaptation de posologies n'a été retrouvée. Le recueil été fait en ml et ml/h car les changements étaient réalisés avec des PSE ou le changement s'effectue en ml/h ou en bolus par ml.

Concernant l'adaptation de la posologie des hypnotiques, 27 % (n=21) ont reçu une majoration en ml/h seulement, 3 % (n=2) un bolus, et 1 % (n=1) ont bénéficié des deux adaptations, à savoir une majoration en ml/h ainsi qu'un bolus. Concernant les modifications des posologies d'analgésiques opioïdes, 27 % (n=21) ont bénéficié d'une majoration du débit en ml/h seulement, 3 % (n=2) ont reçu un bolus supplémentaire en ml, tandis que 1 % (n=1) ont nécessité à la fois une majoration du débit en ml/h et l'administration d'un bolus.

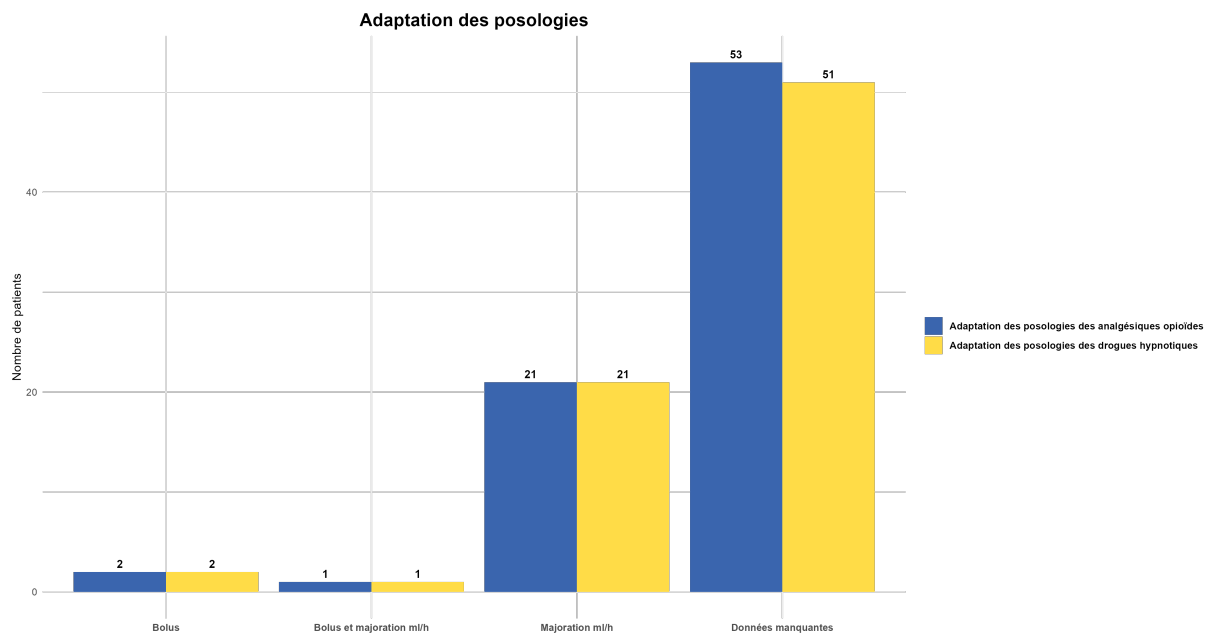


Figure 23 : Adaptation des posologies des drogues hypnotiques et analgésiques opioïdes

Les symptômes modifiant la sédation sont retranscrits dans le tableau 5, dans seulement 19% (n=15) un symptôme était écrit dans le dossier pour justifier le changement de posologie. A l'exception d'un patient présentant une dyspnée et d'un autre patient douloureux et agité, qui ont reçu, comme modification de posologie, respectivement un bolus unique d'hypnotique pour le premier et un bolus unique d'analgésique opioïde pour le second. Les autres patients ayant présenté des symptômes, rapportés dans le tableau 5 ont reçu, comme modification de posologie, une majoration conjointe en ml/h des vitesses des perfusions continues d'hypnotiques ou d'analgésiques.

Les consignes d'administration des traitements ont été clairement documentées dans 13 % des cas (n=10), tandis qu'elles étaient absentes ou imprécises dans 87 % des dossiers (n=68). Par consigne claire nous entendons un protocole écrit avec la présence d'une vitesse de PSE ou d'une dose de charge avec vitesse de PSE dans les suites en fonction de l'administrations choisies, et des symptômes devant amener à modifier les posologies.

Parmi les patients, 23 % (n=18) a bénéficié d'une surveillance scopée. En revanche, une majorité de 77 % (n=60) des patients n'a pas eu de surveillance scopée (Figure 24). Aucune échelle ou score de surveillance de la vigilance, de la dyspnée ou de la douleur n'a été utilisées.

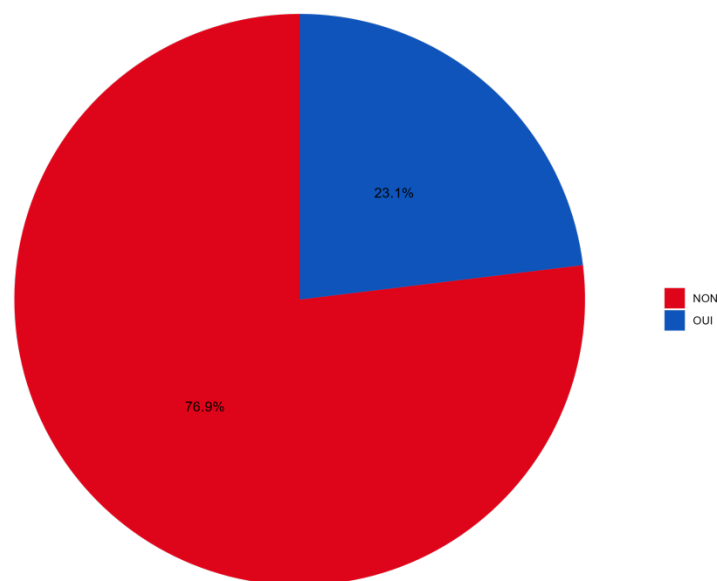


Figure 24 : Surveillance scopée

En ce qui concerne l'utilisation des antisécrotoires type Scopolamine®, 10 % des patients (n=8) ont bénéficié de ces traitements, dans un seul dossier il était précisé que cela traitait un encombrement. Pour les soins de confort, une majorité de 53 % des patients (n=41) ont reçu ces soins, tandis que pour 47 % des patients (n=37), aucune donnée n'était disponible dans les dossiers. Parmi les patients, 21 % (n=16) ont eu le retrait de l'oxygène, il faut noter que 7 patients n'avaient pas bénéficié d'une oxygénothérapie. Enfin, le retrait de l'hydratation était précisé dans 9 % des patients (n=7).

Le délai médian entre l'arrivée aux urgences et la mise en place d'une limitation thérapeutiques actives (LATA) est de 3 heures, avec un premier quartile (Q1) à 1 heure et un troisième quartile (Q3) à 6 heures.

De plus, le délai médian entre l'instauration de la LATA avec sédation terminale et le décès est également de 3 heures, avec une fourchette interquartile allant de 1 à 8 heures.

Population totale, n=78			Données manquantes, n(%)
Drogues utilisées pour sédation, n(%)			
Utilisation conjointe d'hypnotiques et d'analgésiques opioïdes	73 (94%)		
Analgésiques opioïdes			
Morphine	63 (81%)		
Sufentanil	13 (17%)		
Association des deux	1 (1%)		
Pas d'analgésique	1 (1%)		
Hypnotiques			
Midazolam	72 (92%)		
Diazepam	2 (3%)		
Pas d'hypnotique	4 (5%)		
Neuroleptiques			
	0		
Processus d'administration, n(%)			
Consignes claires écrites dans le dossier	10 (13%)	68 (87%)	
Administration d'analgésiques opioïdes			
Bolus sous cutané	1 (1%)	2 (3%)	
Entretien IV sans dose de charge	48 (62%)		
Dose de charge et entretien IV	25 (32%)		
Dose de charge sans entretien IV	1 (1%)		
Administration des hypnotiques			
Bolus sous cutané	1 (1%)	2 (3%)	
Entretien IV sans dose de charge	48 (62%)		
Dose de charge et entretien IV	22 (28%)		
Dose de charge sans entretien IV	1 (1%)		
Posologies, n(%)			
Gestion des vitesses de PSE de manière similaire (n=72)	44 (61%)	2 (3%)	
Bolus initial des analgésiques			
Plus 1mg	21 (27%)	3 (4%)	
Moins 1mg	0		
Egale	5 (6%)		
Bolus initial des hypnotiques			
Plus 1mg	18 (23%)	3 (4%)	
Moins 1mg	0		
Egale	5 (6%)		
Entretien des analgésiques après titration par rapport à 50% de la dose de titration totale			
Plus	18 (23%)	5 (6%)	
Moins	4 (5%)		
Egale	2 (3%)		
Entretien des hypnotiques après titration par rapport à 50% de la dose d'induction			
Plus	20 (26%)	3 (4%)	
Moins	2 (3%)		
Egale	1 (1%)		
Entretien des analgésiques sans dose de charge			
Plus de 1mg/h	36 (46%)	2 (3%)	
Moins de 1mg/h	2 (3%)		
Egale à 1mg/h	10 (13%)		
Entretien des hypnotiques sans dose de charge			
Plus de 1mg/h	36 (46%)	2 (3%)	
Moins de 1mg/h	1 (1%)		
Egale à 1mg/h	11 (13%)		
Echelles de sédation vigilance, n(%)			
	2 (3%)		

Adaptation de la posologie, n(%)	26 (33%)	
Adaptation de la posologie d'analgésiques		53 (68%)
Majoration en ml/h	21 (27%)	
Bolus en ml	2 (3%)	
Majoration en ml/h et bolus	1 (1%)	
Adaptation de la posologie d'hypnotiques		52 (67%)
Majoration en ml/h	21 (27%)	
Bolus en ml	2 (3%)	
Majoration en ml/h et bolus	1 (1%)	
Modalités de surveillance sédation , n(%)		
Scopée	18 (23%)	
Non scopée	60 (77%)	
Echelle de surveillance des symptômes utilisée	0 (0%)	
Symptômes modifiant la sédation , n(%)		11 (14%)
Agitation	4 (5%)	
Agitation et douleur	1 (1%)	
Agitation/ Dyspnée	2 (3%)	
Agitation / Dyspnée/ Douleur	1 (1%)	
Douleur	4 (5%)	
Dyspnée	1 (1%)	
Dyspnée/ Douleur	1 (1%)	
Dyspnée/ Encombrement	1 (1%)	
Utilisation d'anti sécrétoires	8 (10%)	1 (1%)
Soins de confort	41 (53%)	37 (47%)
Retrait d'oxygène	16 (21%)	55 (71%)
Retrait de l'hydratation	7 (9%)	71 (91%)
Délais, n(%)		
Délai entre arrivée aux urgences et limitation thérapeutique en heures, médiane (Q1-Q3)	3 (1-6)	
Délai entre la LATA avec sédation terminale et le décès, médiane (Q1-Q3)	3 (1-8)	

Tableau 5 : Données concernant l'initiation de la sédation terminale et son suivi jusqu'au décès

5. Données concernant les caractéristiques du décès

Parmi la population, 49% des décès (n=38) ont eu lieu à l'UHCD, 27% (n=21) à la SAUV, et 24% (n=19) dans un box du SAU. Chez 28% des patients (n=22), le dossier indiquait clairement une prise en charge de fin aux urgences par manque de lit d'hospitalisation (Figure 25).

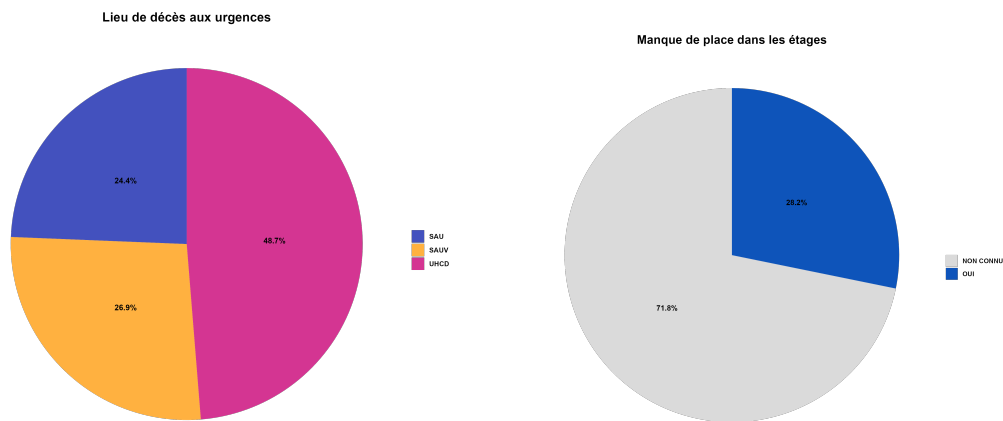


Figure 25 : Caractéristiques des décès

La présence de proches au moment du décès a été constatée dans 49% des cas (n=38).

Le délai médian entre l'arrivée aux urgences et le décès était de 9 heures, avec une variation allant de 4 à 19 heures (Q1-Q3). Enfin, la majorité des décès, soit 87% (n=68), sont survenus dans les 24 premières heures suivant l'admission. (Tableau 6)

	Population totale, n=78		Données manquantes
Lieu de décès aux urgences			
UHCD/ CAIR	38	(49%)	
SAU BOX	19	(24%)	
SAUV	21	(27%)	
Décès aux urgences par manque de place	22	(28%)	56 (72%)
Présence de proches au moment du décès	38	(49%)	1 (1%)
Délai arrivée aux urgences et décès en heures, médiane (Q1-Q3)	9	(4-19)	

Tableau 6 : Caractéristiques des décès

CINQUIÈME PARTIE : Analyse des résultats et discussion

Ce travail avait pour objectif de dresser un état des lieux aux urgences de Besançon sur une durée de 4 ans, du 01/01/2020 au 31/12/2023, des pratiques de sédation terminale chez des patients pour lesquels une décision de LATA avec arrêt des thérapeutiques est prise.

Nous n'avons pas trouvé d'étude dans la littérature traitant spécifiquement des médicaments ainsi que leurs posologies utilisées dans le cadre d'une LATA avec sédation terminale dans un service d'urgences.

1. Les admissions et les décès aux urgences de Besançon

Sur la période du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2023, 176 décès ont été recensés au SAU de Besançon. Ce choix de période a été fait pour s'aligner sur la mise à jour des recommandations de la HAS de 2020. Ces décès représentent en moyenne 2,49 % des décès survenus à l'hôpital et 0,13 % des passages aux urgences durant cette période. Sur les 176 patients, 78 des patients sont décédés sous sédation terminale. Sur cette période on constate une augmentation significative du nombre des décès aux urgences (LM ; $p=0,0263$) ainsi qu'une augmentation significative des décès sous sédation terminale. Nous n'avons pas trouvé de point de comparaison dans la littérature, mais il semble que sur ces quatre dernières années, les médecins urgentistes du service des urgences du CHU de Besançon ont été confrontés à une augmentation des décès ainsi qu'à une hausse des prises en charge de sédation terminale.

Si l'on se réfère à la littérature³⁻⁵ entre 7 et 16 % des décès intrahospitaliers surviennent dans un service d'urgence, et l'incidence des décès aux urgences varie de 0,15 % à 0,5 % du nombre total d'admissions.^{5,32,38} Il existe une différence notable entre ces données et le pourcentage de décès observé dans notre étude. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette divergence. D'une part, certaines urgences vitales entraînent des admissions directes dans des services spécialisés tels que les unités de soins intensifs, où les décès surviennent directement dans ces unités.

D'autre part, les patients en fin de vie peuvent être orientés directement vers des unités spécialisées via des réseaux de soins, sans transiter par les urgences.

On peut également supposer que le service parvient à réorienter rapidement les patients en fin de vie vers d'autres unités hospitalières, ce qui expliquerait pourquoi les décès ne surviennent pas dans le service des urgences. En effet, selon l'étude de Rouff et Braun s'intéressant aux missions, aux fonctionnements et à l'évolution de l'UHCD en France retrouve que la présence d'une UHCD fonctionnelle regroupe au moins 4 % des décès parmi les patients qui y sont admis³⁹. Cela suggère que l'absence de cette unité dans le service des urgences de Besançon pourrait limiter la prise en charge de

certain patients en fin de vie. De plus une étude rétrospective réalisée sur 4 ans³⁵ étudiant les LATA et décès aux urgences de l'hôpital d'Haguenau retrouvait environ 10 % de la totalité des décès de l'hôpital aux urgences, dont 72 % à l'UHCD.

Le nombre moyen de passages annuels durant la période de l'étude s'élève à 32 805, un chiffre légèrement inférieur à celui de l'étude de la DRESS réalisée en 2019, qui portait sur le nombre d'admissions dans les services d'urgences français et faisait état d'une moyenne de 34 400 passages annuels dans les établissements publics.⁴⁰

2. Les caractéristiques générales de la population

La population de notre travail est comparable à celle décrite dans la littérature concernant les LATA aux urgences et notamment à une étude multicentrique prospective ayant inclus 2 420 patients décédés aux urgences qui retrouvait une population âgée, avec de lourds antécédents médicaux et une dépendance marquée.³³ Cependant il existe quelques discordances avec deux études récentes rétrospectives s'intéressant aux décisions de LATA aux urgences.^{34,35} Dans notre recueil, nous avons employé le terme « patient polypathologique » défini selon la HAS^{41,42}, nous retrouvions un statut polypathologique chez 96% de nos patients, ce terme n'était pas utilisé dans les autres études mais l'étude réalisée par Bérard et al³⁵ retrouvait des patients présentant une ou plusieurs maladies chroniques dans 60% de sa population et la deuxième faite par Vaittinada et al³⁴ ne rapportait que les principaux antécédents importants sans les regrouper. Les troubles cognitifs étaient présents chez plus de 46 % de nos patients. Dans l'étude de Bérard et al³⁵, cela était qualifié de démence pour 37 % des patients, tandis que dans l'étude de Vaittinada et al³⁴, 45 % des patients souffraient de maladies neurodégénératives. Dans notre étude, nous avons choisi de regrouper tous les troubles neurocognitifs sans distinguer le stade ou la maladie causale, ce qui pourrait expliquer un pourcentage plus élevé. Bien que l'autonomie ait été évaluée différemment, 90 % de nos patients présentaient une altération de leur autonomie, un chiffre comparable aux 86 % observés dans l'étude de Vaittinada et al³⁴.

Concernant les lieux de vie avant l'admission, nos résultats sont similaires à ceux de la littérature, notamment à l'étude de Tardy et al³², où environ un tiers des patients vivaient en EHPAD. Toutefois, les patients atteints de pathologies cancéreuses actives étaient plus nombreux dans les études précédentes (31 %) que dans notre étude (24 %). De plus, seulement 8 % de nos patients avaient eu un contact avec les soins palliatifs, tandis que la littérature présente des chiffres plus élevés : 9 % dans l'étude de Bérard et al³⁵ et 16 % dans celle de Vaittinada et al³⁴. Enfin, 17 % de nos patients avaient déjà une limitation thérapeutique établie avant leur admission aux urgences, un taux supérieur à celui de l'étude de Vaittinada et al³⁴, qui rapportait 9 %.

3. Les caractéristiques d'admissions de la population

Bien que ce fait soit reconnu par les sociétés savantes¹⁷, seulement 28 % des patients ont été admis pendant les heures ouvrables (horaire de journée et hors week-end). Cela complique davantage leur prise en charge, car les familles, les médecins référents et le personnel des institutions peuvent être moins joignables pour obtenir des informations. La majorité de ces patients étaient admis via les box (56 %), suivis par la SAUV (40 %), tandis qu'une minorité était directement admise en UHCD. Cette donnée spécifique concernant les admissions n'est pas mentionnée dans les autres études consultées précédemment, mais il est intéressant de noter que les admissions directes en UHCD sont largement minoritaires. De plus, les patients admis directement en UHCD étaient en réalité des patients destinés au CAIR pendant la période COVID.

Nous avons choisi de recueillir dans les dossiers si le patient avait été orienté par la régulation du CCRA 15, afin d'identifier si certains étaient envoyés aux urgences pour le motif explicite de « fin de vie ». Dans notre étude, 72 % des dossiers provenaient de la régulation du CCRA 15, mais aucun ne mentionnait ce motif spécifique. Cela semble compréhensible, car il est plutôt difficile de déceler clairement une situation de fin de vie au cours d'un appel de régulation. L'étude de Bérard et al³⁵ fait une constatation similaire, avec plus des deux tiers des patients régulés dans ce cadre.

Les motifs d'admission aux urgences sont divers, mais la difficulté respiratoire est prédominante chez 59 % des patients. Cette tendance se reflète également dans l'évaluation des symptômes à l'arrivée, où 91 % des patients présentaient des symptômes respiratoires, suivis de symptômes neurologiques dans 79 % des cas et d'un contexte septique chez 63 %. L'étude de Bérard et al³⁵ retrouve également 59 % d'admissions pour difficultés respiratoires, mais contrairement à notre étude, elle ne constate pas une symptomatologie respiratoire aussi marquée. L'étude de Vaittinada et al³⁴ et celle de Leconte et al³³ montrent des résultats similaires. Cette différence peut s'expliquer par la population étudiée : notre travail se concentrait uniquement sur les LATA avec sédation terminale, alors que les autres études incluaient toutes les LATA réalisées aux urgences.

Parmi les détresses rapportées dans nos dossiers ayant conduit à une sédation terminale, 85 % étaient d'origine respiratoire et 69 % neurologique, des résultats en accord avec ceux de l'étude de Berard et al³⁵

4. La décision de limitation et arrêt des thérapeutiques

La décision de LATA était prise dans 99 % des cas par l'équipe des urgences. Il est important de noter que 17 % des patients avaient déjà bénéficié d'une limitation thérapeutique avant leur admission, le fait. Dans chaque cas, une réévaluation de ces limitations a été effectuée aux urgences, si bien que dans les éléments de prise de décision, notamment dans la section "arguments en faveur de la LATA et de la sédation" du dossier, les limitations antérieures n'ont pas été mentionnées. Le fait d'avoir déjà bénéficié d'une limitation thérapeutique ne signifie pas que celle-ci ne peut pas évoluer, et elle doit être réévaluée à chaque prise en charge médicale. Le 1 % restant concerne une LATA initiée par le service de soins palliatifs, qui, faute de places disponibles dans les services d'hospitalisation, a dû recourir aux urgences pour accompagner le patient en fin de vie.

Il est à souligner que ces 17 % de patients présentant une limitation thérapeutique avant leur admission aux urgences constituent un chiffre élevé, en comparaison aux 9 % retrouvés dans l'étude de Vaittinada et al³⁴.

Afin de faciliter le recueil des données, nous avons choisi de simplifier la catégorisation de la décision de procédure collégiale dans les dossiers en adoptant une approche binaire. Ainsi, soit la LATA était immédiatement suivie d'une sédation terminale, soit la sédation terminale était envisagée uniquement en cas d'aggravation supplémentaire de l'état du patient. Ce choix méthodologique nous a permis de mieux évaluer la proportion de patients ayant bénéficié rapidement d'une sédation terminale après la décision de LATA.

Dans tous les cas, l'ensemble des patients avait bénéficié d'une LATA. Chaque dossier mentionnait qu'il n'y aurait pas d'indication pour une admission en réanimation, pas de réanimation cardiopulmonaire en cas d'arrêt cardiaque, pas d'intubation orotrachéale pour une ventilation mécanique invasive en cas de détérioration neurologique ou respiratoire, pas d'épuration extrarénale, ni d'administration de « fortes doses d'amines ». Ce dernier terme, bien que fréquemment employé, n'était pas précisément défini en termes de dosage et ne correspondait à aucune posologie spécifique.

Nous n'avons pas recueilli les détails sur la prise en charge entre la décision de LATA et le début de la sédation terminale pour les 37 % de patients ayant eu une sédation terminale différée. Nous avons opté pour cette approche car ce n'était pas le point central de notre étude, qui se concentrait principalement sur les drogues utilisées pour la sédation terminale, leur mise en œuvre et leur suivi. À l'inverse, l'étude de Vaittinada et al³⁴ a été plus précise sur ces aspects, en notant les critères de LATA et les traitements administrés malgré la LATA, comme les antibiotiques, l'oxygénothérapie hors ventilation invasive, etc.

5. Les acteurs impliqués dans le processus de décision collégiale

La collégialité dans la prise de décision de LATA aux urgences a été respectée dans 73 % de nos dossiers, un résultat légèrement inférieur à ceux rapportés par Le Conte et al³³ et Vaittinada et al³⁴, qui mentionnaient des taux d'environ 80 %. Cependant, ce chiffre reste supérieur à celui observé dans l'étude de Bérard et al³⁵, où la collégialité était respectée dans 44 % des cas. En comparaison, dans l'étude prospective multicentrique de Ferrand et al⁴³, menée dans 113 services de réanimations et de soins intensifs et portant sur les décisions de LATA, la collégialité était présente dans 88 % des décisions. Hors du cadre des urgences, une étude prospective multicentrique conduite par Frasca et al, portant sur 331 structures de soins palliatifs (USP, HAD, etc.), a révélé que dans 80,4 % des cas de SPCMD, une procédure collégiale avait été mise en place⁴⁴. Nous avons probablement sous-estimé le taux de collégialité, qui atteint 73 % dans nos dossiers. En effet, dans les 27 % restants, certains dossiers mentionnaient plusieurs médecins, mais leurs noms n'apparaissaient pas dans la section dédiée à la LATA et à la collégialité. Nous avons donc classé ces dossiers comme n'ayant pas respecté la collégialité. Il est néanmoins probable que ces médecins, bien que non mentionnés dans cette section spécifique, aient participé à la décision, sans que cela ne soit consigné dans le dossier.

Dans l'étude LATASAMU⁴⁵, 43 % des médecins urgentistes avaient déjà été confrontés à une prise de décision seuls dans le cadre d'une LATA. Dans notre étude, si l'on s'intéresse uniquement aux dossiers où la collégialité a été respectée (n=57), 89 % (n=51) des cas impliquaient au moins un urgentiste dans la décision collégiale, et 47 % des cas (n=27) impliquaient également au moins un réanimateur et dans 19% des cas (n=11) au moins une autre spécialité était impliquée. Un seul cas faisait intervenir un médecin généraliste, et un autre un médecin des soins palliatifs. Les résultats diffèrent par rapport à l'étude de Vaittinada et al³⁴, où le deuxième médecin impliqué était presque toujours (98 %) extérieur aux urgences, principalement un réanimateur (75 % des cas). Différence également retrouvée avec l'étude de Bérard et al³⁵, où un réanimateur était consulté pour 27 % des patients. Ces variations dans les acteurs de la collégialité pourraient s'expliquer par le fait que notre population inclut uniquement des patients décédés sous sédation terminale, excluant ainsi les autres cas pour lesquels des interrogations sur les critères de réanimation pouvaient subsister. Dans 14 % des cas, le médecin traitant ou référent a été contacté, mais il n'a participé à la procédure collégiale qu'à une seule occasion. Ce constat est regrettable, car le médecin traitant ou référent est souvent le praticien qui connaît le mieux le patient, ayant parfois assuré son suivi pendant de nombreuses années. Grâce à cette relation de longue durée, il dispose d'une compréhension approfondie de son historique médical, de son contexte personnel et de ses besoins spécifiques, ce qui en fait normalement un acteur clé dans sa prise en charge. Ce constat est en accord avec la littérature existante.³³⁻³⁵ Dans l'étude de Le Meur et al⁴⁶, s'intéressant à l'implication de médecin généraliste dans les décisions de LATA dans un service de

réanimation, seuls 18,8 % des répondants ont été impliqués dans la décision de LATA pour leurs patients. Par ailleurs, deux tiers des médecins généralistes ont affirmé ne jamais participer à ce type de décisions concernant leurs patients.⁴⁶ Le médecin traitant ou référent devrait jouer un rôle central dans ces décisions en raison de sa connaissance approfondie du patient, de son entourage et de son cadre de vie. La faible implication du médecin traitant peut s'expliquer en partie par la difficulté à le joindre en heure non ouvrable. Dans notre étude, la majorité des décisions LATA ont été prises durant la nuit ou le week-end, ce qui justifie également le faible contact entre le service des soins palliatifs et les urgences, point également soulevé par l'étude de Berard et al ou un médecin des soins palliatifs avait été sollicité seulement 3% des situations.³⁵

L'équipe paramédicale, quant à elle, n'a été associée à la décision que dans 1 % des cas. Ce résultat, extrêmement faible, est pourtant en contradiction avec les recommandations^{14,17,18} qui préconisent leur présence et leur implication. Cependant, cette observation est en cohérence avec les études précédemment citées³³⁻³⁵ qui ne rapportent pas non plus d'implication significative du personnel paramédical dans les procédures collégiales. Au contraire, une étude prospective au SAU du CHU de Nantes en 2005 sur la mise en place d'une procédure de LATA dans un service d'urgence retrouve une procédure collégiale impliquant le personnel paramédical dans 69% des cas⁴⁷, dans l'étude de Le conte et al³³ l'implication du personnel paramédicale était de 27%. Le personnel paramédical joue un rôle important dans les décisions de LATA, car il passe plus de temps au contact des patients, permettant ainsi une meilleure compréhension de leur état et de leur confort. Cependant, ce rôle peut être nuancé dans le cadre d'une LATA suivie d'une sédation terminale immédiate aux urgences, où la rapidité de la prise de décision peut restreindre leur participation directe. De plus, le manque de temps et la saturation du personnel paramédical aux urgences peuvent expliquer la faible implication observée dans notre travail.

Seulement 10% des patients avait la capacité d'exprimer leurs volontés et le patient était impliqué dans la prise de décision dans 6 % des cas. Ce résultat est comparable aux études de Ferrand et al⁴³ et Le Conte et al³³ qui retrouvaient une participation de 8%. Dans l'étude de Berard et al³⁵ seulement 1% des patients était jugé apte à exprimer son point de vue. Contrairement à l'étude Vaïtinada et al³⁴, où 15% des patients étaient impliqués dans la décision. Les raisons de cette grande majorité de patient inapte à exprimer leurs volontés sont similaires entre les études et se partagent entre les troubles de la vigilance, la confusion, les détresses respiratoires, les troubles neurocognitifs, etc.

6. Les directives anticipées

Concernant les directives anticipées, seulement 2 patients (3 %) en disposaient dans notre étude. Ces patients ne présentaient pas de pathologie cancéreuse active et résidaient en EHPAD. À noter que dans les deux études portant sur les LATA aux urgences^{34,35} aucune directive anticipée n'avait été relevée parmi leurs populations étudiées.

Les directives anticipées restent encore méconnues, comme l'a révélé une étude menée à l'hôpital Cochin auprès de personnes âgées, où 90 % des personnes interrogées ignoraient leur existence.⁴⁸ La HAS rapporte que seulement 11 % des Français de plus de 50 ans ont rédigé leurs directives anticipées en 2018.⁴⁹ De plus en 2022, les sondages indiquaient que seulement 24 % des répondants savaient précisément de quoi il s'agissait.⁵⁰

Pourtant, la rédaction de directives anticipées pourrait grandement faciliter la prise de décision concernant la LATA dans un contexte d'urgence. En effet, 72 % des médecins considèrent que des directives anticipées pertinentes seraient une aide précieuse pour décider d'une LATA.⁵¹

Outre la méconnaissance des directives anticipées par les patients, le personnel soignant a également une part de responsabilité dans leur faible diffusion, et donc dans leur absence de rédaction. De nombreux médecins éprouvent une réticence, principalement d'ordre émotionnel et relationnel, à aborder la question de la fin de vie avec leurs patients. Une étude menée par Broca et al⁵² a montré que, pour les soignants en EHPAD, l'application de la loi Leonetti demeure délicate. Les médecins les plus proches des patients lors de maladies chroniques ou terminales, tels que les oncologues, les praticiens en soins palliatifs et les médecins traitants, ont probablement un rôle à jouer dans la transmission des directives anticipées. Cependant, une revue de la littérature menée par la HAS en avril 2016 montre que, quel que soit le type de médecin, ces directives sont très rarement abordées.⁵³ De plus concernant les patients présentant une pathologie cancéreuse active, le médecin généraliste est vu comme un interlocuteur privilégié pour aborder les thèmes de fin de vie, par rapport à l'oncologue, selon l'étude de Valsesia et al.⁵⁴

7. La personne de confiance

Concernant la désignation d'une personne de confiance dans nos dossiers, nous avons constaté que 41% de notre population avait désigné une personne de confiance. Cependant, seulement 6 d'entre elles ont mentionné les souhaits du patient préalablement exprimés.

En comparaison avec les études de Pennec et al⁵¹ et Béreau et al³⁸ portant respectivement sur les décisions médicales de fin de vie en France et sur la mise en place d'un protocole d'aide à la décision éthique dans un service d'urgence, les taux d'implication des personnes de confiance dans ces décisions

de LATA étaient respectivement de 15 % et 17 %, des chiffres largement inférieurs aux nôtres. De plus, dans les études de Berard et al³⁵ et celle de Le Conte et al,⁴⁷ l'implication des personnes de confiance dans les décisions de LATA aux urgences était inexistante.

Le taux relativement élevé de personnes de confiance désignées dans notre étude, comparé aux données de la littérature, soulève la question d'une confusion entre la personne de confiance, telle que définie par la loi, et la personne à prévenir. Nous avons analysé les dossiers informatisés des patients, où la désignation de la personne à prévenir et de la personne de confiance est effectuée par le bureau des admissions. Un formulaire papier, disponible sur le site du CHU, doit être rempli pour désigner officiellement la personne de confiance. Il aurait été nécessaire de consulter ces formulaires papier pour vérifier s'il s'agissait bien de véritables personnes de confiance au sens juridique.

De plus, la désignation d'une personne de confiance par le patient à l'admission semble compliquée. En effet, en raison de l'altération de l'état de conscience de la grande majorité de nos patients, ces derniers n'étaient pas en mesure d'indiquer l'existence d'une personne de confiance.

La recherche de la volonté du patient, soit auprès de lui-même, soit de son entourage, a été effectuée dans 96 % des dossiers. Dans 8 % des cas, c'était le patient lui-même qui exprimait ses souhaits, tandis que dans 82 % des cas, c'était la famille qui était interrogé. Dans 3 % des cas, un entourage non familial a été consulté, et dans 3 % des cas, le patient n'avait pas de famille. Cependant, seulement dans 13 % des cas, l'entourage a rapporté de manière claire que le patient ne souhaitait pas « d'acharnement thérapeutique ». Un chiffre modeste, mais probablement sous-estimé, car il est possible que ces informations n'aient pas été consignées dans le dossier. Dans 81 % des cas, les souhaits du patient n'étaient pas connus.

Bien que ces chiffres soient élevés, ils restent comparables aux données de la littérature, où la démarche visant à informer l'entourage et à rechercher les souhaits du patient est fréquente, mais où la volonté précise du patient est rarement connue.^{34,35}

8. La fiche LATA des urgences de Besançon

Nous constatons que la fiche LATA a été malheureusement peu utilisée, apparaissant dans seulement 9 de nos dossiers. Il convient de rappeler que, sur la période de notre travail, 220 fiches LATA ont été établies. Notre analyse s'est concentrée uniquement sur les cas de LATA avec sédation terminale aboutissant à un décès au sein du service des urgences. Cette faible utilisation doit donc être relativisée, il est probable que certaines fiches LATA aient été rédigées aux urgences, mais que les patients ne soient pas décédés dans ce service ou aient été hospitalisés par la suite.

9. Les caractéristiques des décès

Il est intéressant de noter que le délai de prise de décision varie selon les services. Le délai médian entre l'admission et la décision de LATA est de 3 heures, un chiffre qui se situe entre les résultats de deux études menées par Le Conte et al^{33,47}. La première, rapporte un délai médian de 1h58, tandis que la seconde indique un délai médian de 6 heures pour la prise de décision de LATA aux urgences. L'étude de Bérard et al³⁵ abouti également à un délai similaire de 3h. Le délai médian entre la LATA avec introduction de la sédation terminale et le décès est de 3h également. Et le délai médian entre l'arrivée aux urgences et le décès est de 9h, la majorité des décès dans notre travail, soit 87%, sont survenus dans les 24 premières heures suivant l'admission ce qui est comparable aux résultats de la littérature.³³⁻

35

Ainsi, ces décisions de LATA sont généralement prises rapidement dans le contexte des urgences, contrairement aux services de réanimations où la décision intervient en moyenne trois jours après l'admission du patient⁴³. Cette différence s'explique principalement par la diversité des populations prises en charge dans ces deux services. Aux urgences, les patients présentent souvent de nombreuses comorbidités, des antécédents multiples, un âge avancé, et des situations aiguës graves, rendant souvent l'admission en réanimation inappropriée. Cela conduit à des décisions plus rapides de LATA pour éviter une obstination déraisonnable dans les soins.

Dans notre étude, les décès sous sédation terminale aux urgences se répartissent entre l'UHCD (49 % des cas), la SAUV (27 % des cas) et les box (24 % des cas). Les dossiers précisent clairement que dans 28% des cas que la fin de vie s'est déroulée aux urgences en raison d'un manque de lits d'hospitalisations disponibles.

L'étude de Lassale et al⁵⁵ montre que l'UHCD demeure l'un des principaux lieux où se déroulent les fins de vie aux urgences. Les recommandations de la SFMU rappellent que la prise en charge des fins de vie aux urgences peut faire partie des missions de l'UHCD.⁵⁶ Cependant, en raison du manque de lits d'hospitalisation, notamment au CHU de Besançon, où ce problème est récurrent, et avec seulement 15 lits disponibles en soins palliatifs, une partie des fins de vie se déroule dans les urgences. La présence de proche au moment du décès était décrite dans 49% des dossiers, dans les 51% restant il se trouvent que certaines familles ne pouvaient pas se déplacer ou n'étaient pas arrivés à temps. Notons que dans l'étude de Berard et al³⁵, les proches étaient présents au moment du décès dans 18 %.

10. L'initiation de la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès

Nos données montrent que la sédation terminale était réalisée conjointement avec un hypnotique et un analgésique opioïde dans 94 % des cas. Le midazolam a été utilisé dans 92 % des sédations et la morphine dans 81 % des cas, pour les patients ayant reçu du diazépam, aucune explication n'était retrouvée dans le dossier concernant ce choix de molécule, il en va de même pour l'utilisation de morphine ou de sufentanil. En comparaison avec l'étude de Berard et al³⁵, le midazolam était prescrit dans 41 % des cas, tandis que des antalgiques (de pallier 1 à 3) étaient prescrits dans 60 % des cas. L'étude de Vaittinada et al³⁴, quant à elle, rapportait une utilisation de la morphine chez 90 % des patients et du midazolam chez 60 % des patients. Cependant, ces études portaient sur les LATA aux urgences dans leur ensemble, et non spécifiquement sur les sédations terminales en lien avec une LATA, comme c'est le cas dans notre étude ce qui peut expliquer une utilisation prédominante des hypnotiques et des analgésiques opioïdes.

Ni notre étude ni les études citées ne rapportent l'utilisation de neuroleptiques. Comme nous le verrons par la suite, l'absence de données sur la surveillance des patients ne permet pas de déterminer si l'ajout de neuroleptiques aurait été nécessaire en complément. En élargissant le champ aux soins palliatifs hors des urgences, l'étude de Frasca et al⁴⁴ portant sur les pratiques en soins palliatifs, dans le cadre de la SPCMD, montre une utilisation du midazolam seul dans 78,4 % des cas, associé à des neuroleptiques dans 11,8 % des cas, et des opioïdes dans 45 % des cas. Nous constatons ici une différence notable dans l'utilisation des opioïdes. Cependant, il convient de rappeler que dans notre travail, bien que la douleur ait été jugée non évaluable dans la majorité des cas, les détresses conduisant à la SPCMD dans notre population étaient majoritairement d'origine respiratoire, ce qui peut expliquer la forte utilisation des opioïdes pour atténuer ces symptômes.

Par ailleurs ces données sont également en accord avec les recommandations récentes de la SFAP¹⁹ concernant la SPCMD, mentionné précédemment, ces recommandations préconisent l'utilisation du midazolam en première intention, systématiquement associé à un analgésique opioïde, pour initier une sédation terminale. En revanche, elles ne recommandent pas un opioïde spécifique ni ne précisent les modalités d'administration ou les posologies pour l'utilisation des analgésiques opioïdes. Nous avons donc choisi dans notre travail d'analyser les drogues opioïdes comme les drogues hypnotiques pour faciliter le recueil de données et leurs analyses. Nous avons constaté que les vitesses des PSE d'hypnotiques et d'analgésiques opioïdes ont été gérées de manière similaire, (introduction et une augmentation éventuelle parallèles) dans 61 % des dossiers. On peut raisonnablement envisager que, en présence de symptômes respiratoires prédominants, les praticiens ont simultanément administré les hypnotiques pour initier la sédation et les analgésiques opioïdes pour traiter les symptômes respiratoires. Les modalités d'administration utilisées dans nos dossiers pour les hypnotiques et les

opioïdes consistent majoritairement en un entretien IV sans dose de charge, dans 62 % des cas pour chacun. Pour les hypnotiques, une dose de charge suivie d'un entretien IV a été utilisée dans 28 % des cas, tandis que pour les analgésiques opioïdes, cela a été le cas dans 32 % des situations. Il est à noter qu'un seul patient a bénéficié d'une administration sous-cutanée d'hypnotique et d'opioïde pour la sédation.

En comparant avec l'étude de Frasca et al⁴⁴, on observe une différence de pratique concernant l'utilisation d'hypnotique. Bien que la voie d'administration IV soit également majoritaire (75 % des cas), la sédation était initiée par une dose de charge suivie d'un entretien IV dans 55 % des cas, tandis que l'entretien sans dose de charge était utilisé dans 27 % des cas. Il convient de rappeler que l'étude de Frasca et al portait sur des centres spécialisés en soins palliatifs, et non sur des services d'urgences ou de réanimation, ce qui peut expliquer ces différences de pratiques. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature de travail s'intéressant spécifiquement aux posologies utilisées dans le cadre de la sédation terminale aux urgences.

Mais comme mentionné précédemment, la HAS préconise les deux modalités d'administration des hypnotiques dans le cadre de la sédation terminale¹⁶.

Dans notre étude, concernant le schéma "dose de charge et entretien", les bolus initiaux dépassaient 1 mg pour les hypnotiques dans 23 % des cas et pour les opioïdes dans 27 % des cas. Des bolus de 1 mg étaient administrés dans 6 % des cas pour les deux types de médicaments, et aucun bolus inférieur à 1 mg n'a été observé. Il est important de noter que, dans la majorité des dossiers, une seule dose de charge était administrée avant de débiter l'entretien. Cet entretien était ensuite réalisé à hauteur de 50 à 100 % de la dose d'induction dans 27 % des cas pour les hypnotiques et 26 % pour les opioïdes. Dans 3 % des cas pour les hypnotiques et 5 % pour les opioïdes, l'entretien se faisait à moins de 50 % de la dose d'induction. Plusieurs dossiers indiquaient également des doses d'entretien supérieures à 100 % de la dose de titration pour les hypnotiques et les analgésiques opioïdes.

En ce qui concerne l'initiation de l'entretien sans dose de charge préalable, les médecins ont opté pour des débits supérieurs à 1 mg/h dans 46 % des cas, aussi bien pour les hypnotiques que pour les opioïdes. L'initiation à 1 mg/h était choisie dans 13 % des cas pour les hypnotiques et pour les opioïdes. Enfin, une minorité de cas montrait un début d'entretien à moins de 1 mg/h.

Nos résultats s'écartent en grande partie des recommandations de la HAS¹⁶ concernant l'administration du midazolam, notamment en ce qui concerne l'usage d'une dose de charge avant l'entretien, ainsi que l'initiation d'un entretien sans dose de charge, avec des doses parfois supérieures à celles recommandées. De plus, comme vu précédemment, les nouvelles recommandations de la SFAP, publiées en 2022¹⁹, privilégient désormais un schéma unique : une titration initiale suivie d'un entretien IV.

11. L'ajustements des posologies de la sédation terminale

Concernant l'ajustement des posologies et les symptômes justifiant ces modifications, peu de dossiers contiennent ces informations. Il est possible que certains patients n'aient pas présenté de symptômes d'inconfort, expliquant l'absence de changements de posologie. Cependant, le taux de remplissage variable de certains dossiers laisse penser que certaines données, comme les symptômes d'inconfort et les ajustements de posologie, pourraient ne pas avoir été correctement notées. Cela explique peut-être la non-utilisation de neuroleptiques en complément pour la sédation, en comparaison cette utilisation n'est pas non plus retrouvée dans les études citées précédemment.³³⁻³⁵ Si l'on sort du cadre d'un service d'urgence nous retrouvons une utilisation d'environ 10% d'après l'étude de Frasca et al.⁴⁴

Dans notre étude, les médecins optaient principalement pour une adaptation des doses d'hypnotiques et d'opioïdes en augmentant la vitesse du PSE, sans recourir à l'injection de bolus. L'étude de Frasca et al.⁴⁴, quant à elle, présente des résultats différents, avec une majorité de médecins spécialisés en soins palliatifs qui préfèrent un schéma d'administration par bolus suivi d'une adaptation du débit continu. Selon les recommandations de la HAS¹⁶ et de la SFAP¹⁹, les deux schémas restent valables, bien que les dernières recommandations de la SFAP de 2022¹⁹ favorisent principalement l'administration d'un bolus suivi d'une adaptation du débit continu en fonction du poids, en cas de symptômes d'inconfort.

Un point essentiel mentionné dans les recommandations^{16,19} est qu'en cas d'insuffisance d'organe sévère, ou chez les patients âgés, il est recommandé de réduire la dose de bolus de moitié et d'espacer les réinjections. Dans notre étude, nous n'avons pas spécifiquement analysé les défaillances organiques telles que l'insuffisance hépatocellulaire ou rénale. Toutefois, notre population était majoritairement composée de personnes âgées, et il semble que les doses n'aient pas été ajustées en fonction de ce critère. Cependant, ces recommandations s'appliquent principalement à des patients hospitalisés en USP ou en HAD, qui ne sont pas nécessairement en situation de fin de vie imminente. En recontextualisant notre étude, les patients pris en charge aux urgences nécessitent un soulagement rapide de leurs symptômes, ce qui justifie des approches potentiellement différentes en termes de gestion thérapeutique.

12. La surveillance de la sédation terminale

L'évaluation de la vigilance pendant la sédation n'a été réalisée que dans 3 % des cas, à l'aide de l'échelle RASS, et aucune échelle de surveillance des symptômes, notamment pour la dyspnée ou la douleur, n'a été utilisée, la surveillance était scopée dans 23% des cas. Il est probable que la surveillance scopée ait été réalisée pour un plus grand nombre de patients, mais que les constantes n'aient pas été consignées

dans le dossier, la gestion et la surveillance du scope ayant probablement été effectuées de manière visuelle.

Nous n'avons pas trouvé de points de comparaison dans la littérature concernant la surveillance des patients en LATA pris en charge aux urgences. Cependant, ces résultats semblent insuffisants, car des réévaluations régulières sont clairement recommandées par la SFAP¹⁹ ainsi qu'une surveillance du pouls ou de la fréquence respiratoire par voie monitorée. Des échelles d'évaluation validées par les sociétés savantes existent, telles que l'échelle Algoplus pour la douleur, le score de Rudkin et l'échelle RASS pour la sédation, ainsi que le RDOS pour la dyspnée (Annexes 1-4). Ce point souligne la nécessité d'améliorer nos pratiques.

Les soins de confort, tels que définis par la HAS¹⁶, sont mentionnés dans plus de la moitié de nos dossiers. Nous avons choisi de ne pas analyser ces soins en détail, contrairement à l'étude de Berard et al³⁵, où ils sont rapportés dans 63 % des cas. L'utilisation d'antisécrétoires atteint 10 % dans notre travail, un résultat comparable à celui de l'étude de Bérard et al³⁵, mais divergent de l'étude de Vaittinada et al³⁴, où ces médicaments étaient prescrits chez 40 % des patients. Il est très probable que 100 % des patients aient bénéficié de soins de confort, mais que ceux-ci n'aient pas été consignés dans les dossiers. La suspension de l'hydratation ou de l'oxygénothérapie était rarement notée, une observation également faite dans l'étude de Vaittinada et al.³⁴

13. Les perspectives

Notre travail met en lumière des axes potentiels d'améliorations. Il existe des aspects positifs, tels que l'analyse détaillée des posologies des drogues utilisées dans la sédation terminale permettant de révéler une hétérogénéité des pratiques sédatives entre les médecins. Cependant, il est indéniable que la gestion des fins de vie aux urgences pourrait être améliorée. Un constat majeur est le manque criant de praticiens et de moyens dans ce contexte. Il est impensable d'assurer une fin de vie "réussie" dans des services d'urgences saturés, où le manque d'espace et d'intimité complique grandement l'accompagnement des patients en fin de vie.

Pour alléger la charge des urgences, il est essentiel de renforcer la présence des médecins libéraux sur le territoire. Cela permettrait de mieux gérer les consultations non urgentes qui, en surchargeant les services d'urgence, peuvent retarder la prise en charge des patients nécessitant une attention immédiate et prolongée.

Il serait également souhaitable que les médecins généralistes, ainsi que d'autres professionnels de santé qui s'occupent au quotidien de personnes âgés ou de patients atteints de pathologies chroniques et terminales, discutent davantage en amont de la fin de vie, en abordant des sujets comme la rédaction

de directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance. Une telle préparation pourrait éviter des décisions hâtives et des fins de vie précipitées dans des environnements inadaptés. De plus, il est important de renforcer les liens entre la médecine libérale et les établissements hospitaliers, en incluant davantage les médecins généralistes dans les décisions relatives aux soins de fin de vie pour leurs patients. Le service d'accueil des urgences de Besançon devrait également réouvrir une UHCD pleinement fonctionnelle, avec des équipes dédiées et des lits d'hospitalisation supplémentaire. Cela permettrait d'éviter la stagnation prolongée des patients aux urgences, notamment ceux nécessitant des soins palliatifs, dont l'hospitalisation dans un service est compromise par le manque de place. Une telle mesure garantirait que les patients en fin de vie puissent être pris en charge dans des conditions plus dignes, évitant des décès sous sédation terminale dans des box de soins, qui ne permettent pas de respecter leur intimité.

Au-delà des urgences, il est essentiel de renforcer les moyens humains dans les EHPADs. La Cour des comptes a souligné qu'un tiers de ces établissements ne disposent pas d'un médecin coordonnateur.⁵⁷ Il faudrait donc augmenter le nombre de professionnels de santé disponibles pour permettre une évaluation complète de l'autonomie des patients à leur admission dans les EHPADs, avec des scores adaptés, ainsi qu'une mise à jour régulière de leur dossier médical permettant en cas de dégradation d'avoir accès rapidement aux informations essentielles.

Dans un système où le nombre de médecins coordonnateurs en EHPAD, de médecins prenant en charge les personnes âgées ou les patients atteints de pathologies cancéreuses, ainsi que de personnel paramédical dédié, serait suffisant, et où ces professionnels pourraient s'appuyer sur les EMSP ou des référents en USP, il serait possible d'améliorer la prise en charge des fins de vie en dehors du cadre hospitalier. Cela réduirait les situations où les soins de fin de vie doivent être gérés en urgence, limitant ainsi les hospitalisations imprévues et les décès non souhaités à l'hôpital. D'autant plus que 75 % des patients expriment le souhait de mourir dans leur lieu de vie, qu'il s'agisse de leur domicile ou d'un EHPAD.⁴⁹ Cependant, comme cité précédemment la médecine générale est déjà saturée de consultations et il est important de rappeler que 26 départements français ne disposent toujours pas d'USP.⁵⁸

Néanmoins, le médecin urgentiste doit accepter la réalité des urgences d'aujourd'hui et s'adapter à la gestion des fins de vie tout en prenant en compte les contraintes du quotidien en cherchant toujours à offrir le meilleur accompagnement possible malgré des conditions souvent complexes.

Il est essentiel de renforcer l'utilisation de la fiche LATA aux urgences de Besançon, qui permet de centraliser les informations nécessaires au suivi des décisions de LATA, ainsi que d'améliorer la traçabilité des prises en charge liées à la sédation terminale dans les dossiers médicaux. Malgré les

contraintes de temps propres aux services d'urgence, il serait important de mobiliser davantage les équipes paramédicales dans ces décisions afin de favoriser une approche plus collégiale.

Un renforcement des liens avec le service des soins palliatifs est également nécessaire. De plus, la formation des médecins urgentistes en matière de soins palliatifs devrait être renforcée afin d'améliorer leurs compétences dans la gestion des situations de fin de vie.

En ce qui concerne la sédation terminale, au regard des recommandations actuelles et des caractéristiques pharmacologiques du midazolam, il semble judicieux de suivre le schéma recommandé par la SFAP en 2022¹⁹. Ce protocole propose une titration progressive du midazolam, milligramme par milligramme, avec une surveillance par une échelle de sédation, suivie d'un entretien par PSE à 50-100 % de la dose d'induction. La surveillance clinique, couplée à l'utilisation d'échelles adaptées et à un monitoring de la fréquence cardiaque, permet d'ajuster les doses en cas d'inconfort via l'administration d'une dose de charge, suivie d'une adaptation du débit du PSE. Les opioïdes étant systématiquement associés, l'administration continue via PSE apparaît comme une option pertinente pour prévenir les réveils dus à des symptômes de gêne respiratoire ou de douleur. En 2024, une thèse a été réalisée sur l'évaluation des pratiques professionnelles, à l'aide d'un questionnaire destiné aux personnels soignants de la région Franche-Comté, portant sur la prise en charge globale des patients en fin de vie dans les SAU et SMUR. En combinant les résultats de cette étude avec les nôtres, il serait désormais envisageable d'élaborer un protocole de service concernant l'administration des médicaments et la surveillance de la sédation terminale dans le cadre des situations de fin de vie. D'autres hôpitaux ont déjà mis en place des protocoles similaires pour ces situations.⁵⁹ Et cela serait en accord avec les recommandations de la SFMU de 2018¹⁸, qui préconisent l'élaboration de protocoles de service afin d'homogénéiser la prise en charge des patients dans ces moments critiques.

14. Les limites de l'étude

Ce travail s'inscrit dans la continuité de nombreuses autres études françaises qui révèlent que les services d'urgence sont un lieu d'accueil pour les personnes en fin de vie, ainsi qu'un endroit où surviennent des décès prévisibles. Il est important de souligner certaines limites à ce travail.

Les spécificités organisationnelles et structurelles des urgences de Besançon, notamment l'absence d'une durée UHCD fonctionnelle, différent de celles d'autres établissements, ce qui limite la comparabilité des résultats avec ceux d'autres services d'urgences en France. Par ailleurs, les différences dans l'organisation médicale et paramédicale peuvent avoir un impact sur les pratiques cliniques et les parcours de soins, rendant les résultats difficilement extrapolables à d'autres centres hospitaliers et restreignant leur application à un contexte national.

La nature rétrospective de ce travail induit un biais d'information, en raison de l'absence potentielle de certaines données non consignées dans les dossiers médicaux informatisés. Des erreurs de traçabilité ou des informations manquantes peuvent nuire à la qualité des données recueillies et altérer la fiabilité des résultats. De plus, son unicité géographique constitue une autre restriction. Le faible nombre de participants nuit également à la fiabilité des résultats. Un autre point regrettable est que la sélection des patients s'est faite uniquement sur les LATA avec sédation terminale, en excluant toutes les autres formes de limitations thérapeutiques réalisées aux urgences. Il est possible que certains patients, admis en dehors des heures ouvrables, aient reçu une sédation terminale prescrite par un médecin urgentiste mais en dehors des urgences, dans un service hospitalier dépourvu de médecin. De plus, les sédations terminales administrées en contexte préhospitalier n'ont pas été incluses, constituant ainsi une autre limitation sur les pratiques de sédation terminales réalisées par les médecins urgentistes.

Enfin, on peut également reprocher à ce travail de limiter l'évaluation des soins palliatifs à l'administration d'analgésiques, de sédation ou à des soins de confort. Or, selon la définition fournie par la Société française des soins palliatifs,¹⁴ ces soins constituent une approche globale incluant un soutien psychologique, spirituel et affectif pour le patient et ses proches.

CONCLUSION

Les pratiques observées montrent que le midazolam et les analgésiques opioïdes sont les médicaments les plus utilisés dans la sédation terminale dans le cadre d'une LATA, conformément aux recommandations actuelles. Toutefois, une certaine hétérogénéité persiste concernant les modalités d'administration et la surveillance.

Les axes d'amélioration identifiés incluent une meilleure gestion des posologies, une harmonisation des modalités d'administration, ainsi qu'une utilisation plus systématique des outils dédiés à l'initiation et à la surveillance de la sédation terminale.

Ce travail dresse un état des lieux des pratiques de sédation terminale dans le cadre de LATA aux urgences de Besançon. L'arsenal législatif et réglementaire actuel n'a pas été conçu spécifiquement pour les situations d'urgence, où le manque d'informations complètes et la pression du temps rendent parfois son application difficile. Par ailleurs, le grand public reste insuffisamment sensibilisé à l'importance de rédiger des directives anticipées et de désigner une personne de confiance, la question de la fin de vie n'étant souvent abordée qu'à l'approche de son imminence. Il y a donc un réel besoin d'améliorer la communication à ce sujet.

Une collaboration interdisciplinaire et une vigilance constante sont nécessaires pour s'assurer que les pratiques de sédation terminale respectent pleinement les exigences éthiques et légales.

Cette étude souligne l'importance de mettre en place un protocole de service spécifique à l'initiation médicamenteuse et à la surveillance de la sédation terminale dans le cadre des LATA.

ANNEXES

Annexe 1 : L'échelle de vigilance-agitation de Richmond (Richmond agitation sédation scale RASS)

+4	combatif	combatif, danger immédiat envers l'équipe.
+3	très agité	tire, arrache tuyaux et cathéters et/ou agressif envers l'équipe
+2	agité	mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation au respirateur
+1	ne tient pas en place	anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs
0	éveillé et calme	
-1	somnolent	Pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 sec)
-2	diminution légère de la vigilance	Reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10sec)
-3	diminution modérée de la vigilance	N'importe quel mouvement à l'appel (ex : ouverture des yeux) mais pas de contact visuel
-4	diminution profonde de la vigilance	Aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)
-5	non réveillable	Aucun mouvement, ni à l'appel, ni à la stimulation physique (friction non nociceptive de l'épaule ou du sternum)

Source : https://sfap.org/system/files/echelle_de_vigilance_-_agitation_de_richmond.pdf

Annexe 2 : Le score de Rudkin

1	Fully awake	1 complètement réveillé
2	Drowsy	2 somnolent
3	Eyes closed but rousable to command	3 yeux fermés mais réveillable à la demande
4	Eyes closed but rousable to mild physical stimulation	4 yeux fermés mais réveillable avec une stimulation physique légère
5	Eyes closed and unrousable to mild physical stimulation	5 yeux fermés et non réveillable avec une stimulation physique légère

Source : https://sfap.org/system/files/sedapall_vf1.pdf

Annexe 3 : Échelle d'évaluation comportementale de la douleur aiguë (ALGOPLUS®)

Nombre de points	0	1
Visage (froncement des sourcils, grimaces, crispation, mâchoires serrées, visage figé)	non	oui
Regard (regard inattentif, fixe, lointain ou suppliant, pleurs, yeux fermés)	non	oui
Plaintes (« Aïe », « Ouille », « J'ai mal », gémissements, cris)	non	oui
Corps (retrait ou protection d'une zone, refus de mobilisation, attitudes figées)	non	oui
Comportements (agitation ou agressivité, agrippement)	non	oui
Total de « oui » sur 5/5	

La somme des items permet d'obtenir un score total sur cinq. Un score supérieur ou égal à deux doit faire instaurer une prise en charge thérapeutique antalgique.

Source : <https://sfap.org/document/les-echelles-de-la-douleur-adulte-echelles-d-hetero-evaluation>

Annexe 4 : L'échelle d'hétéro évaluation de la dyspnée RDOS (Respiratory Distress Observation Scale)

Nombre de points	0	1	2	Total
Fréquence respiratoire	<19	19-30	>30	
Fréquence cardiaque	< 90	91 - 109	≥ 110	
Agitation: mouvements involontaires	non	occasionnels	fréquents	
Utilisation des muscles respiratoires accessoires: élévation des clavicules à l'inspiration	non	légère	prononcée	
Respiration paradoxale : dépression abdominale à l'inspiration	non		oui	
Battement des ailes du nez	non		oui	
Râles de fin d'expiration	non		oui	
Expression de crainte: yeux grands ouverts muscles du visage contractés froncement des sourcils bouche ouverte dents serrées	non		oui	
			TOTAL	

Chaque item est coté de 0 à 2. L'échelle note donc la dyspnée de 0 à 16 : 0 signifiant l'absence de dyspnée, 16 signifiant une dyspnée maximale. Un score > 3 prédirait une dyspnée modérée à sévère.

Source : https://www.sfap.org/system/files/fiche_repere_sfap_miseenoeuvre18mai2017_0.pdf

Annexe 5 : La Grille AGGIR (Autonomie, Gérontologie, Groupes Iso-Ressources)

Groupe GIR	Niveau de dépendance
GIR 1	Perte d'autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale
GIR 2	Fonctions mentales partiellement altérées mais capacités motrices conservées
GIR 3	Autonomie mentale mais besoin d'aide pour les soins corporels
GIR 4	Autonomie mentale et capacité à se déplacer au sein du domicile, mais des difficultés sur certaines tâches quotidiennes
GIR 5	Autonomie mentale totale et aucun problème pour ses déplacements dans son logement
GIR 6	Aucun problème dans la réalisation des actes de la vie courante

La grille AGGIR est l'outil de référence national Français pour évaluer le degré de dépendance des personnes âgées. La mesure de la perte d'autonomie permet de situer la personne selon son niveau de dépendance, appelé GIR pour Groupes Iso Ressources.

Il existe six GIR classés de 1 à 6.







– Le niveau 1, ou GIR 1 correspond à une perte d'autonomie totale.

– À l'opposé, le GIR 6, ou niveau 6, correspondant à une parfaite autonomie.

Source : <https://fmh-association.org/grille-aggir-comment-evaluer-la-perte-dautonomie/>

Annexe 6 : Le score CFS (Clinical Frailty Scale)

Score de Fragilité Clinique

 <p>1 Très en forme - Personnes qui sont robustes, actives, énergiques et motivées. Ces personnes font de l'exercice régulièrement. Ils sont parmi les plus en forme de leur âge.</p>	 <p>7 Sévèrement fragile - Totalemement dépendantes pour les soins personnels, quelle que soit la cause (physique ou cognitive). Malgré tout, elles semblent stables et n'ont pas un risque élevé de décéder (dans les prochains 6 mois).</p>
 <p>2 Bien - Personnes qui ne présentent aucun symptôme de maladie active mais sont moins en forme que la catégorie 1. Font souvent, des exercices ou sont très actives par période. (par exemple des variations saisonnières).</p>	 <p>8 Très sévèrement fragile - Totalemement dépendantes, la fin de vie approche. Typiquement, elles ne pourraient pas récupérer même d'une maladie mineure/ maladie légère.</p>
 <p>3 Assez bien - Personnes dont les problèmes médicaux sont bien contrôlés, mais ne sont pas régulièrement actives au-delà de la marche quotidienne.</p>	 <p>9 En phase terminale - Approchant la fin de vie. Cette catégorie concerne les personnes ayant une espérance de vie < 6 mois, qui sinon ne sont pas fragiles de façon évidente.</p>
 <p>4 Vulnérable - Sans être dépendantes des autres pour l'aide quotidienne, souvent leurs symptômes limitent leurs activités. Une plainte fréquente est d'être ralentie et/ou d'être fatiguée pendant la journée.</p>	<p>Classification de la fragilité des personnes atteintes de démence.</p> <p>Le degré de fragilité correspond au degré de démence.</p> <p>Les symptômes courants de démence légère inclus : l'oubli des détails d'un événement récent mais le souvenir que l'événement a eu lieu, la répétition de la même question / histoire et le retrait social.</p> <p>Dans la démence modérée, la mémoire récente est très altérée, même si les personnes peuvent bien se rappeler des événements de leur vie passée. Ils peuvent faire des soins personnels avec incitation.</p> <p>Dans la démence grave, elles ne peuvent pas faire les soins personnels sans aide.</p>
 <p>5 Légèrement fragile - Personnes qui ont souvent un ralentissement plus évident, et ont besoin d'aide dans les activités d'ordre élevé de la vie quotidienne (finances, transport, grosses tâches ménagères, médicaments). Généralement, la fragilité légère empêche progressivement de faire les courses, de marcher seul dehors, de préparer les repas et de faire le ménage.</p>	
 <p>6 Modérément fragile - Personnes qui ont besoin d'aide pour toutes les activités à l'extérieur et pour l'entretien de la maison. À l'intérieur, elles ont souvent des problèmes pour monter/descendre les escaliers, ont besoin d'aide pour prendre un bain et pourraient avoir besoin d'une aide minimale (être à côté) pour s'habiller.</p>	

Score prévu initialement pour l'évaluation de la fragilité des personnes âgées dans le cadre des soins intensifs

Source : https://geriatrie.be/media/2020/03/CFS_FR.pdf?v=20200331

Annexe 7 : L'échelle de performance de l'organisation mondiale de la santé

DÉFINITION ET CRITÈRES DES NIVEAUX

0 : activité normale sans restriction

1 : activité restreinte pour des activités physiques importantes, mais patient ambulant et capable de fournir un travail léger

2 : ambulant et capable de se prendre en charge, mais incapable de fournir un travail et alité pendant moins de 50 % de son temps

3 : capacité de prise en charge propre beaucoup plus limitée. Passe plus de 50 % de son temps au lit ou dans une chaise.

4 : le patient reste totalement confiné au lit ou dans une chaise.

5 : décès

Le score de performance de l'OMS est un système de classification qui évalue le bien-être général et les activités quotidiennes d'un patient atteint d'un cancer. La classification reflète le degré d'autonomie du patient au moment du diagnostic et repose sur un système de points allant de 0 à 5.

Source : <https://www.arcagy.org/infocancer/en-savoir-plus/le-cancer/les-echelles-de-performance-l-etat-general/les-moyens-d-evaluation.html/>

RÉFÉRENCES

1. DRESS. Enquête Urgences 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-urgences-2023> (2023).
2. DRESS. Les établissements de santé 2021 - Les chiffres clés | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/infographie-video/les-etablissements-de-sante-2021-les-chiffres-cles>.
3. P. Le Conte, E. Batard, & G. Potel. Fin de vie aux urgences : une mission incontournable en quête d'améliorations. *Ann. Fr. Médecine D'urgence* 8, 215–216 (2018).
4. Dr. Françoise LALANDE. La mort à l'hôpital Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales. (2009).
5. C. ROTHMANN, D. EVRARD. La mort aux urgences. (2005).
6. Erwin J. O. Kompanje. The worst is yet to come. Many elderly patients with chronic terminal illnesses will eventually die in the emergency department. (2014).
7. APM Santé. SAMU-URGENCES DE FRANCE A RECENSÉ '43 DÉCÈS INATTENDUS' DEPUIS LE 1ER DÉCEMBRE 2022. https://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/samu-urgences-de-france-a-recense-43-deces-inattendus-depuis-le-1er-decembre-2022/new_id/68891 (2023).
8. SAMU Urgences de France. La situation des SMUR et des urgences continue de se dégrader inexorablement ! RÉSULTATS DE L'ENQUETE SUDF ETE 2023 : QUEL BILAN POUR LES URGENCES ET LES SMUR ? (2023).
9. J.-B. Bichat · C. Rothmann · P.-E. Bollaert · X. Ducrocq. Fin de vie et soins palliatifs en médecine d'urgence : à propos d'une enquête nationale de pratique. (2013).
10. LOI N° 2002-303 Du 4 Mars 2002 Relative Aux Droits Des Malades et à La Qualité Du Système de Santé (1). 2002-303 (2002).
11. LOI N° 2005-370 Du 22 Avril 2005 Relative Aux Droits Des Malades et à La Fin de Vie (1). 2005-370 (2005).
12. LOI N° 2016-87 Du 2 Février 2016 Créant de Nouveaux Droits En Faveur Des Malades et Des Personnes En Fin de Vie (1). 2016-87 (2016).
13. LOI No 99-477 Du 9 Juin 1999 Visant à Garantir Le Droit à l'accès Aux Soins Palliatifs (1). 99-477 (1999).
14. SFAP. Sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès. (2017).
15. SFAP. Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes : recommandations chez l'adulte et spécificités au domicile et en gériatrie. (2010).
16. HAS. Recommandation HAS 2020 : 'Comment mettre en oeuvre une sedation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ?' (2020).
17. SFMU-SFAP. Procédure d'aide à la décision de Limitation et Arrêt de Thérapeutiques lors d'une prise en charge en urgence. (2020).
18. SFMU/SRLF. Limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence. (2018).
19. SFAP. La sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès (SPCMJD) en hospitalisation à domicile. (2022).
20. May Sophie. Décès inattendus au Service d'Accueil des Urgences : Étude pilote mono-centrique descriptive. (2020).
21. CELLERIER Martin. Mise en place d'une fiche de LATA au service d'accueil des urgences du CHRU de Besançon. (2019).
22. CépiDc. Grandes causes de décès en 2021 et tendances récentes. <https://www.cepidc.inserm.fr/donnees-et-publications/grandes-causes-de-deces-en-2021-et-tendances-recentes> (2023).
23. Bilan démographique 2023 - Insee Première - 1978. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7750004>.

24. 594 000 personnes décédées en France en 2016, pour un quart d'entre elles à leur domicile - Insee Focus - 95. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3134763#>.
25. Les droits de la fin de vie en France | Fin de vie Soins Palliatifs. *Parlons Fin de Vie* <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/mes-droits/>.
26. Fin de vie soins palliatifs centre national. L'aide active à mourir.
27. Sénat. Hôpital : sortir des urgences - Rapport. *Sé debates* <https://www.senat.fr/rap/r21-587-1/r21-587-1.html> (2023).
28. HAS. Évaluation de la prise en charge des urgences-SAMUSMUR et soins critiques selon le référentiel de certification. (2020).
29. DRESS. La démographie des professionnels de santé | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/la-demographie-des-professionnels-de-sante>.
30. Cour des comptes. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités - Rapport public annuel Cour des comptes. (2019).
31. Preau, M. & Papin-Couturier, O. Fin de vie aux urgences. (2008).
32. B. Tardy A. Viallon. Fin de vie aux urgences Death of terminally ill patients in the emergency department.pdf. (2005).
33. Philippe Le Conte David Riochet Eric Batard Christelle Volteau Bruno Giraudeau Idriss Arnaudet Laetitia Labastire Jacques Levraut Frédéric Thys Dominique Lauque Claude Piva Jeannot Schmidt David Trewick Gilles Potel. Death in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. (2010).
34. P. Vaïtinada Ayar *et al.* Évaluation des prises de décisions de limitations et d'arrêt des thérapeutiques chez les patients décédés aux urgences. *Ann. Fr. Médecine D'urgence* 8, 217–222 (2018).
35. L. Bérard, J. Zeller, & M. Schaeffer. Décès et limitations thérapeutiques aux urgences : étude rétrospective des pratiques dans un centre hospitalier français pendant quatre ans. *Ann. Fr. Médecine D'urgence* 8, 223–230 (2018).
36. Ferrand, E. Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte.Recommandations de la Société de réanimation de langue française. *Réanimation* 11, 442–449 (2002).
37. Sardin, B. *et al.* Équipo tences entre les benzodiazépines. Propositions de Limoges. *Médecine Palliat.* 20, 144–150 (2021).
38. J. Béreau *, A. Reix , I. Faure , C. Gabinski. Mise en place et premières évaluations d'un protocole d'aide à la décision éthique dans un service d'urgence. (2013).
39. E. Rouff , & , F. Braun. Emergency Department Observation Unit (EDOU) : changer de paradigme sur l'UHCD en France ? (2022).
40. Les établissements de santé. Fiche 25 La médecine d'urgences. (2021).
41. HAS. Prendre en charge une personne âgée polypathologique en soins primaires. (2015).
42. Institution de la sécurité sociale. Art. 19bis | Législation. <https://www.secu.lu/assurance-maladie/livre-i/chapitre-ii-objet-de-lassurance/prestations-de-soins-de-sante/art-19bis/>.
43. Edouard Ferrand, René Robert, Pierre Ingrand, François Lemaire,. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. (2001).
44. Frasca, M. *et al.* Sedation practices in palliative care services across France: a nationwide point-prevalence analysis. *BMJ Support. Palliat. Care* 13, e1326–e1334 (2023).
45. Edouard Ferrand & Jean Marty. Prehospital withholding and withdrawal of life-sustaining treatments. The French LATASAMU Survey. (2006).
46. Matthieu Le Meur, Laurent Lainé, Nicolas Roucaud, Nelly Muller, Rémi Paulet, & Martial Thyrault, Jean-Michel Coudray, Laurent Montesino. Implication insuffisante des médecins généralistes lors des décisions de limitation et/ou d'arrêt des traitements au sein d'un service de réanimation. (2014).
47. Ph. LE CONTE. Mise en place d'une procédure de limitation ou d'arrêt des soins actifs dans un service d'urgence 2005. (2005).
48. Véronique Fournier , Denis Berthiau , Emmanuelle Kempf , & , Julie d'Haussy. Quelle utilité des

directives anticipées pour les médecins ? (2012).

49. HAS. Comment mieux accompagner les patients en fin de vie ? (2018).

50. Fin de vie : connaissance par les Français des directives anticipées 2022. *Statista* <https://fr.statista.com/statistiques/1374767/connaissance-francais-directives-anticipees/>.

51. Sophie Pennec, Alain Monnier, Silvia Pontone, Régis Aubry. Les décisions médicales en fin de vie en France. (2012).

52. Alain de Broca, Mama Traore, Frédérique Bajus. Directives anticipées et personne de confiance en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : analyse des entretiens de personnels soignants et administratifs. (2013).

53. HAS. Note méthodologique et de synthèse documentaire « Pourquoi et comment rédiger ses directives anticipées ? ».

54. Anne-Cécile Valsesia a,*,1, , Bernard Paternostre b, , & Carine Crouzet. Directives anticipées dans la relation médecin—malade : points de vue de patients. (208AD).

55. A. Lassalle-Macke, E. Robert, M. Violeau. Limitation et arrêt de thérapeutique(s) active(s) aux urgences. (2019).

56. Gerbeaux, P. *et al.* Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. (2001).

57. M. Bernard BONNE et Mme Michelle MEUNIER,. La prise en charge médicale des personnes en Ehpad : un nouveau modèle à construire. *Sénat* <https://www.senat.fr/rap/r21-536/r21-536.html> (2023).

58. Rapport n° 402 Sénat. Proposition de loi visant à établir le droit à mourir dans la dignité. *Sénat* <https://www.senat.fr/rap/l20-402/l20-402.html> (2023).

59. Mf, T.-L. & Jf, Z. Protocole d'utilisation du midazolam en sédation pour détresse en phase terminale. Toulouse. (2012).

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	1
LISTES DES FIGURES.....	3
LISTES DES TABLEAUX.....	5
LISTES DES ANNEXES	7
LISTES DES ABREVIATIONS	9
INTRODUCTION	11
PREMIÈRE PARTIE : Le service d'accueil des urgences de Besançon	13
1. Organisation du service d'accueil des urgences de Besançon	13
1.1 Les différentes zones du service d'accueil des urgences de Besançon	13
1.2 Le personnel du service d'accueil des urgences de Besançon.....	14
1.2.1 Partie médicale.....	14
1.2.2 Partie paramédicale	14
2. Contexte du service d'accueil des urgences de Besançon	15
3. Travaux effectués concernant les limitations et arrêts des thérapeutiques aux urgences de Besançon	16
DEUXIÈME PARTIE : La fin de vie en France	17
1. Épidémiologie de la mort en France	17
2. Les lieux des décès en France	18
3. Le cadre législatif entourant la fin de vie en France	19
3.1 La loi n° 99-477 du 9 juin 1999	19
3.2 La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, dite « loi Kouchner »	20
3.3 La loi n° 2005-370 du 22 avril 2005, dite « loi Leonetti ».....	20
3.4 La loi du 2 février 2016, dite « loi Claeys-Leonetti »	21
3.5 Distinction entre la sédation profonde et continue jusqu'au décès avec l'euthanasie et le suicide assisté.....	21
3.5.1 La sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ou sédation terminale	22
3.5.2 L'euthanasie	22
3.5.3 Le suicide assisté	22
4. La mort aux urgences	23
5. Les contraintes de la médecine d'urgence	24

6.	Limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence	25
6.1	Limitation des thérapeutiques.....	25
6.2	Éléments à considérer lors de la prise de décision en urgences.....	25
6.3	Projet thérapeutique en urgence	26
6.4	Organisation de l'arrêt des traitements de suppléances aux urgences	27
6.5	Instauration d'une sédation terminale dans le contexte de l'urgence.....	28
6.6	Le don d'organe dans le contexte de l'urgence	28
6.7	Limitations et arrêt des thérapeutiques en préhospitalier	28
7.	Modalités pratiques de mise en œuvre de la sédation profonde et continue jusqu'au décès	29
7.1	Rôle des professionnels impliqués.....	29
7.2	Mise en œuvre thérapeutique.....	30
7.3	Les modalités d'administration	31
7.3.1	La voie intraveineuse.....	31
7.3.2	La voie sous cutanée	31
7.3.3	L'adaptations des doses.....	32
7.4	Les médicaments de seconde intention	32
7.5	Les autres traitements associés.....	33
7.6	Les soins de confort	34
7.7	La surveillance.....	34
TROISIÈME PARTIE : Matériels et méthodes.....		35
1.	Les objectifs	35
2.	Type d'étude	35
3.	Sélection de la population.....	35
3.1	Critères d'inclusion	35
3.2	Critères de non-inclusion.....	35
3.3	Critères d'exclusion	36
4.	Éthique.....	36
5.	Recueil des données.....	36
5.1	Caractéristiques générales des patients	36
5.2	Caractéristiques d'admission des patients	37
5.3	Caractéristiques médicales des patients	37
5.4	Données concernant la limitation des soins	39

5.5 Données concernant l'initiation de la sédation terminale et son suivi jusqu'au décès	39
5.6 Caractéristiques du décès	41
6. Statistiques	41
QUATRIÈME PARTIE : Résultats	43
1. Caractéristiques générales et médicales de la population	44
2. Caractéristiques d'admissions des patients	47
3. Données concernant la limitation thérapeutique	49
4. Données concernant l'initiation de la sédation terminale et sa surveillance jusqu'au décès	54
5. Données concernant les caractéristiques du décès	65
CINQUIÈME PARTIE : Analyse des résultats et discussion	67
1. Les admissions et les décès aux urgences de Besançon	67
2. Les caractéristiques générales de la population	68
3. Les caractéristiques d'admissions de la population	69
4. La décision de limitation et arrêt des thérapeutiques	70
5. Les acteurs impliqués dans le processus de décision collégiale	71
6. Les directives anticipées	73
7. La personne de confiance	73
8. La fiche LATA des urgences de Besançon	74
9. Les caractéristiques des décès	75
10. L'initiation de la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès	76
11. L'ajustements des posologies de la sédation terminale	78
12. La surveillance de la sédation terminale	78
13. Les perspectives	79
14. Les limites de l'étude	81
CONCLUSION	83
ANNEXES	85
RÉFÉRENCES	89
TABLE DES MATIÈRES	93

RÉSUMÉ

CONTE – Nicolas

Thèse soutenue le : 10 octobre 2024

Titre de la thèse : Sédation terminale dans le cadre d'un arrêt des soins : état des lieux des pratiques dans le service d'accueil des urgences de Besançon.

Résumé :

Introduction. La sédation terminale aux urgences, dans le cadre d'une LATA, peut s'avérer complexe pour les médecins urgentistes. L'objectif principal de notre étude est de réaliser un état des lieux concernant ces pratiques aux urgences de Besançon en évaluant l'utilisation des drogues et posologies utilisées. Les objectifs secondaires étant l'analyse de la procédure collégiale et la gestion des proches.

Matériels et méthodes. Il s'agissait d'une étude rétrospective, observationnelle, descriptive et monocentrique, réalisée sur un échantillon de patients du CHU de Besançon, du 01/01/2020 au 31/12/2023, portant sur les patients décédés aux urgences dans le cadre d'un arrêt des thérapeutiques avec sédation terminale.

Résultats. Le midazolam a été utilisé dans 92 % des cas, et l'association d'hypnotiques et d'analgésiques opioïdes était présente dans 94 % des dossiers. En revanche, les recommandations médicales concernant les modalités d'administration des médicaments, leurs posologies et la surveillance de la sédation terminale n'étaient pas suffisamment suivies. Dans seulement 3% des cas, une échelle de sédation était utilisée. Les caractéristiques générales et médicales des patients étaient comparables à celles rapportées dans la littérature. La collégialité a été respectée dans 73 % des cas, la volonté du patient avait été recueillie dans 96 % des situations, et dans 49 % des cas, les proches ont pu être présents lors du décès.

Conclusion. L'évaluation des pratiques professionnelles en matière de sédation terminale dans le cadre des décisions de LATA aux urgences de Besançon montrent que le midazolam et les analgésiques opioïdes sont les médicaments les plus utilisés. Il existe une certaine hétérogénéité des prises en charges concernant les modalités d'administrations, les posologies et la surveillance utilisée soulignant ainsi la nécessité d'établir un protocole de service adapté.

Mots clés : urgences, limitations et arrêt des thérapeutiques, sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès

