

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER**  
**FACULTÉ DE SANTÉ**

---

ANNÉE 2024

2024 TOU3 1549

**THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE**

Présentée et soutenue publiquement

par

**Arthur TREMOUILLE**

le 24 mai 2024

**Etude de la variation dans le temps des décisions de  
limitation et arrêt des thérapeutiques en service d'urgences  
au CHU de Toulouse**

Directeur de thèse : Dr Xavier DUBUCS

**JURY**

Madame le Professeur Sandrine CHARPENTIER

Président

Monsieur le Professeur Yves ROLAND

Assesseur

Monsieur le Docteur Guillaume DUCOS

Assesseur

Monsieur le Docteur Xavier DUBUCS

Suppléant



**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**  
**Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine**  
**2023-2024**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

**Professeurs Emérites**

Professeur BUJAN Louis	Professeur MESTHE Pierre
Professeur CARON Philippe	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur CHAP Hugues	Professeur PARINI Angelo
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur PERRET Bertrand
Professeur LANG Thierry	Professeur ROQUES LATRILLE Christian
Professeur LAROCHE Michel	Professeur SERRE Guy
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur SIZUN Jacques
Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur MARCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**P.U. - P.H.**  
**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
Mme BURAS-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépatogastro-entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELOORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Héliène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERS Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

**P.U. Médecine générale**

Mme DUPOUY Julie  
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)  
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés	
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	<b>Professeurs Associés de Médecine Générale</b> M. ABITTEBOUL Yves M. BIREBENT Jordan M. BOYER Pierre Mme FREYENS Anne Mme IRI-DELAHAYE Motoko Mme LATROUS Leila M. POUTRAIN Jean-Christophe M. STILLMUNKES André
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique	
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence	
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie	
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie	
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	
M. COGNARD Christophe	Radiologie	
Mme CORRE Jill	Hématologie	
Mme DALENC Florence	Cancérologie	
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie	
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie	
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie	
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie	
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale	
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie	
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique	
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique	
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie	
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie	
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence	
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail	
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction	
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	
M. LOPEZ Raphael	Anatomie	
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie	
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie	
M. MEYER Nicolas	Dermatologie	
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale	
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie	
M. PIAU Antoine	Médecine interne	
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive	
M. PUGNET Grégory	Médecine interne	
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie	
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie	
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie	
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie	
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale	
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	
M. TACK Ivan	Physiologie	
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie	
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie	
M. YSEBAERT Loic	Hématologie	

**FACULTE DE SANTE**  
**Département Médecine, Maïeutique et Paramédical**

**MCU - PH**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry  
M. CHICOULAA Bruno  
M. ESCOURROU Emile  
Mme GIMENEZ Laetitia

**Maîtres de Conférence Associés**

**M.C.A. Médecine Générale**

Mme BOURGEOIS Odile  
Mme BOUSSIER Nathalie  
Mme DURRIEU Florence  
Mme FRANZIN Emilie  
M. GACHIES Hervé  
M. PEREZ Denis  
M. PIPONNIER David  
Mme PUECH Marielle  
M. SAVIGNAC Florian

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

## Remerciements aux membres du jury

Au Professeur Charpentier, je vous suis reconnaissant du temps que vous accordez pour la soutenance de cette thèse et de votre implication dans notre formation et le développement de notre spécialité.

Au Professeur Rolland, merci de votre présence au sein de ce jury de thèse. Je n'oublierai pas les enseignements que j'ai reçus lors de mon semestre au post-urgence gériatrie de Purpan grâce à toute l'équipe du service, médicale et paramédicale, et à vous.

Au Docteur Ducos, je tenais à vous remercier sincèrement d'une part pour votre présence et votre intervention sur les limitations thérapeutiques lors de notre séminaire. Ce fut un moment singulier et une ouverture d'esprit sur les décisions de limitations thérapeutiques, ainsi que l'ouverture sur beaucoup d'interrogations et de réflexions futures. Et d'autre part pour avoir accepté de faire partie de ce jury pour cette soutenance.

Au Docteur Dubucs, merci pour ton temps, ta réactivité et tes bons conseils. Merci pour les formations lors des séminaires, sur la gériatrie, les traumatismes crâniens, la rédaction de nos thèses... Merci.

## Remerciements personnels

Aux boy'z, mes gars sûrs, les fratés, Nanard, Mr Frodon, Jul, Val et Doubèche. Merci pour ces années d'externat. Merci pour les rires, merci d'avoir fait de moi un beauf, merci pour les matinées et les soirées avec ou sans boisson, merci pour les journées BU qui finalement n'étaient pas si désagréables. Vous me manquez, et finalement, aussi beaux que vous soyez, je vous aime.

Aux Baluches, Fatou, Léa, Méloche, Aubin, Mon Capitaine, Maxime, Nanarda, Oriana, merci pour ces semaines de vacances détente (ou pas) et ces années à la fac. A la revoyure pour la prochaine aventure, nous irons danser sur la plage tantôt car un jour sans vous c'est trop beaucoup. Je vous embrasse.

A Yannick, mon demi-frère, de faluche et d'amitié. Merci d'être toi, merci de ta présence indéfectible, de ta disponibilité, ton ouverture d'esprit. Tu es un véritable ami, et un pilier sur lequel j'ai la sensation de m'appuyer fréquemment. Merci, je t'aime.

A Axelle, la Maury, ma première fiotte. Heureusement que tu m'as demandé en parrain après une décision longuement réfléchie. Merci d'être ce que tu es. Merci pour les faliversaires et les pâtes au chocolat, les siestes avec un peu trop dans le cornet. Merci d'être dans ma vie.

Au Cluzao, merci d'être l'un des plus vieux amis que j'ai sur cette terre. Merci d'être aussi drôle, parfois à ton insu. Puisse la moustache t'aller aussi bien qu'à Boris. Des bisous mon lapin.

Au Port Béni, les couz, Edsogne, Andréa, KLV (fiotte) et parfois même Milie Loup. Merci pour ces super moments passés sur cette conversation. Vous n'étiez pas qu'une excuse pour ne pas travailler, mais un exutoire et un lieu de détente et de légèreté, ce qui n'était qu'une conversation de PACES est devenue une conversation d'amis et d'éminents professionnels. Merci, Ratsputin et Johnny Hallyday for ever.

A Alexandra, vieille branche, ma comparse depuis la P2, d'exams et de rattrapages. On aura fait un beau bout de chemin ensemble, et nous y voici. Merci pour les rires, les photos d'OB et les balades en forêt et le deuil d'un grand artiste.

A Thomas Lucas, merci d'avoir voulu aider à l'inclusion des patients de ma thèse en cette nuit profonde d'UA. Comme promis, tu mérites ta place dans ces remerciements. Que l'avenir te soit favorable !

A l'hôpital de Lourdes, le bloc et les urgences, vous m'avez appris énormément de choses, de la réduction d'épaule à l'intubation. Merci !

A la colloc Albigeoise, Gwagwa, Lulu et le Q, merci pour ce semestre loin des cafards. Merci pour ces 10 kilos en trop, l'Essonne n'aura jamais aussi bien porté le mulot, merci pour les rires, pour les super films, pour les spectacles d'humoristes, on était mieux chez nous qu'au Cactus.

A Gwagwa, merci pour la démocratie, le vin et le lave-vaisselle. Une formidable rencontre, alors que tu ne viens même pas de la Sainte Limoges, et que tu ne sais pas toujours ce que tu roules...



A Quentin, merci pour les repas, notamment le Dalh, qui est devenu top 3 de mes plats préférés. Merci pour les courses au bord de la Vienne de D4, rendez-vous hebdomadaire immanquable. Merci de nous accueillir chaque année chez Maminou pour les retrouvailles limougeaudes.

A Lulu, même si ça me déplaît un peu de te remercier ici, on aura bien rigolé. Même si l'odeur et les freestyles ne sont pas toujours au rendez-vous, c'était marrant de vivre avec toi. Merci d'être le démon que tu es, puisses-tu t'épanouir et qui sait devenir un jour meilleure que moi à Mario Kart.

Et merci aussi à tous les membres de l'internat d'Albi, les derniers dans ces lieux, pour les repas du midi et les rigolades du soir.

Merci à la réa et les urgences d'Albi, tant les médecins que les paramédicaux, ainsi que mes co-internes. Vous étiez au top et ce fut un plaisir de travailler avec vous, vous m'avez énormément appris et nous avons bien ri. A la revoyure ! On reste sous « pression » (à prononcer avec un fort accent américain).

A la promotion DESMU 5, merci d'être ce que vous êtes. Merci d'être aussi soudés, merci d'être aussi bon délire. Je n'ai pas eu de doute dès le premier jour où je vous ai vus. Ma confiance en vous est totale. J'espère que nous aurons l'occasion de nous recroiser au détour d'un hélicoptère dans notre future vie professionnelle. Je vous souhaite le meilleur !

A Yannus, sacrée rencontre que fut la nôtre. Bien qu'on se soit sans doute croisés dans une station de ski étant plus jeunes et moins couciant. Merci pour les références, merci pour les rires, merci pour les soirées jeux, à bientôt pour le pin-pon et le vroom-vroom. Je t'aime bruh.

A Farré et au Massouille, merci pour ce semestre en gériatrie, malgré ton âge et ton dos bousillé pour l'un, ton inadaptation et tes punchlines pour l'autre, on s'est bien marrés. On monte un court-séjour quand vous voulez.

A Sara, Thomas et Maëva, merci pour cet été avec vous, les enseignements, la sensation d'aller bosser avec des amis, c'est quand même vachement sympa. Je vous embrasse.

To Lev, "I'm Batman", thank you for the hours we passed together, although we were hundreds of kilometers apart. It's always a pleasure to speak or play with you. You're one of the reasons I can understand my english-speaking patients. I hope i'll meet you someday.

A Parrrrrain et Marrrraine, merci de votre investissement dans mes études, du premier stéthoscope à la thèse, il n'y a finalement qu'un pas ! Je vous embrasse.

A Zabou, MichMich et Gaël, comme j'ai eu de la chance de tomber sur une belle-famille aussi chouette que la vôtre. Bien que ça n'ait pas été le cas pour tous, le confinement restera gravé à vie dans mon esprit comme une rencontre singulière avec une seconde famille. Merci d'être vous, merci pour les magrets au barbecue, les apéros au coin du feu, les restos... Merci pour tous ces moments d'allégresse. Je vous aime.

A mes grands-parents, maternels et paternels, merci pour les nombreux souvenirs que je garde avec vous. C'est toujours un plaisir de pouvoir partager du temps avec vous. Merci d'avoir permis autant de réunions familiales sous vos toits. Je vous aime tous.

A mes tantes, oncles, cousins et cousines, grandes tantes et grands oncles, vous êtes une famille unique, et je suis fier d'en faire partie. Je vous embrasse tous.

A mes parents, merci d'avoir été les parents que vous avez été. Mon envie d'aider les autres vient en grande partie de vous, mais aussi de vos parents respectifs. Vous avez toujours été d'un support sans faille, dans les bons comme les moins agréables moments. Merci pour votre éducation et pour les opportunités que vous m'avez offertes.

J'espère un jour pouvoir vous rendre ne serait-ce qu'un peu de ce que vous m'avez donné. Je vous aime.

A Nathalie, ma génitrice. Le monde n'a pas dû porter beaucoup de femmes aussi dévouées que toi. Tu n'imagines pas le confort que c'est de t'avoir et de savoir que tu es toujours à l'écoute. Merci pour ta douceur, ton humour, ton optimisme dont j'espère avoir hérité, ta facilité à vivre... merci pour tout. Je t'aime.

A Thierry, mon cher père. Vous m'avez inculqué des bribes de votre humour, des idées et des caps régissant maintenant ma vie. Votre générosité n'a d'égale peut être que celle de vos propres parents. Je vous suis reconnaissant des sacrifices permanents que vous faites quotidiennement pour nous autres, femme et enfants. Et ce malgré vos (trop) fréquentes hospitalisations. Je vous aime.

A Noémie, ma grande sœur. Merci de ta présence dans ma vie, de la place que tu prends dans mon cœur. Merci de ta disponibilité et ta fiabilité. Merci d'être la petite souris et le grand soleil de notre famille. Je t'aime.

A So(u)fiane, tu auras réussi moult exploits en côtoyant ma sœur. Merci de la rendre aussi heureuse, de l'avoir mise au snowboard (je n'en reviens toujours pas), merci de nous expliquer autant de trucs, je n'hésiterai pas à te consulter en cas de problème, car je suis nul en genou.

A Jules, mon frère, le seul, l'unique, le protubérant, mon meilleur « poste ». Merci d'être là. Merci pour tous ces moments de jeux d'enfance et de souvenirs où je n'ai pas toujours été le plus tendre ni le plus juste. Merci pour les rires, merci pour les larmes. Qu'importe où la vie te mène, je serai là si tu en as besoin. Je ne te souhaite rien de plus que d'être heureux. Je t'aime.

A Léa, merci pour ta présence dans la vie de mon frère, et pour tout ce que tu lui apportes.

Enfin, à Léa, ma chère et tendre, soleil de mes matins et lune de mes nuits. Merci d'être venue te coucher près de moi ce 19 octobre fatidique. Bien que nous n'en ayons guère de souvenirs, ce fut sans nul doute le début de la plus belle chose qui me soit arrivée. Merci d'être toi, merci de me faire autant rire et de me rendre aussi heureux chaque jour. Merci d'être une co-proprétaire aussi facile à vivre. Merci d'être aussi bon public, bon public 🎵 et patiente avec moi. Affairée à écrire ta propre thèse au moment où j'écris ces mots, que tu es belle quand tu travailles.

Je t'aime, et je t'aimerai.

« Ce qui donne un sens à la vie donne un sens à la mort. »

- Antoine de Saint-Exupéry

« Whether you're scared of dying, or dying alone, or dying drunk in a ditch, don't be. It's going to be ok. »

- Michael Scott

« C'est un petit pas pour l'Homme, mais un grand pas pour moi ».

- Arthur TREMOUILLE, enfant.

## Table des matières

I.	INTRODUCTION	1
1.	Historique des lois encadrant la fin de vie en France	1
2.	Mais où meurt-on ?	3
3.	Limitation et arrêt des thérapeutiques (LAT)	4
4.	Les soins palliatifs	5
a.	Définition	5
b.	Structures de soins palliatifs	6
c.	Offre de soin palliatif à Toulouse	6
5.	Le service d'urgence adulte somatique du CHU de Toulouse	7
II.	MATERIEL ET METHODE	8
1.	Objectifs de l'étude	8
2.	Population de l'étude	8
3.	Collecte des données	9
III.	Résultats	11
1.	Population incluse	11
2.	Caractéristiques de la population étudiée	12
3.	Variation dans le temps des décisions de LAT	13
a.	Variation par heure	13
b.	Variation par jour	14
c.	Variation par mois	15
d.	Délai entre l'arrivée et la décision de limitation des thérapeutiques	15
4.	Intervenants dans la décision de limitation thérapeutique	16
5.	Défaillance systémique ayant conduit à la décision de limitation thérapeutique	17
6.	Niveau de limitation thérapeutique en fonction du temps	18
7.	Devenir des patients limités aux urgences du CHU de Toulouse	18
IV.	Discussion	21
V.	Conclusion	26
VII.	Références bibliographiques	27
VIII.	Annexes	29

## Table des figures et tableau

Figure 1: Diagramme de flux des patients possédant une fiche de LAT dans leur dossier suite à une admission au SU du CHU de Toulouse entre 2021 et 2022	11
Figure 2 : Effectif cumulé par heures de décision de LAT sur la période 2021-2022 aux SU du CHU de Toulouse	13
Figure 3 : Effectif de décision de LAT en fonction de la journée ou la nuit sur la période 2021-2022 aux SU du CHU de Toulouse	13
Figure 4 : Effectif cumulé par jour de la semaine de décision de LAT sur la période 2021-2022 aux SU du CHU de Toulouse	14
Figure 5 : Nombre de décisions de LAT par mois et par année sur la période 2021-2022	15
Figure 6 : Délai entre l'admission et la décision de LAT sur la période 2021-2022	15
Figure 7 : Effectif et pourcentage de consultation des spécialistes pour les décisions de LAT sur la période 2021-2022 aux SU du CHU de Toulouse	16
Figure 8 : Effectif cumulé de système défaillant conduisant à une décision de LAT par mois sur la période 2021-2022 aux SU du CHU de Toulouse	17
Figure 9 : Pourcentage de niveau de LAT par mois cumulés sur la période 2021-2022 aux SU du CHU de Toulouse	18
Figure 10 : Effectif de décision de LAT, en fonction de leur niveau et du pourcentage de décès intra-hospitalier sur la période 2021-2022 aux SU du CHU de Toulouse	19
Figure 11 : Lieu de décès des patients après décision de LAT sur la période 2021-2022 aux SU du CHU de Toulouse	19
Figure 12 : Evolution de l'effectif de LAT (à gauche) et du flux aux urgences (à droite) sur la période 2021-2022 aux SU du CHU de Toulouse	29
Figure 13 : Effectif d'admission par mois et par site sur la période 2021-2022 aux SU du CHU de Toulouse	29
Figure 14 : Pourcentage par mois cumulés de décision de LAT en fonction du degré d'autonomie (CSF) sur la période 2021-2022 aux SU du CHU de Toulouse	30
Figure 15 : Clinical Frailty Scale (Score de Fragilité Clinique)	30
Figure 16 : Effectif mensuel de patients infectés par la COVID-19 et pour lesquels une décision de LAT a été prise sur la période 2021-2022 aux SU du CHU de Toulouse	31
Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée	12

## Abréviations

ACR : Arrêt cardio-respiratoire  
ADMD : Association pour le Droit à Mourir dans la Dignité  
AMCT : Accueil médico-chirurgical et traumatique  
AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris  
AVC : Accident vasculaire cérébral  
BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive  
CCMU : Classification Cliniques de Malades aux Urgences  
CHU : Centre Hospitalo-Universitaire  
CIMU : Classification Infirmière des Malades d'Urgences  
CMCT : Consultation médico-chirurgical et traumatique  
CFS : Clinical Frailty Scale  
DIM : Département d'information médicale  
EER : Epuration Extra-Rénale  
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes  
HAD : Hospitalisation à domicile  
HTA : Hypertension artérielle  
LAT : Limitation et Arrêt des Thérapeutiques  
LISP : Lits Identifiés Soins Palliatifs  
IOA : Infirmière d'Orientation et d'Accueil  
IOT : Intubation Orotrachéale  
IRM : Imagerie par résonance magnétique  
SAUV : Salle d'accueil des urgences vitales  
SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence  
SMUR : Structure mobile d'urgence et de réanimation  
SRLF : Société de Réanimation de la Langue Française  
SU : Services d'Urgences  
UHCD : Unité d'hospitalisation de Courte Durée  
UA : Unité Ambulatoire  
UNV : Unité neuro-vasculaire  
VNI : Ventilation Non-Invasive  
VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

## **I. INTRODUCTION**

Le serment d'Hippocrate auquel les médecins sont liés les assermente à « rétablir, préserver et promouvoir la santé dans tous ses éléments », à chaque instant de la vie de chaque être humain, de la naissance à la mort.

La pratique de la médecine n'est pourtant pas immuable, elle varie constamment selon l'évolution de la société et des mœurs, des lois, de l'éthique et de la morale, mais aussi des connaissances et des recommandations scientifiques, et dans une moindre mesure, de l'expérience et la sensibilité de quiconque se voue à l'exercer.

La médecine se doit de respecter la dignité humaine, bien que la définition de cette dernière semble être variable dans le temps et selon les pays. Elle a pour objectif de tendre à la conservation et à l'augmentation de l'autonomie physique, cognitive et psychique de chacun, ce qui pourrait correspondre à la conservation de la dignité humaine selon le traité de Rome (1).

Pourtant, son objectif est contraint de changer et de s'adapter au contexte de la fin de vie. Quid de la conservation de l'autonomie dans le cadre d'une maladie en phase terminale lors d'un épisode de défaillance aiguë, de la souffrance physique ou psychique chez des patients centenaires ? Quand devient-il non éthique de mettre en œuvre tous les moyens médicaux auxquels nous avons accès, pour prolonger une vie, au détriment de sa qualité et du confort de celui qui en jouit ?

C'est dans les années 1970 que le débat sur la fin de vie fait son apparition en France, avec la création en 1979 de l'Association pour le Droit à Mourir dans la Dignité (ADMD), du circulaire Laroque en 1986 qui décrit pour la première fois les soins d'accompagnement comme des soins visant « à répondre aux besoins spécifiques des personnes parvenues au terme de leur existence » (2) puis de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs en 1990.

### **1. Historique des lois encadrant la fin de vie en France**

La première loi à parler de soins palliatifs fut celle du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès pour tous au soulagement et à des soins palliatifs en fin de vie.

La loi du 3 mars 2002, dite loi de Kouchner, introduit et précise le droit de refus de traitement du patient, ainsi que son droit de désigner une personne de confiance.

La loi de 2005, dite loi de Leonetti, introduit la notion d'obstination déraisonnable qu'elle définit comme tout acte ou traitement qui paraît inutile, disproportionné ou n'ayant pour d'autre effet que le seul maintien de la vie. Donnant ainsi le droit au patient de refuser un traitement lui paraissant déraisonnable même si ce refus peut avoir des conséquences vitales sur sa santé. De plus, la loi de 2005 impose cette interdiction d'obstination déraisonnable aux équipes soignantes, ce qui leur permet de ne pas introduire ou d'arrêter des traitements chez un patient qui n'est plus en état d'exprimer sa volonté, lorsqu'elles estiment que leur poursuite n'a plus de sens sur le plan médical et à condition d'en avoir discuté préalablement dans le cadre d'une procédure collégiale (au moins un autre médecin consultant, avec prise en compte des paramédicaux). Elle introduit aussi la possibilité de rédiger des directives anticipées, qui permettent au patient d'exprimer en amont ses volontés en matière de fin de vie dans le cas où il ne pourrait plus le faire lui-même. Ces directives sont alors valables 3 ans, et leur valeur est uniquement consultative pour le médecin.

La loi du 2 février 2016, dite de Clayes-Leonetti modifie les directives anticipées, en supprimant les conditions de durée, et en les rendant contraignantes pour le médecin si ce dernier les considère appropriées. Cette loi ouvre aussi la possibilité pour les patients de demander une sédation profonde et continue jusqu'au décès dans des conditions bien particulières de souffrance reconnue comme insupportable et un décès estimé comme inévitable et imminent.

Les questions sociétales et le besoin de réglementation de cette dernière ont motivé la mise en place d'une convention citoyenne en 2023 (3) sur la question de la fin de vie, avec des idées et des axes de développement autour de la fin de vie. Dans ce rapport, sont mis en avant les besoins de liberté de choix sur le lieu de fin de vie, notamment en faveur d'un décès au domicile sous couvert du développement des soins palliatifs à domicile, la volonté d'un accès plus égalitaire sur le territoire français aux soins palliatifs, le besoin d'augmenter l'accessibilité à l'information sur les directives anticipées et la personne de confiance, notamment en établissement d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes (EHPAD), mais aussi une demande d'ouverture d'un parcours d'aide active à mourir dans un cadre défini pour limiter les dérives et selon des conditions précises d'incurabilité et de souffrance réfractaire physique.



## 2. Mais où meurt-on ?

En France, la majorité des décès ont lieu dans un établissement de santé, 59,2% en 2016 (4) et 53% en 2018 (5), le plus souvent (78%) dans des établissements publics (6).

Jusqu'en 1977, plus de 50% des décès avait lieu au domicile. Cette tendance s'est ensuite inversée avec une part qui est restée relativement stable de décès en établissement de santé, et une augmentation progressive du nombre de décès en EHPAD au détriment du nombre de décès au domicile. (4)

Parmi les décès en établissement de santé, entre 7 et 17% (6) ont lieu dans des services d'urgences (SU), qui sont des services hospitaliers dont la vocation est à « assurer la prise en charge des venues non programmées, dans un établissement de santé public et privé, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, de toute personne sans sélection se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique. » (7)

Dans une population française vieillissante et dont l'âge moyen est passé de 40,6 à 42,4 ans en 10 ans (8), le médecin urgentiste tient donc une place importante et qui va probablement continuer de croître dans la gestion de la fin de vie.

Il est souvent difficile, même lors d'échanges pluridisciplinaires, de déterminer l'intensité que les soins et la prise en charge doit atteindre, notamment pour les patients âgés, les patients ayant une autonomie très altérée avec des défaillances de systèmes chroniques et avancées. Ceci est d'autant plus vrai dans les SU où le soin non programmé et l'enjeu d'une prise en charge et d'une orientation rapide ne permettent pas toujours d'avoir le confort et le recul nécessaire pour prendre des décisions aussi importantes.

Parmi les patients admis dans les services d'urgences, 2,4% (9) sont classés en selon la classification clinique de malades aux urgences (CCMU) au niveau 4 ou 5 à leur sortie du SU, et ayant donc nécessité des soins lourds voire des soins de réanimation. C'est parmi ces patients en état critique que les questions de limitations et d'arrêt des thérapeutiques (LAT) se posent. Un patient se présentant avec une détresse vitale avec un pronostic qui semble dépassé, ou un terrain et des comorbidités ne permettant pas une prise en charge maximaliste en accord avec le bon sens et le respect de sa dignité, peut donc se voir limiter sur le plan des thérapeutiques et des traitements qui lui sont proposés afin de ne pas entrer dans de « l'obstination déraisonnable ».

Sera alors discutée une LAT parfois jusqu'à la mise en place de soins palliatifs.

### **3. Limitation et arrêt des thérapeutiques (LAT)**

La Société de Réanimation de la Langue Française (SRLF) définit la « limitation et arrêt des thérapeutiques », comme la non-instauratation ou la non-optimisation d'une ou plusieurs thérapeutiques curatives ou de la suppléance des défaillances d'organes, dont la conséquence peut être d'avancer le moment de la mort (10). Elle consiste en une limitation sur l'introduction ou l'arrêt des thérapeutiques à visée dites curatives dans les situations où les traitements n'auraient comme unique but que celui de prolonger la vie au détriment du confort de cette dernière. Dans le cadre des limitations les plus sévères, les thérapeutiques sont retirées au profit de soins palliatifs, dont le but premier est de garantir une qualité de vie convenable sans souffrance physique ou morale, bien que leur introduction puisse accélérer la fin de vie. Il est important de préciser que c'est bien la maladie et les défaillances qu'elle entraîne qui tue, et non la décision de ne pas introduire ou de retirer des traitements.

L'arrêt des thérapeutiques entraînant la mise en place d'une sédation terminale est à différencier de :

- L'euthanasie, définie comme un acte ayant pour intention de donner volontairement la mort, qui est punie par le code pénal (Articles 221-1 à 221-5) même en cas de consentement de la victime.
- Du suicide assisté, défini comme une aide apportée à un malade pour qu'il se donne lui-même la mort, et qui est aussi punie par le code pénal (Articles 221-1 à 221-5).

Aux SU, la décision de LAT est guidée par des recommandations rédigées conjointement avec la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) et la SRLF en 2018 (11). Elles y définissent les éléments clés à prendre en compte lors d'une décision de LAT : la volonté du patient s'il est en mesure de la donner ou l'existence de directives anticipées, son âge, son dossier médical, les informations sur son autonomie, sa qualité de vie, l'existence de troubles cognitifs, les possibilités de traitements curatifs, le bénéfice attendu contre la lourdeur des thérapeutiques envisagées et leur impact.

Elles y argumentent aussi l'intérêt d'une réanimation d'attente, de quelques heures, permettant à l'équipe médicale de réunir ces différents éléments sans faire perdre de chance au patient. Le souhait du patient, s'il semble adapté, est toujours à prioriser, et la décision médicale se doit d'être collégiale et pluridisciplinaire (au moins deux médecins, et les personnels paramédicaux en charge du patient), bien que la recherche absolue de cette dernière ne doive pas conduire à une situation d'obstination déraisonnable.

Les entretiens et la décision doivent dans tous les cas être tracés dans le dossier médical, tant la conclusion finale que les arguments ayant conduit à cette dernière (l'évaluation globale du patient, sa clinique, les possibilités thérapeutiques et le respect des grands principes éthiques de bienfaisance, de non-malfaisance, d'autonomie et de justice).

Les décisions de LAT antérieures devront systématiquement être réévaluées, et ne doivent être prises en compte que si elles sont adaptées à la nouvelle situation et aux souhaits du patient.

Une fois la décision de LAT posée, elle définit explicitement quelles thérapeutiques ne seront pas introduites ou seront retirées, et elle reste modifiable en fonction de l'évolution de la situation.

#### **4. Les soins palliatifs**

##### **a. Définition**

Les soins palliatifs ont été définis en France par la loi en 1999 (12) par 3 articles.

Le premier donnant le droit à tous à l'accès à des soins palliatifs et à un accompagnement.

Le second les définissant comme des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.

Le troisième inscrivant dans la loi le droit du patient à s'opposer à une investigation ou une thérapeutique.

Dans le contexte d'une fin de vie estimée proche, il conviendra de mettre en place une sédation terminale avec un traitement hypnotique et antalgique et de la réévaluer

régulièrement. Il conviendra aussi de prendre en charge les autres causes susceptibles de causer de l'inconfort auprès du patient, comme la sensation de soif, l'encombrement ou la fièvre.

### **b. Structures de soins palliatifs**

Les soins palliatifs sont des soins qui peuvent et doivent pouvoir être administrés partout selon la loi de 1992, au domicile ou en institution.

Des services de soins palliatifs à part entière existe, afin de dispenser ces soins, et sont plutôt orientés vers les prises en charges complexes de fin de vie, pour la prise en charge de la douleur physique et psychique avant qu'une sédation profonde est terminale ne soit éthiquement envisageable.

Il existe aussi des lits identifiés de soins palliatifs (LISP), qui ne sont pas liés à une unité de soins palliatifs mais à des services d'autres spécialités dont une part importante de l'activité consiste aussi en la prise en charge de fins de vie. Ces lits permettent aux services en comportant d'avoir une dotation en personnel paramédical majorée et d'obtenir une expertise via des formations dans la gestion de la fin de vie.

### **c. Offre de soin palliatif à Toulouse**

L'offre de soins palliatif Toulousaine est répartie entre le centre hospitalo-universitaire CHU et les différentes cliniques de la ville.

Au CHU de Toulouse, le service de soins palliatifs situé sur le site de Purpan compte 10 lits d'unités soins palliatifs, séparés en 2 ailes distinctes avec 2 médecins postés par jour, permettant de respecter la collégialité médicale en cas de discussion éthique. A titre indicatif, le service de soins palliatifs situé sur le site de Purpan a dénombré 202 passages en 2021, et 224 en 2022, avec une mortalité à 77,9% et 80% respectivement. L'hôpital Joseph Ducuing possède aussi 10 lits d'unités de soins palliatifs.

Vingt-quatre lits supplémentaires sont reconnus comme des « lits identifiés de soins palliatifs », répartis dans différents services au CHU de Toulouse. Ces lits ne sont pas

exclusivement consacrés à dispenser des soins palliatifs mais peuvent aussi être utilisés dans le cadre de la fonction primaire du service.

Il existe aussi deux équipes mobiles de soins palliatifs au CHU de Toulouse, sur les sites de Purpan et de l'Oncopole, qui se déplacent à titre consultatif dans les services ou les structures qui les sollicitent. L'agglomération de Toulouse compte aussi 4 autres équipes mobiles de soins palliatifs, réparties dans les hôpitaux et cliniques de Joseph Ducuing, Pasteur, Lagardelle et aux Cèdres.

## **5. Le service d'urgence adulte somatique du CHU de Toulouse**

Le SU adulte du CHU de Toulouse est organisé sur deux sites, Purpan et Rangueil. En moyenne en 2022, c'est 592 passages par jour (13) qui sont répartis sur les deux sites, avec une proportion d'environ 2/3 pour Purpan et 1/3 pour Rangueil.

Le premier avec une capacité d'accueil simultanée de 55 patients et avec 16 lits d'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) réservées aux urgences somatiques et 10 aux urgences psychiatriques, qui sont reçus en partie aux urgences psychiatriques, attenantes aux urgences somatiques du site de Purpan.

Le second avec une capacité d'accueil simultanée de 35 patients et avec 16 lits d'UHCD.

Chaque site possède des orientations en fonction des services d'aval disponibles, avec un pôle traumatologique, céphalique et psychiatrique à Purpan, et un pôle cardiovasculaire, pneumologique, digestif, urologique à Rangueil.

Les urgences pédiatriques et les urgences gynécologiques sont des services à part entière sur le site de Purpan à l'hôpital des Enfants et l'hôpital Paule de Viguier.

## **6. Décision de limitation thérapeutique (LAT) en service d'urgences**

Il existe à l'heure actuelle peu d'études sur la question de la fin de vie aux urgences et l'étude de ces limitations et arrêt thérapeutiques dans les services d'urgences français.

Ce sujet de thèse s'inscrit dans une dynamique de recherche sur la fin de vie et leur prise en charge aux urgences.

Les décisions de limitations thérapeutiques aux urgences sont-elles soumises à des variations dans le temps ?

Qui participe aux décisions de LAT aux urgences du CHU de Toulouse ? La réalisation de ces limitations respectent-elles les recommandations en fonction de l'heure de la réalisation de cette dernière ? Quelles défaillances sont le plus responsables de décision de LAT ? A quel niveau les patients sont-ils limités, et quelles conséquences ont ces limitations sur les patients, quel est le devenir des patients dont la prise en charge a été limitée après une décision de LAT en service d'urgences ?

## **II. MATERIEL ET METHODE**

### **1. Objectifs de l'étude**

L'étude réalisée pour la rédaction de cette thèse est une étude rétrospective, réalisée au CHU sur les sites de Purpan et Rangueil, avec une inclusion sur la période du 1<sup>er</sup> janvier 2021 au 31 décembre 2022.

L'objectif principal de cette étude était d'étudier la variation dans le temps des décisions des LAT en service d'urgences au CHU de Toulouse sur les années 2021 et 2022.

Les objectifs secondaires de cette étude étaient d'évaluer les intervenants impliqués dans les décisions de LAT en fonction du temps, d'identifier les défaillances systémiques vitales entraînant la décision de LAT en service d'urgences, la répartition des niveaux de LAT réalisées aux urgences et enfin d'étudier la mortalité intra-hospitalière des patients hospitalisés au CHU après décision de LAT en service d'urgences.

### **2. Population de l'étude**

La base de données initiale a été extraite par le Département d'Information Médicale (DIM) en identifiant les patients sur le critère de la présence d'une fiche de LAT éditée et signée lors d'une admission au SU sur la période du 1<sup>er</sup> janvier 2021 au 31 décembre 2022. En théorie, au SU du CHU de Toulouse, une fiche de LAT est rédigée dans le dossier de chaque patient pour lequel une LAT a été décidée.

Ont été exclus les patients dont les dossiers étaient incomplets, et ceux dont la décision de limitation thérapeutique a été posée avant ou après leur passage en service d'urgences. Les caractéristiques de la population sont présentées dans le tableau 1 ci-dessous.

### 3. Collecte des données

Les données extraites des dossiers patients depuis le logiciel Orbis ont été consignées dans une base de données sur le logiciel Microsoft Excel après anonymisation.

Les patients étaient extraits sur le critère d'une consultation aux urgences adultes du CHU de Toulouse et la présence d'une « Fiche de LAT », document spécifique de la procédure de décision de LAT au CHU de Toulouse permettant de remplir les données nécessaires pour garantir la collégialité, l'argumentation et la traçabilité de la décision de limitation thérapeutique.

Il a été possible de collecter des informations concernant la date, l'heure et le mode d'arrivée des patients dans le service des urgences, ainsi que le site et le secteur de leur arrivée (SAUV, secteur couché ou ambulatoire, UHCD...), la classification infirmière des malades des urgences (CIMU) cotée par l'infirmière d'orientation et d'accueil (IOA) et leur lieu de résidence (domicile ou lieu de résidence médico-social)

Les antécédents des patients ont été catégorisés par système concerné, à savoir neurologique (Trouble cognitifs, accident vasculaire cérébral [AVC] ischémique ou hémorragique, épilepsie...) cardiologique (hypertension artérielle [HTA], cardiopathie rythmique, ischémique...), pulmonaire (bronchopneumopathie chronique obstructive [BPCO], asthme, syndrome restrictif...), digestif (cirrhose, ulcère, varice œsophagiennes...), métabolique (Insuffisance rénale chronique, diabète...), infectieux (hépatite, pneumopathie, tuberculose, pyélonéphrite, paludisme, ...) et oncologique (cancer solide ou hémopathie).

Les patients pouvaient avoir plusieurs systèmes cotés comme altérés selon leurs antécédents.

Afin d'identifier les circonstances conduisant à la décision LAT, le degré d'autonomie des patients a été mesurée et cotée à l'aide de la Clinical Frailty Scale (CFS) (14) et des données disponibles dans leur dossier, quand ces dernières étaient présentes, et la cause de la limitation a été relevée :

- Neurologique
- Cardiologique
- Pneumologique
- Digestive

- Métabolique
- Infectieuse

Les heures de la décision de limitation thérapeutique, et le délai entre l'admission et l'heure de la décision d'arrêt thérapeutique ont aussi été relevés, ainsi que si cette dernière avait été signée sur le créneau de la journée (8-18h) ou celui de la garde de nuit (18-8h), qui sont les horaires de poste des médecins sur les sites des SU de Raugeil et de Purpan.

Ont aussi été notées les caractéristiques de la fiche de LAT, avec le nombre de médecins impliqués lors de la prise de décision de limitation thérapeutique, l'implication d'urgentistes, de médecins spécialistes ainsi que l'implication des personnels paramédicaux et la consultation de la famille des patients. Etaient comptées comme participant à la décision la notation explicite dans le compte rendu des urgences ou l'identité renseignée sur la fiche de LAT.

Les recherches et l'existence de directives anticipées ont été rapportées dans le dossier des patients et auprès des familles.

Le niveau de la limitation a aussi été résumé en différentes catégories :

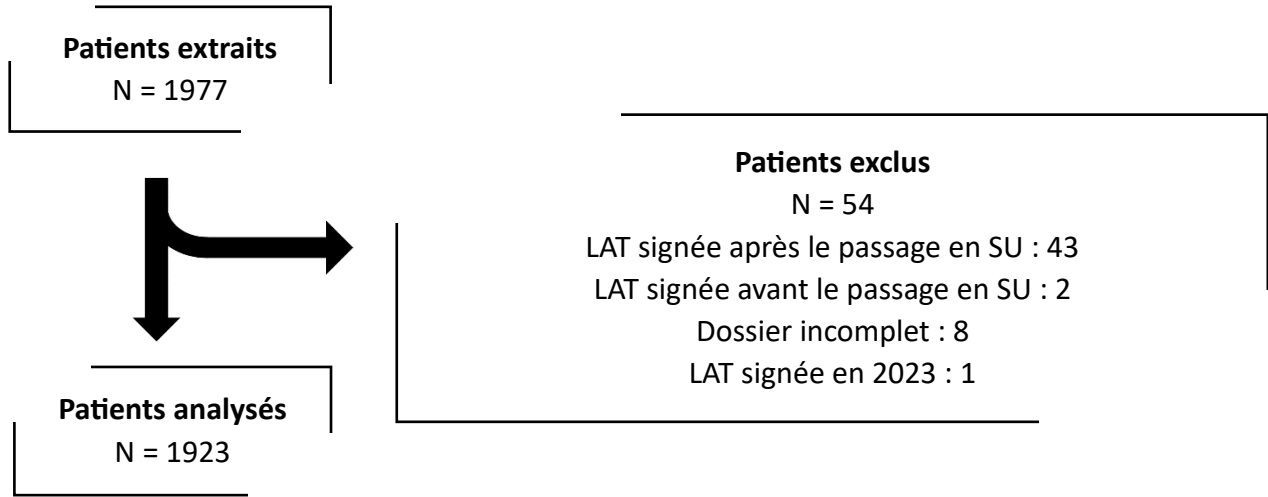
Niveau 1	Pas de massage cardiaque en cas d'arrêt cardio-respiratoire (ACR), pas d'adrénaline, pas d'épuration extra-rénale (EER).
Niveau 2	Pas d'intubation orotrachéale (IOT), pas de ventilation non invasive (VNI), pas d'utilisation des autres amines (noradrénaline ou dobutamine).
Niveau 3	Pas d'introduction de nouveau traitement en cas de nouvelle dégradation.
Niveau 4	Arrêt des thérapeutiques curatives et mise en plus de sédation terminale et continue.

Le devenir intra-hospitalier du séjour des patients au sein du CHU a aussi été rapporté dans la base de données, (sortie des urgences, hospitalisation au CHU ou transfert vers un autre établissement ou décès du patient).



### III. Résultats

#### 1. Population incluse



**Figure 1: Diagramme de flux des patients possédant une fiche de LAT dans leur dossier suite à une admission au SU du CHU de Toulouse entre 2021 et 2022**

## 2. Caractéristiques de la population étudiée

Effectif total	1923
Âge	84,9 ± 11,28
Sexe	
Homme	830 (43,2%)
Femme	1093 (56,8%)
Lieu de vie	
Domicile	1031 (53,6%)
Structure médicalisée	892 (46,4%)
Autonomie (Echelle CFS)	
1	0 (0%)
2	3 (0,2%)
3	8 (0,4%)
4	13 (0,7%)
5	110 (5,7%)
6	266 (13,8%)
7	609 (31,7%)
8	558 (29%)
9	21 (1,1%)
Données manquantes	335 (17,4%)
Mode de transport d'admission	
SMUR	757 (39,4%)
VSAV	622 (32,3%)
Ambulance privée	430 (22,4%)
Transport personnel	50 (2,6%)
Taxi	2 (0,1%)
Données manquantes	62 (3,2%)
Site d'admission	
Rangueil	976 (50,8%)
Purpan	947 (49,2%)
CIMU à l'IOA	
1	100 (5,2%)
2	808 (42%)
3	621 (32,2%)
4	21 (1,1%)
5	0 (0%)
Données manquantes	374 (19,4%)
Lieu d'admission	
AMCT	825 (42,9%)
SAUV	681 (35,4%)
UA/CMCT	6 (0,3%)
UHCD	2 (0,1%)
Urgences psychiatriques	1 (0,1%)
Données manquantes	408 (21,2%)
Antécédents	
Cardiologique	1465 (76,2%)
Neurologique	1222 (63,5%)
Métabolique	991 (51,5%)
Oncologique	571 (29,7%)
Digestif	566 (29,4%)
Pneumologique	421 (21,9%)
Infectiologique	249 (12,9%)

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation ; VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes ; CIMU : Classification Infirmière des Malades des Urgences ; AMCT : Accueil médico-chirurgical et traumatique ; SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales ; UA : Urgences ambulatoires ; CMCT : Consultation médico-chirurgicale et traumatique.

**Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée**

### 3. Variation dans le temps des décisions de LAT

#### a. Variation par heure

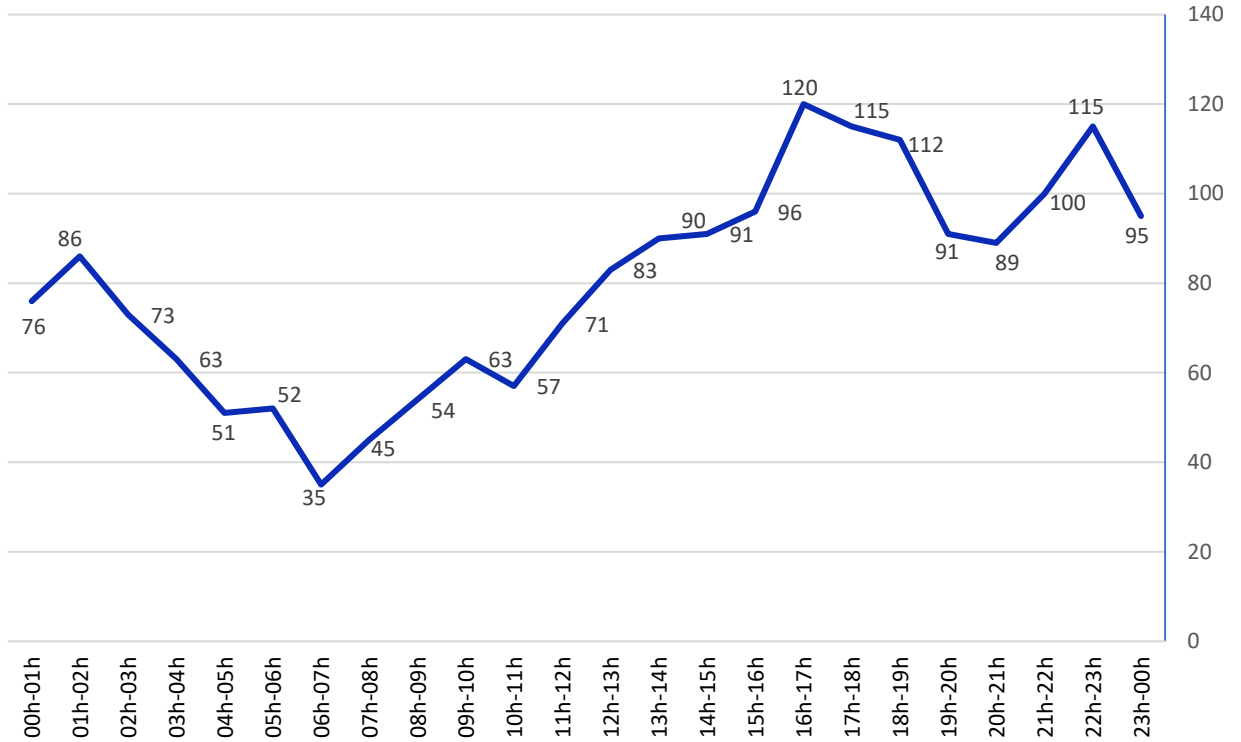


Figure 2 : Effectif cumulé par heures de décisions de LAT sur la période 2021-2022 aux SU du CHU de Toulouse

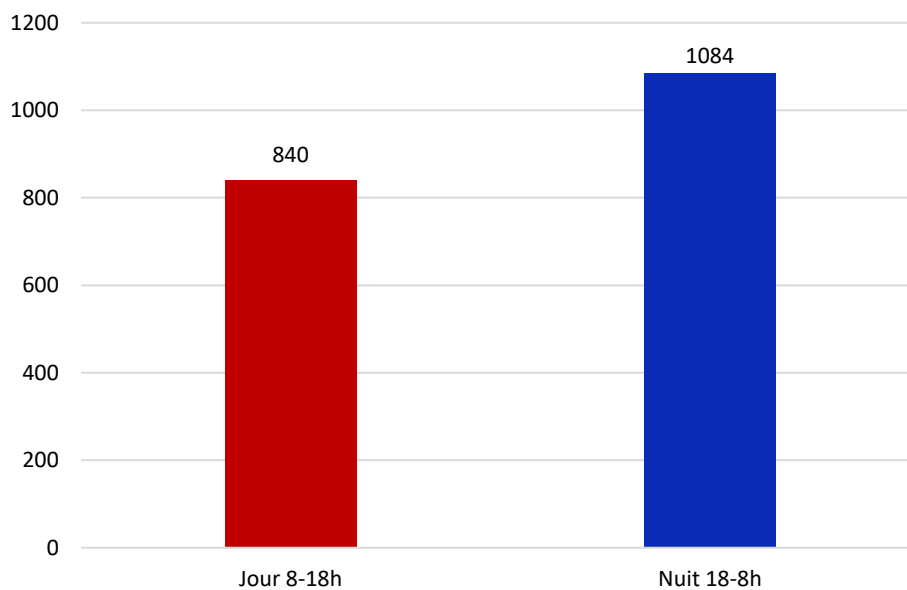
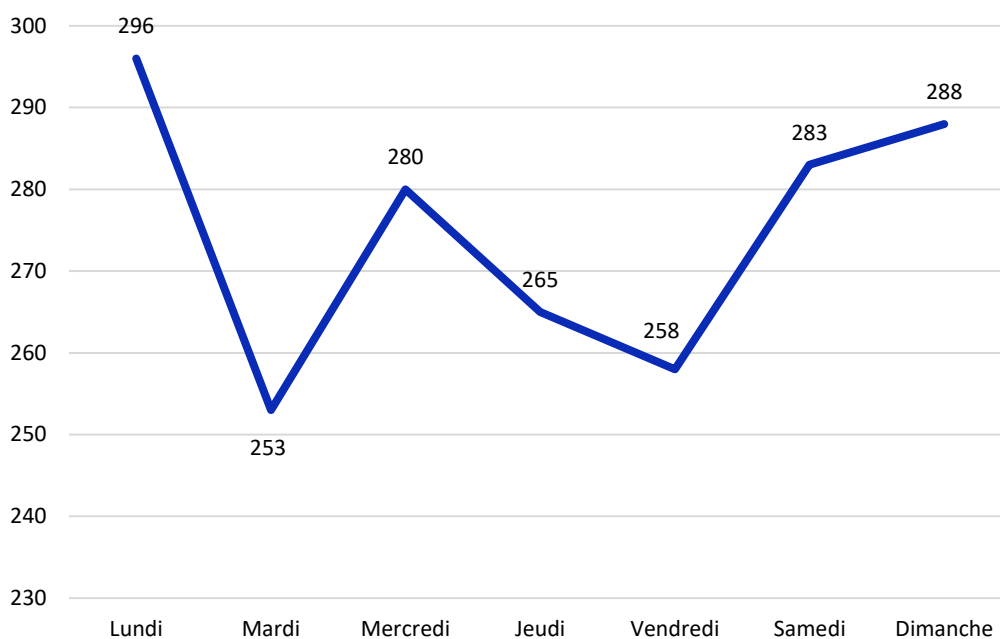


Figure 3 : Effectif de décisions de LAT en fonction de la journée ou la nuit sur la période 2021-2022 aux SU du CHU de Toulouse

Parmi les patients pour lesquelles une décision de LAT a été actée aux urgences, 43,7% d'entre elles ont été signée pendant la journée contre 56,8% pendant la nuit.

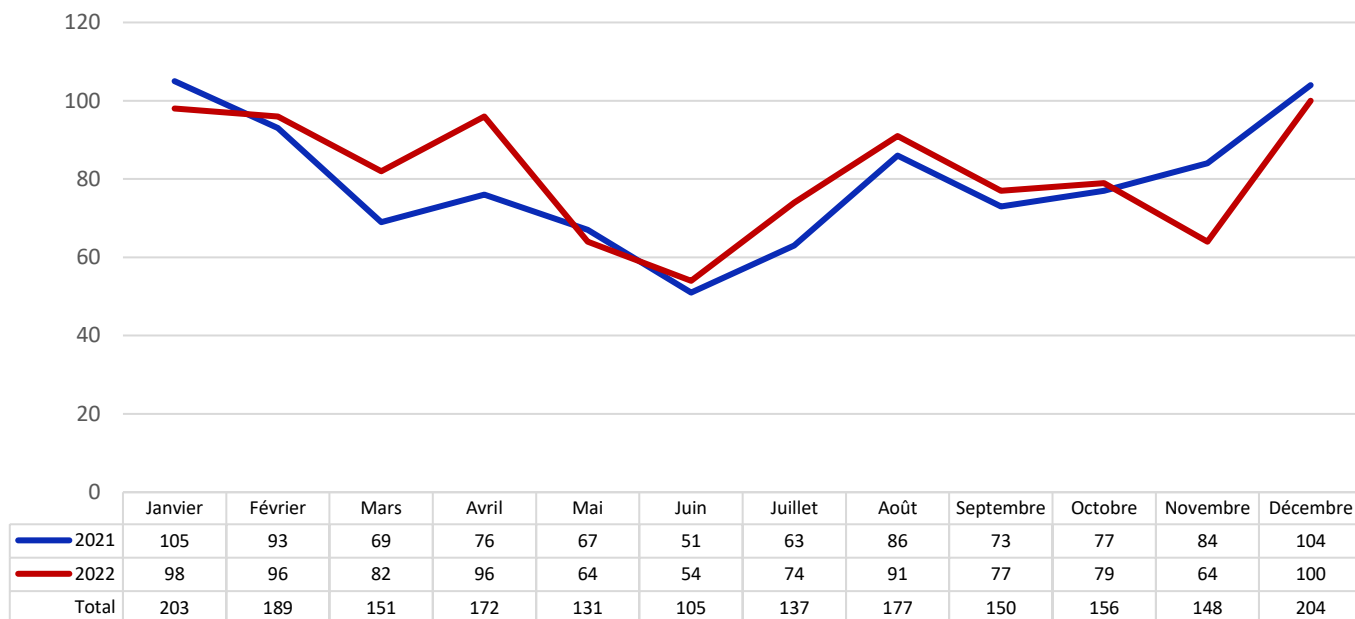
#### b. Variation par jour



**Figure 4 : Effectif cumulé par jour de la semaine de décisions de LAT sur la période 2021-2022 aux SU du CHU de Toulouse**

En moyenne, c'est 2,7 décisions de LAT qui sont prononcées aux SU du CHU de Toulouse par jour.

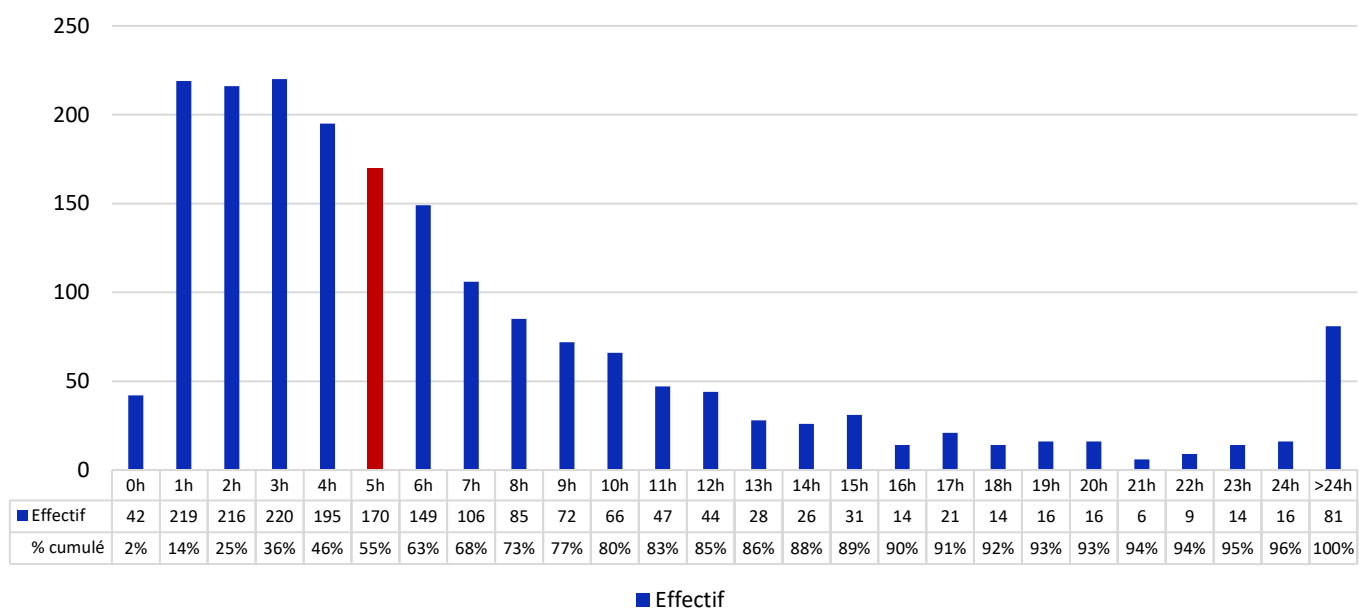
### c. Variation par mois



**Figure 5 : Effectif de décisions de LAT par mois et par année sur la période 2021-2022 aux SU du CHU de Toulouse**

Au total sur l'année, les 1923 décisions de LAT sur 2021 et 2022 représentent 0,8% de l'activité du SU du CHU de Toulouse sur 239 119 admissions.

### d. Délai entre l'arrivée et la décision de limitation des thérapeutiques



**Figure 6 : Délai entre l'admission et la décision de LAT sur la période 2021-2022 aux SU du CHU de Toulouse**

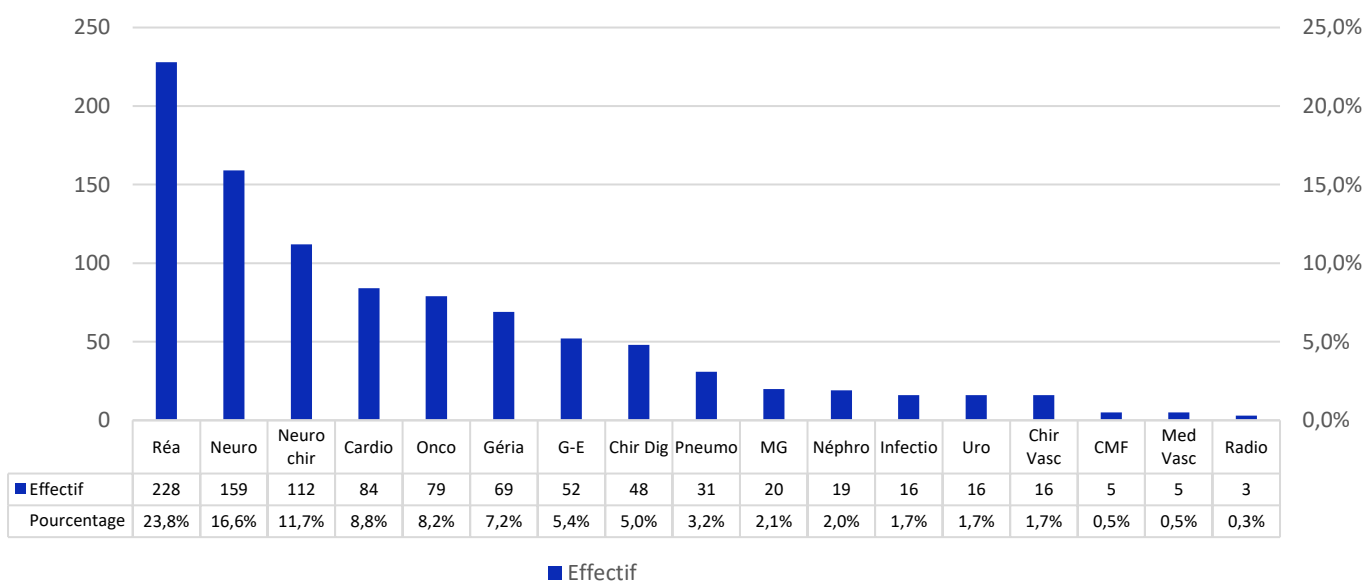
Sur l'effectif des patients étudiés, la durée médiane de prise de décision de LAT était de 5h (1<sup>er</sup> interquartile : 3h ; 3<sup>ème</sup> interquartile : 9h).

#### 4. Intervenants dans la décision de limitation thérapeutique

La décision de limitation thérapeutique était rédigée sans discussion collégiale consignée dans le dossier dans 6% des cas. Ce pourcentage était plus élevé sur les horaires du poste de nuit (18-8h) à 8,08% par rapport à celles de la journée (8-18h) à 4,22%.

Au moins un autre médecin urgentiste était consulté dans la décision dans 85,9% des cas la journée, contre 81% des cas la nuit.

Un médecin spécialiste était consulté dans la décision dans 38,6% la journée contre 35,6% la nuit.



Réanimateur ; Neurologue ; Neurochirurgien ; Cardiologue ; Oncologue ; Gériatre ; Gastro-entérologue ; Chirurgien digestif ; Pneumologue ; Médecin généraliste ; Néphrologue ; Infectiologue ; Urologue ; Chirurgien vasculaire ; Chirurgien maxillo-facial ; Médecin vasculaire ; Radiologue.

**Figure 7 : Effectif et pourcentage de consultations des spécialistes pour les décisions de LAT sur la période 2021-2022 aux SU du CHU de Toulouse**

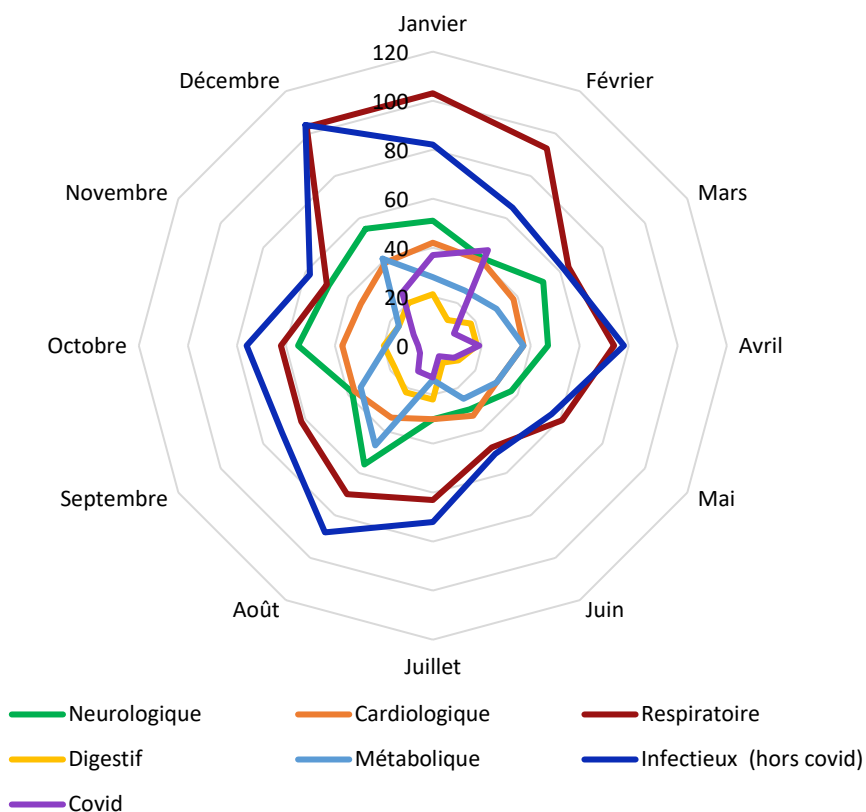
Les personnels paramédicaux ont été consultés dans 27,6% des cas. Une diminution de leur implication était notable lors des heures de relèves infirmières (qui ont lieu à 7h et 19h

aux urgences du CHU de Toulouse) avec une moyenne du pourcentage d'implication dans les décisions de fin de vie qui s'abaisse à 17,1%.

La famille était consultée dans 83% des décisions de limitation thérapeutique. Ce pourcentage diminuait la nuit (71,3%) et notamment en nuit profonde (de 3 à 6h) avec un taux de consultation qui était de 50%.

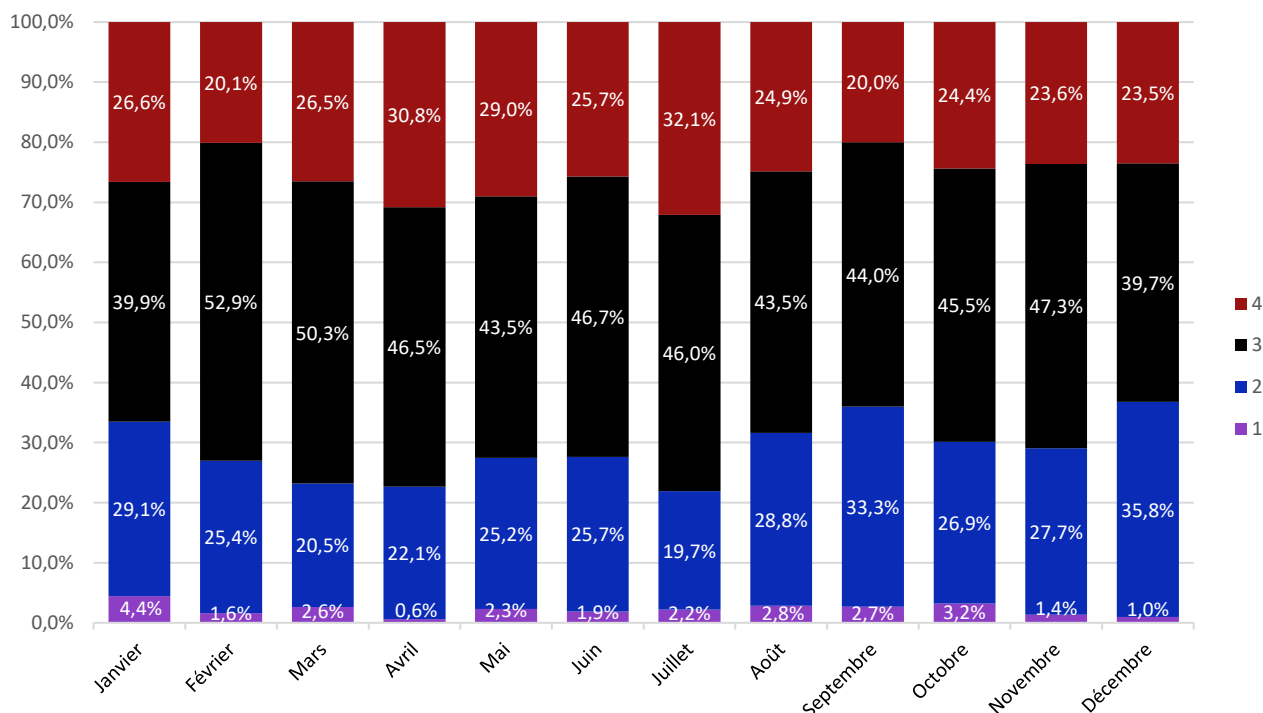
### 5. Défaillance systémique ayant conduit à la décision de limitation thérapeutique

Les principales causes ayant entraîné une décision de limitation thérapeutique étaient en premier lieu les causes infectieuses (44,8%) et pulmonaires (43,8%), venaient ensuite les causes neurologiques (28,3%), cardiologiques (22,4%), métaboliques (19,6%) et enfin digestives (10,7%).



**Figure 8 : Effectif cumulé de systèmes défaillants conduisant à une décision de LAT par mois sur la période 2021-2022 aux SU du CHU de Toulouse**

## 6. Niveau de limitation thérapeutique en fonction du temps



1 : Limitation sur le massage en cas d'ACR, l'adrénaline et l'EER ; 2 : Pas d'IOT, de VNI, pas d'utilisation des autres amines (dobutamine et noradrénaline) ; 3 : Pas d'introduction de nouveau traitement en cas de nouvelle dégradation ; 4 : Arrêt des thérapeutiques curatives et mise en place de sédation terminale et continue

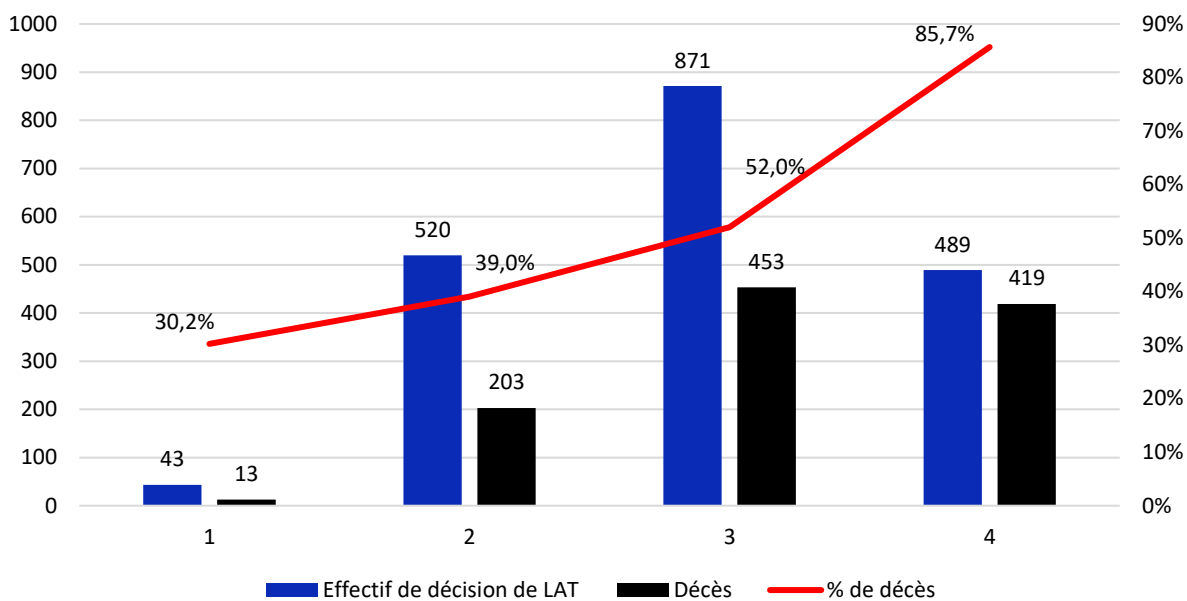
**Figure 9 : Pourcentage de niveaux de LAT par mois cumulés sur la période 2021-2022 aux SU du CHU de Toulouse**

En moyenne sur les deux années, 2,24% des décisions de LAT étaient de niveau 1, 27,04% de niveau 2, 45,29% de niveau 3 et 25,43% de niveau 4.

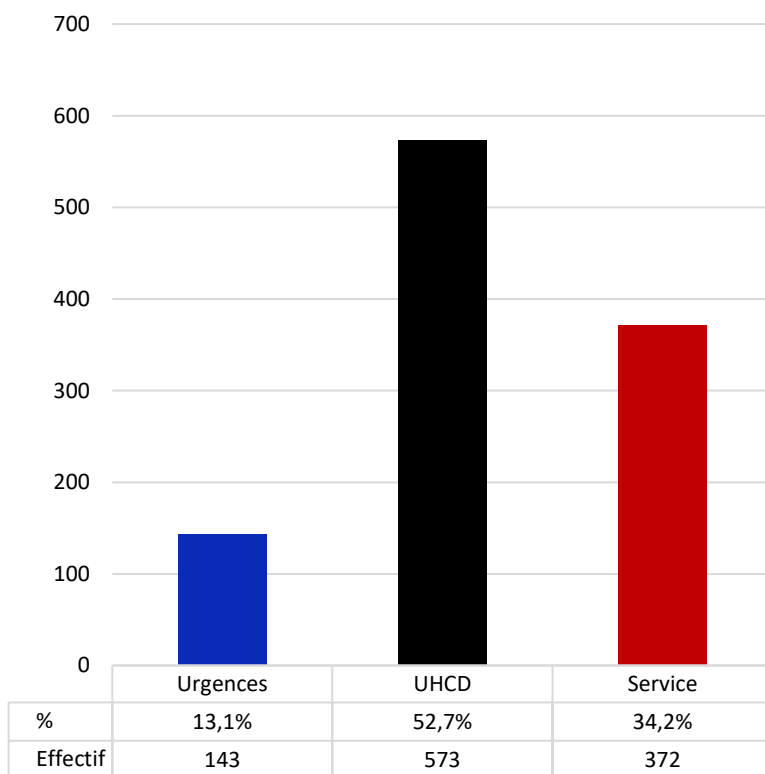
## 7. Devenir des patients limités aux urgences du CHU de Toulouse

Au total, 63,1% (N=1088) des patients pour lesquels une décision de LAT a été prise aux urgences du CHU de Toulouse en 2021 et 2022, et étant restés au CHU à la suite de leur admission aux urgences (N=1724) sont décédés lors de leur séjour. Ce pourcentage ne prenait pas en compte les patients rentrés au domicile ou ayant été transférés dans une structure de soins hors CHU.





**Figure 10 : Effectif de décisions de LAT, en fonction de leur niveau et du pourcentage de décès intra-hospitalier sur la période 2021-2022 aux SU du CHU de Toulouse**



**Figure 11 : Lieu de décès des patients après décision de LAT sur la période 2021-2022 aux SU du CHU de Toulouse**

La répartition des décisions de LAT sur les sites de Purpan et Rangueil était équilibré. L'effectif de décès au décours d'une admission et d'une décision de LAT l'était aussi, avec 545 décès à Purpan et 543 à Rangueil.

Les données recueillies sur le devenir des patients après une décision de LAT en service d'urgences du CHU montrent un taux de mortalité à la sortie du CHU de 71,6% pour les patients dont le dernier secteur connu fut l'UHCD. Il est de 68,8% pour ceux dont le dernier secteur connu était le service des urgences et de 47,6% pour ceux qui ont été hospitalisés dans un service de médecine.

#### IV. Discussion

Les résultats de cette étude suggèrent qu'il existe effectivement des variations dans le temps sur les effectifs de décision de LAT, et ce à plusieurs échelles. Par heure dans un premier temps, avec 3 pics d'effectif de décisions de LAT retrouvés, à 16h, 22h et 1h du matin. Il semble cependant que la répartition entre le jour et la nuit selon les créneaux de garde soit cependant équilibrée. 43,7% des décisions de LAT sont prises la journée (8-18h) et 56,3% sont prises la nuit (18-8h) du matin. Selon les mois ensuite avec des vallées dans les effectifs de décision de LAT au début de l'été, en mai et juin. Ces variations ne semblent pas en lien avec des variations de flux de consultations aux urgences (Figure 12 en annexe). Une explication plausible serait l'effectif de recours de consultation pour causes infectieuses plus important en hiver qu'en été, et notamment pour des infections respiratoires (Figure 8). Ce sont ces pathologies qui sont les plus pourvoyeuses de décision de LAT liées à des défaillances en majorité hémodynamiques et respiratoires (15,16). Il semble exister une saisonnalité pour les décès dans des SU chez des patients étant restés plus de 6h dans le service, pour des causes septiques et de défaillances respiratoires, et ce plutôt d'octobre à janvier. (17)

L'étude du degré d'autonomie des patients limités par mois (Figure 14 en annexe) ne montre pas de variation significative. Il ne semble donc pas exister de décision de limitation plus sévère sur des critères d'autonomie au cours du temps.

Le taux de décès semble directement lié au niveau de la décision de LAT (Figure 10). Il est probable que les patients les plus défaillants et qui auraient théoriquement nécessité les soins les plus invasifs soient ceux chez qui une décision de LAT de niveau élevé ait été proposé.

Dans notre étude, la prévalence de mortalité intra-hospitalière était de 63,1%. Nos résultats sont en accord avec une étude récente qui retrouvait une prévalence de mortalité atteignant 77.1 % dans cette population à 21 jours (18). La population de l'échantillon est une population âgée, (84,9 ans en moyenne), majoritairement composée de femme à 56,8%, et vivant au domicile dans 53,6% des cas. L'autonomie de ces patients étaient de manière très fréquente altérées ou très altérées au domicile, avec 74,5% des patients présentant un niveau d'autonomie selon la CFS entre 6 et 8 (Figure 15 en annexe) et donc avec un degré d'autonomie

déjà altéré, avec des patients nécessitant des aides au domicile et n'en sortant plus seuls de leur domicile. Ces données sont superposables à la littérature sur les patients recevant une décision de LAT aux urgences (18). Les patients de l'échantillon avaient principalement des antécédents cardiovasculaires, en premier lieu de l'hypertension, des antécédents de cardiopathie ischémiques ou des troubles du rythme, puis des antécédents neurologiques, avec en majorité des troubles cognitifs ou des AVC ischémiques. Des données similaires sont présentes dans d'autres études sur les populations dont la prise en charge a débouché sur une décision de LAT (15,19).

L'étude des acteurs impliqués montre qu'aux SU du CHU de Toulouse dans 6% des décisions de LAT, aucun autre médecin n'est renseigné dans la fiche de LAT ou dans le dossier contre 20 à 26% dans la littérature (15,18). Bien que cette possibilité semble exister dans les recommandations dans le cadre de la collégialité restreinte (11), elle doit être la plus limitée possible, et notamment hors heures ouvrables. 34 de ces 115 décisions de LAT sans autre médecin consulté ont eu lieu la journée, soit entre 8 et 18h.

Selon la littérature, une concertation entre médecins urgentistes pour la prise d'une décision de LAT est réalisée dans 70 à 80% des cas (15,18). Les limitations sont réalisées avec l'avis d'un spécialiste dans environ 1/3 des décisions de LAT (15,18), et ce, de jour comme de nuit. L'absence de variation du taux de consultations en fonction de l'heure semble en faveur d'une consultation modérée et raisonnée des spécialistes, sans prendre en compte l'horaire de la demande d'avis.

Cependant, la participation des paramédicaux n'est annotée que dans 27,6% au SU du CHU de Toulouse en 2021 et 2022. Ces résultats sont en accord avec la littérature, et ce chiffre est stable sur les dernières années en France (15,18). Ce constat interpelle, étant donné que les effets bénéfiques de la présence d'un infirmier lors des entretiens avec la famille ont été suggérés dans une revue de littérature américaine (19), avec un impact bénéfique dans la prise en charge du patient, la gestion de l'entourage et la transmission des informations de façon loyale entre le patient, les familles et les médecins. De plus, les recommandations de 2018 (11) sont claires sur l'implication des paramédicaux qui doit être systématique, au même titre qu'un médecin consultant extérieur.

Notre étude montre un taux de consultation des familles important avant la décision de LAT. Bien que l'objectif de cette consultation n'était pas relevé, il semble pertinent de penser qu'il pouvait s'agir d'une recherche d'informations cliniques et sur l'autonomie du patient, d'une discussion sur l'existence ou non de directives anticipées, d'une consultation d'annonce ou d'une consultation et demande d'avis des proches. Des études réalisées dans les services de soins intensifs montrent que les proches ne souhaitent pas pour environ la moitié d'entre eux avoir de pouvoir décisionnel dans la discussion de LAT. L'argument avancé étant que le personnel du service prendrait quoiqu'il arrive la meilleure décision. Pour les proches souhaitant s'investir dans la décision de LAT, le but principal était d'aider le personnel du service, faire valoir les dernières volontés de leur proche et parce qu'ils pensaient que leur opinion sur la situation était importante. (20)

Dans notre étude, les vecteurs de transfert des patients dans le cadre d'une fin de vie et par extension d'une décision de LAT sont médicalisés dans 39% des cas. Ce chiffre est cohérent avec la littérature avec un transfert médicalisé dans 47% des cas. Bien qu'aucun traitement de réanimation ne soit réalisé pour 46% des patients pendant leur transfert. (21)

Concernant les directives anticipées, seulement 180 patients (9,3%) dont 95 résidant en structure médicalisée avaient rempli des directives anticipées qui ont pu être consultées par les médecins des urgences.

Une étude de 2019 (22) sur les directives anticipées montre que dans la population française de plus de 50 ans sondée, 40% d'entre eux étaient informés de l'existence des directives anticipées mais seulement 13% avait rédigé des directives anticipées, et 34% envisageaient de le faire. Cette étude étudiait aussi le degré d'information des directeurs d'EHPAD et la mise en place de rédaction de directives anticipées au sein de leur établissement. Si tous étaient informés de l'existence de ces dernières, via les médias, les informations issues du ministère de la santé ou par des canaux professionnels, 75% d'entre eux présentaient le dispositif de manière systématique aux résidents de leur établissement. La rédaction des directives était ensuite consignée dans le dossier médical ou dans le système informatique de l'EHPAD. Parmi les directeurs d'EHPAD estimant connaître précisément le nombre de résidents ayant rédigé des directives anticipées, il était autour de 10% pour 37%

des directeurs d'EHPAD consultés. L'étude ne détaillait pas la proportion exacte de directives anticipées rédigées parmi les résidents des établissements, mais ces chiffres semblent cohérents avec les chiffres de directives anticipées effectivement consultées aux urgences.

Il existe aussi une proportion non négligeable de patients qui sont transférés aux urgences et dont l'espérance de vie était déjà grevée par une pathologie chronique terminale (23). Ces transferts sont le plus souvent liés à des détresses respiratoires, des douleurs et des symptômes gastro-intestinaux et la durée de passage en SU était majorée si les patients vivaient sans partenaire, avaient déjà été hospitalisés une ou plusieurs fois, avec un taux de consultations élevé et avec un long suivi en soins palliatifs (24).

Les points positifs de cette étude sont le nombre important de patients inclus (avec 1923 patients inclus) avec peu de critères d'exclusion et des données récentes acquises sur une présence prolongée. La population échantillonnée est donc au plus proche de la population recevant des décisions de LAT dans les services d'urgences toulousaines et par extension dans les services d'urgences français. Notre étude présente également certaines limites. Tout d'abord, la non-inclusion de patients limités de manière non protocolisée sans rédaction procédurale de fiche de LAT dans le dossier est probablement un facteur confondant de cette étude. Les données de ces patients n'ayant pas été recueillies du logiciel Orbis étant donné que l'existence d'une fiche de LAT sur la période de 2021 à 2022 conditionnait l'extraction des patients. Il est probable que la proportion de consultations des médecins spécialistes soit sous-estimée par notre étude, car les échanges ne sont pas toujours tracés dans les dossiers. Il peut exister un biais de classement concernant l'évaluation de l'autonomie à l'aide de la CFS, car elle a été évaluée rétrospectivement avec les données présentes dans le compte rendu de consultation des urgences. A noter tout de même qu'il semble envisageable qu'une partie des 134 patients transférés dans un autre établissement que le CHU ou les 65 qui sont rentrés au domicile soient tout de même décédés au décours de leur admission aux SU.

L'effectif plus important de décision de LAT pour des causes septiques et des défaillances respiratoires par rapport aux autres causes pourrait être lié à une contrainte temporelle dans la prise en charge du patient, comme le suggère une étude italienne (17), qui montrait une mortalité aux urgences plus précoce pour les arrêts cardiorespiratoires et les chocs

hémorragiques (<6h) par rapport aux causes septiques et aux défaillances respiratoires, et laissant donc plus de temps aux équipes d'établir une discussion et de prendre une décision de LAT.

## VI. Conclusion

Le nombre de décisions de LAT varie au cours du temps aux urgences du CHU de Toulouse sur les années 2021 et 2022, avec des pics horaires en fin d'après-midi et en fin de soirée, journaliers les lundi, mercredi et le week-end, et mensuels notamment en période hivernale. La durée médiane entre l'admission en SU et la décision de LAT est de 5h. Les décisions de LAT étaient collégiales dans 94% des cas, avec au moins un autre médecin urgentiste consulté dans plus de 80% des cas. Plus d'une décision sur trois impliquaient un médecin spécialiste et les paramédicaux l'étaient dans 27,6% des cas. La famille était consultée dans une grande majorité des cas (83%). Les principales étiologies à l'origine de décision de LAT étaient les causes infectieuses avec défaillance respiratoire, et ce, majoritairement en période hivernale. Les patients étaient le plus souvent limités sur l'introduction de nouvelles thérapeutiques après un traitement optimal initial. Cette stratégie ne variait pas au cours du temps. Le taux de mortalité après décision de LAT aux urgences du CHU de Toulouse était de 63,1%. Cette dernière était proportionnelle au niveau de limitation mis en place par l'équipe médicale.

Vu et permis d'imprimer,  
Le 13/05/2024 à Toulouse

La Présidente de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier  
Faculté de Santé  
Par délégation, le Doyen - Directeur du Département de  
Médecine, Maïeutique et Paramédical  
Pr Thomas GEERAERTS



A handwritten signature in black ink, appearing to be "T. Geeraerts".

A handwritten signature in black ink, appearing to be "S. Charpentier".

Professeur Sandrine Charpentier  
Cheffe de service des Urgences adultes  
1 av. du Pr Jean Poulhès CHU Toulouse Rangueil  
Place du Dr Baylac CHU Toulouse Purpan  
31059 TOULOUSE Cedex 9 - Tél. : 05 61 32 33 54  
RPPS 10002872827



## VII. Références bibliographiques

1. Traité établissant une Constitution pour l'Europe, mars 2005.
2. Circulaire Laroque, Direction Générale de la Santé, 26 août 1986, Paris.
3. Convention citoyenne, Fin de vie : Rapport final. Disponible sur : [https://www.lecese.fr/sites/default/files/documents/CCFV/Conventioncitoyenne\\_findevie\\_Rapportfinal.pdf](https://www.lecese.fr/sites/default/files/documents/CCFV/Conventioncitoyenne_findevie_Rapportfinal.pdf).
4. 594 000 personnes décédées en France en 2016, pour un quart d'entre elles à leur domicile - Insee Focus - 95. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3134763>.
5. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France. Disponible sur : [https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2020/10/atlas\\_2020.pdf](https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2020/10/atlas_2020.pdf).
6. La mort à l'hôpital. Dr Lalande F. et Veber O., Inspection générale des affaires sociales, novembre 2009. Disponible sur : [https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/mort\\_alhopital-rm2009-124p.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/mort_alhopital-rm2009-124p.pdf).
7. La médecine d'urgence. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/la-medecine-durgence-0>.
8. Âge moyen et âge médian de la population | Insee. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381476>.
9. Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. Etudes et résultats N° 212 janvier 2003.
10. Ferrand E. Les limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte. Recommandations de la Société de réanimation de langue française. Réanimation. sept 2002;11(6):442-9.
11. Reignier J, Boulain T, Carpentier F, Chouihed T, Del Nista D, Dray S et al. Limitations et arrêts des traitements de suppléance vitale chez l'adulte dans le contexte de l'urgence. Recommandation SFMU et SRLF, mai 2018. Disponible sur : [https://www.sfm.org/upload/consensus/RPC\\_LATenurgencedef\\_2018.pdf](https://www.sfm.org/upload/consensus/RPC_LATenurgencedef_2018.pdf).
12. Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs, Définition des soins palliatifs par la loi "loi de 1999". Article 1er de la loi n°99-477. Disponible sur : <https://www.sfaf.org/system/files/def-loi-1999.pdf>
13. Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, 2022 activités & chiffres clés. Disponible sur : <https://www.chu-toulouse.fr/rapport-d-activite-et-chiffres-cles-2020>.
14. Rockwood K, Theou O. Using the Clinical Frailty Scale in Allocating Scarce Health Care Resources. Can Geriatr J. 1 sept 2020;23(3):210-5.

15. Le Conte P, Riochet D, Batard E, Volteau C, Giraudeau B, Arnaudet I, et al. Death in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. *Intensive Care Med.* Mai 2010;36(5):765-72.
16. Stefanovski PH, Vladimir Radkov R, Lyubomir Ilkov T, Pencho Tonchev T, Yoana Mladenova T, Vihar Manchev K, et al. Analysis of mortality in the emergency department at a university hospital in Pleven. *J Int Med Res.* oct 2017;45(5):1553-61.
17. Valli G, Galati E, De Marco F, Bucci C, Fratini P, Cennamo E, et al. In-hospital mortality in the emergency department : clinical and etiological differences between early and late deaths among patients awaiting admission. *Clin Exp Emerg Med.* 31 déc 2021;8(4):325-32.
18. Douplat M, Berthiller J, Schott A, Potinet V, Le Coz P, Tazarourte K, et al. Difficulty of the decision-making process in emergency departments for end-of-life patients. *Evaluation Clinical Practice.* déc 2019;25(6):1193-9.
19. Le Conte P, Baron D, Trewick D, Touzé MD, Longo C, Vial I, et al. Withholding and withdrawing life-support therapy in an Emergency Department: prospective survey. *Intensive Care Med.* déc 2004;30(12):2216-21.
20. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Adrie C, Annane D, Bleichner G et al. Half the family members of intensive care unit patients do not want to share the decision making, *Crit Care Med* 2004 Vol. 32, No. 9, DOI: 10.1097/01.CCM.0000139693.88931.59,
21. Rothmann C, Evrard D, La mort aux urgences, *JEUR*, 2005, 18, 3-9 ©Masson, Paris, 2005
22. Fin de vie, soins palliatifs, centre national. Les directives anticipées en mai 2019 : situation générale et dans les EHPAD en particulier, 10 mai 2019. Disponible sur : [https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2019/07/Etude\\_BVA\\_directives\\_anticipees\\_2019.pdf](https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2019/07/Etude_BVA_directives_anticipees_2019.pdf)
23. Tardy B, Venet C, Zeni F, Berthet O, Viallon A, Lemaire F, et al. Death of terminally ill patients on a stretcher in the emergency department: a French speciality? *Intensive Care Medicine.* 1 nov 2002;28(11):1625-8.
24. Brites MA, Gonçalves J, Rego F. Admission to the Emergency Department by Patients Being Followed up for Palliative Care Consultations. *IJERPH.* 17 nov 2022;19(22):15204.

## VIII. Annexes

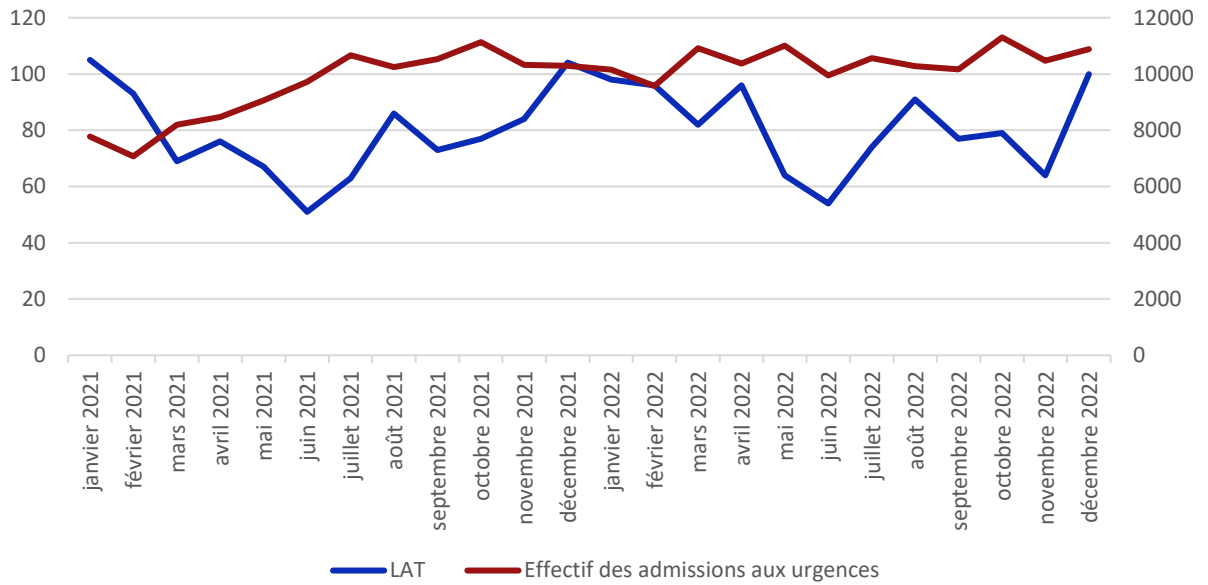


Figure 12 : Evolution de l'effectif de LAT (à gauche) et du flux aux urgences (à droite) sur la période 2021-2022 aux SU du CHU de Toulouse

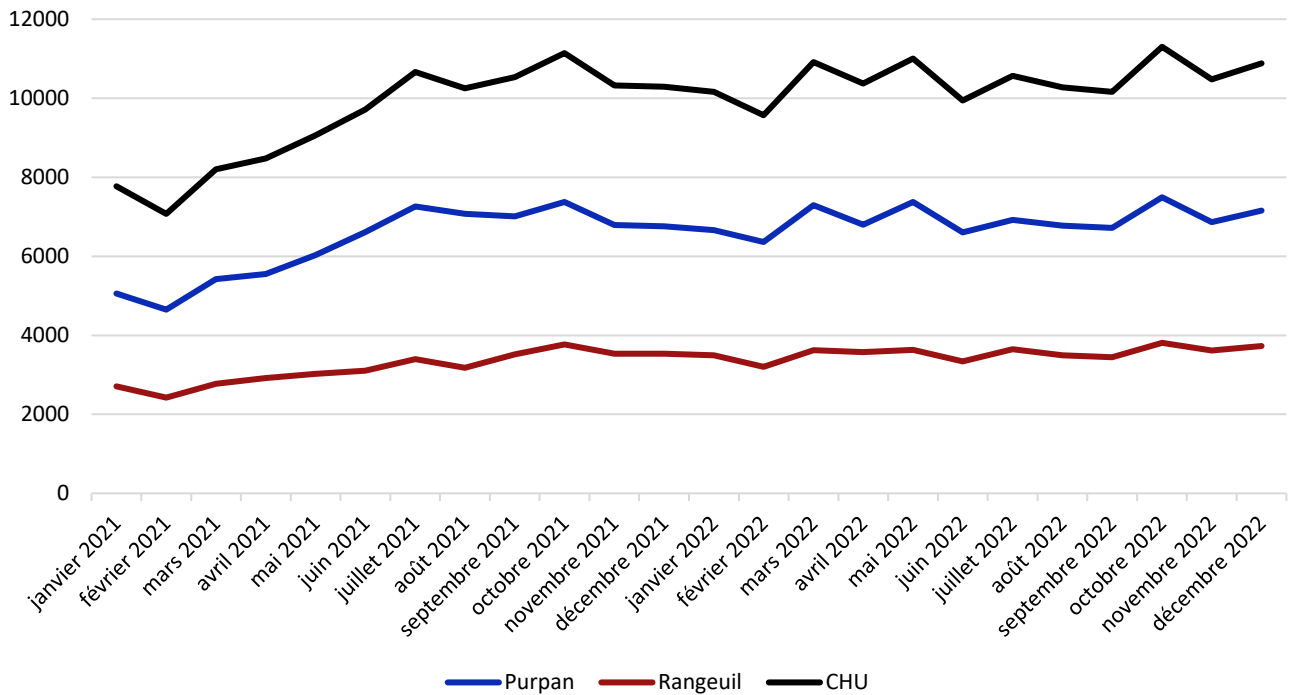


Figure 13 : Effectif d'admission par mois et par site sur la période 2021-2022 aux SU du CHU de Toulouse

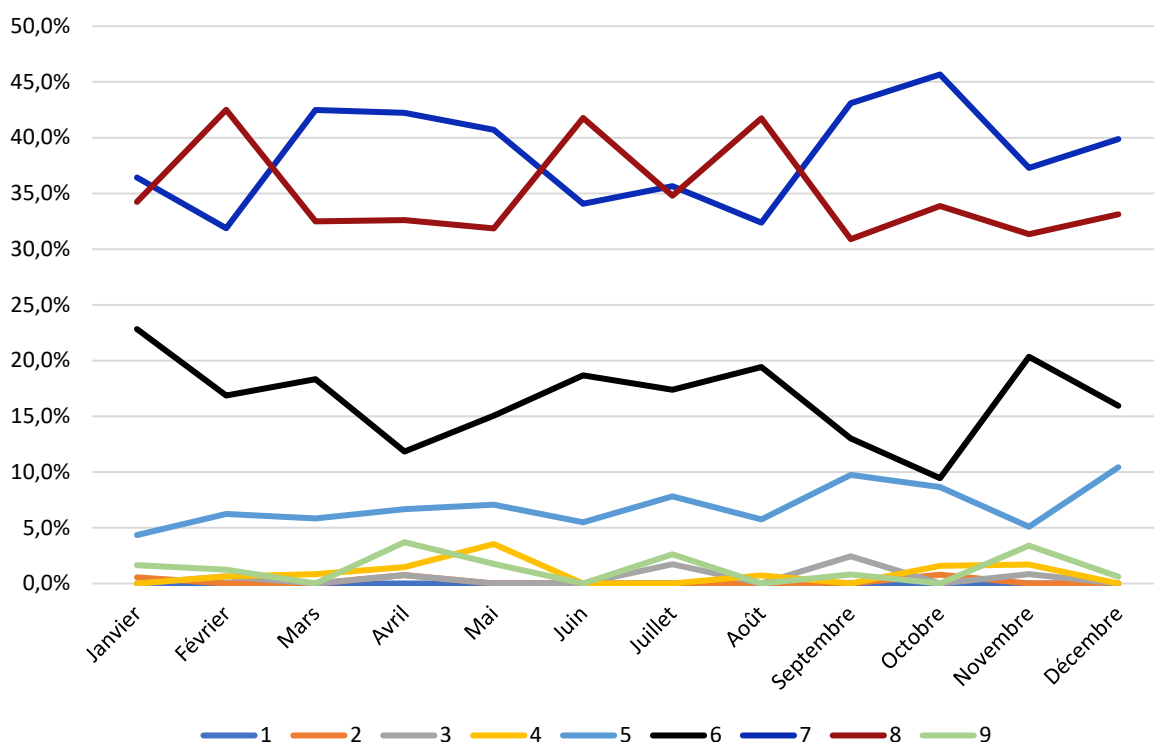


Figure 14 : Pourcentages par mois cumulés de décision de LAT en fonction du degré d'autonomie (CSF) sur la période 2021-2022 aux SU du CHU de Toulouse

### Score de Fragilité Clinique

 <p><b>1 Très en forme</b> - 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><b>7 Sévèrement fragile</b> - <b>Totalement dépendantes pour les soins personnels</b>, 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><b>2 Bien</b> - Personnes qui ne présentent <b>aucun symptôme de maladie active</b> mais sont moins en forme que la catégorie 1. Font souvent, des exercices ou sont très <b>actives par période</b>. (par exemple des variations saisonnières).</p>	 <p><b>8 Très sévèrement fragile</b> - Totalement dépendantes, la fin de vie approche. Typiquement, elles ne pourraient pas récupérer même d'une maladie mineure/ maladie légère.</p>
 <p><b>3 Assez bien</b> - Personnes dont les <b>problèmes médicaux sont bien contrôlés</b>, mais ne sont <b>pas régulièrement actives</b> au-delà de la marche quotidienne.</p>	 <p><b>9 En phase terminale</b> - Approchant la fin de vie. Cette catégorie concerne les personnes ayant une <b>espérance de vie &lt; 6 mois</b>, qui <b>sinon ne sont pas fragiles de façon évidente</b>.</p>

**Classification de la fragilité des personnes atteintes de démence.**

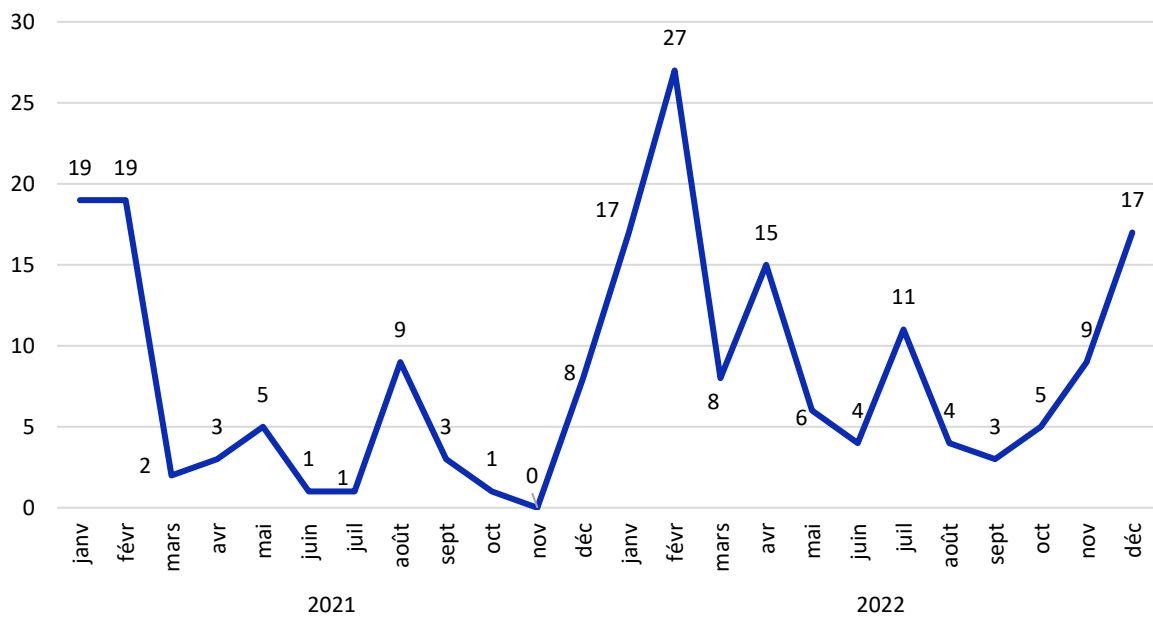
Le degré de fragilité correspond au degré de démence.

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.

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.

Dans la **démence grave**, elles ne peuvent pas faire les soins personnels sans aide.

Figure 15 : Clinical Frailty Scale (Score de Fragilité Clinique)



**Figure 16 : Effectif mensuel de patients infectés par la COVID-19 et pour lesquels une décision de LAT a été prise sur la période 2021-2022 aux SU du CHU de Toulouse**

## Etude de la variation dans le temps des décisions de limitation et arrêt des thérapeutiques en service d'urgences au CHU de Toulouse

---

**Introduction** : Le service des urgences assure une prise en charge des patients, de la simple consultation à la réanimation. Mais il est parfois nécessaire afin de respecter la dignité des patients et la loi de prendre des décisions de limitation et arrêt des thérapeutiques (LAT). Ce travail de recherche en évalue la variation dans le temps au sein du service des urgences du CHU de Toulouse. **Matériel et méthode** : Etude rétrospective sur 2021 et 2022, monocentrique, à partir des dossiers des urgences contenant un document de LAT. **Résultats** : Il existe des variations dans le temps des décisions de LAT, à plusieurs échelles, horaire, journalière et mensuelle. Elles sont réalisées après consultation d'un autre médecin urgentiste ou d'un spécialiste, rarement seule, et ce, sans prendre en compte l'horaire de la décision. La plus grande source de décisions de LAT sont les défaillances respiratoires dans un cadre septique. La mortalité est directement liée au niveau de la LAT. 63,1% des patients ayant reçu une décision de LAT sont décédés au CHU à l'issue de leur séjour. **Conclusion** : Le nombre de décision de LAT varie au cours du temps, selon tous les modes (horaires, journalier et mensuel).

---

**Title** : A limitation of therapeutic effort's variation over time study in Toulouse's CHU emergency department.

**Background** : The emergency department's (ED) takes care of patients, from consultation to intense care. But it is sometimes necessary in order to respect the patient's dignity and the law to establish a limitation of therapeutic effort (LTE). This study evaluates the variation over time of those LTE decisions in Toulouse's university hospital emergency departments. **Method** : Monocentric, retrospective study between 2021 and 2022, conducted on patients' files containing an LTE document written while they were in the ED.

**Results** : The amount of LTE decisions does vary over time, per hour, day and month. LTE are usually decided after consulting another emergency doctor or a specialist, and rarely alone, no matter the time of the day. The main cause of LTE decisions are respiratory failures, often during an infectious event. Mortality increases with the LTE level. 63,1% of patients receiving an LTE die during the following hospitalization. **Conclusion** : There are hourly, daily, and monthly variations in the amount of LTE decisions in the ED.

---

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

---

MOTS-CLÉS : LAT, Services des urgences, mortalité, LTE, Emergency department, mortality

---

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier  
Faculté de Santé de Toulouse  
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

---

Directeur de thèse : Xavier DUBUCS