

UNIVERSITE TOULOUSE III - PAUL SABATIER

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2015

2015 TOU3 1088

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 19 octobre 2015

Par BONOTTO Malory

Née le 24 septembre 1981

Analyse des patients en limitation ou arrêt des thérapeutiques au service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse

Directeur de Thèse : Professeur Vincent BOUNES

JURY

Président de jury : Monsieur le Professeur D. LAUQUE

Assesseur : Madame le Professeur S. CHARPENTIER

Assesseur : Monsieur le Professeur V.BOUNES

Assesseur : Monsieur le Docteur M. BISMUTH

Assesseur : Madame le Docteur E.BRUNEL

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2014

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE D.	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Doyen Honoraire	M. LAZORTHE Y.	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL B	Professeur Honoraire	M. FABIE
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CLAUD	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. BONAFE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. LAZORTHE F.
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. POURRAT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. QUERLEU D.
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ARNE JL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU J.
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER G.
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE J.
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.	Professeur Honoraire	M. PESSEY JJ.
Professeur Honoraire	M. GOUZI		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU		
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER		
Professeur Honoraire	M. PASCAL		

Professeurs Émérites

Professeur LARROUY	Professeur JL. ADER
Professeur ALBAREDE	Professeur Y. LAZORTHE
Professeur CONTE	Professeur L. LARENG
Professeur MURAT	Professeur F. JOFFRE
Professeur MANELFE	Professeur J. CORBERAND
Professeur LOUVET	Professeur B. BONEU
Professeur SARRAMON	Professeur H. DABERNAT
Professeur CARATERO	Professeur M. BOCCALON
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur B. MAZIERES
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur E. ARLET-SUAU
	Professeur J. SIMON

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

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, Transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAUAUD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépto-Gastro-Entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addic
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GAME X.	Urologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. OLIVOT J-M	Neurologie
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAVOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépto-Gastro-Entérologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAÏDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologique
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H. (G.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PLANTÉ P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L.(C.E)	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELOIRD JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.
Professeur Associé en O.R.L.
WOISARD V.

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme GASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
Mme COURBON	Pharmacologie
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DUGUET A.M	Médecine Légale
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES S.	Réanimation
M. SOLER V.	Ophthalmologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
M. TREINER E.	Immunologie
Mme TREMOLLIÈRES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N.	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. DESPAS F.	Pharmacologie
M. EDOUARD T.	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
M. GASO D.	Physiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET S.	Nutrition
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAIREZ O.	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE B.	Biostatistique
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme NASR N.	Neurologie
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M.C.U.	
M. BISMUTH S.	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale
Mme ESCOURROU B.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.
Dr CHICOULAA B.

Dr BISMUTH M
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur D. LAUQUE

Cher Professeur et cher Maître, vous m'avez suivie le long de mon parcours personnel et avez permis la concrétisation de mon projet professionnel. Je suis honorée que vous présidiez ce jury. Veuillez recevoir mes remerciements et soyez assuré de ma profonde estime.

A Madame le Professeur S. CHARPENTIER

Cher Professeur et cher Maître, votre enseignement et votre vision de la Médecine d'Urgence restent des exemples. Je vous remercie de siéger dans ce jury et d'avoir accepté de juger ce travail. C'est un honneur pour moi.

A Monsieur le Docteur M.BISMUTH

Vous avez accepté de siéger à ce jury. Vous m'honorez de votre présence et de votre expérience. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur E. BRUNEL

Vous me faites l'honneur de votre présence dans ce jury. Acceptez mes remerciements pour l'intérêt que vous portez à mon humble travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de tout mon respect.

A Monsieur le Professeur V. BOUNES

Cher Professeur, et cher Maître, je te remercie de m'avoir encadrée et de m'avoir fait confiance pour ce travail. Sois remercié pour ta disponibilité et tes précieux conseils. Accepte toute ma reconnaissance pour ton soutien.

Merci à tous ceux, famille et amis, qui me font l'honneur d'être présents en ce jour si important.

A vous mes chers parents, merci de m'avoir donné les moyens, la force et les clefs pour réussir au mieux ma vie. Maman, merci pour ton amour inconditionnel, pour toujours me soutenir et croire en moi quoique je décide, même si je sais qu'avec cette idée je t'ai fait bien peur. Papa, merci de m'avoir appris, depuis toute petite, la valeur du travail, à repousser toujours plus loin mes limites, et de m'avoir répété qu'en se donnant les moyens rien n'est impossible. Grandir à vos côtés m'a permis d'en être là aujourd'hui. Certaines valeurs ne s'apprennent pas dans les livres.

A mon frère, pour n'avoir jamais douté même quand je n'y croyais plus. Nous deux, pas très proches en apparence, en apparence seulement. « Bonotto un jour, Bonotto toujours ».

A Florence, Rémi et Arthur pour votre soutien sans faille.

A Marraine, aux familles Nicolau, Manaut et Bonotto, merci d'avoir toléré ma si longue absence.

A mes grands parents pour avoir, de là haut, veillé sur moi.

A Marie, Aurore et Anne Claire, pour votre amitié si fidèle depuis plus de 10 ans. Vous avez été les premières à croire en cette folie. Merci de m'avoir portée, parfois supportée, relevée et d'être restées à mes côtés tout le long du chemin. Je n'y serai jamais arrivée sans vous.

A la Saint Louis Team, 30 ans d'amitié ça n'a pas de prix.

A Emilie, Céline, Sonia, Isabelle, les princesses du vieux château pour les pauses café qui me manquent tant.

A Lucie, Mélodie et Cyril pour cette inoubliable P1.

A notre il « ETAI » une fois, à nos interminables réunions, à nos projets...interminables eux aussi, au Fischer village, à la JMLCP, à Sapa ou pas...Je ne pouvais espérer mieux comme équipe. Merci de m'avoir fait confiance.

A Claire, le « seul et unique » puits de lumière de la maison, **à Florian** le plus beau « coup de soleil » de ma carrière. J'ai beau me trouver à Toulouse, ça manque quand même de chaleur sans vous.

A Domi et Gaby, pour votre soutien depuis de nombreuses années bien plus que statistique ou linguistique. Merci de votre grande aide et disponibilité pour ce projet. Merci de toujours rester fidèles à vous mêmes et à vos convictions.

A mon « fils » et au « chinois » pour nos sous lol.

A mes co-internes, aux CH'Tarbais, à l'ASP, aux Lourdais, à mes co-DESC MU, aux barbus ou moins barbues de réanimation pour les moments partagés.

A la blonde d'aquitaine, depuis le premier jour d'internat nous sommes inséparables dans les bons comme dans les mauvais instants, et ca continuera. Je t'attends de pieds fermes près des montagnes.

A dame Nadine, Sylvie, Brice, Laurent, Jean-Philippe, Jean-Eudes, Claire, Eric, Jeremy et Hubert, merci pour la confiance et le temps que vous m'avez accordés. Merci pour vos conseils bienveillants et vos enseignements.

Aux urgentistes Purpannais pour m'avoir vue et aidée à grandir.

Aux équipes et aux médecins des urgences Tarbaise et Lourdaise, de Cerise Sur le Gâteau, de la Tour Blanco, de la Maison Forgues, du POSU, de la SAUV et de la réanimation Purpan, de la neurologie et de la cardiologie auscitaine pour votre chaleureux accueil.

A mes patients, petits et grands, sans qui tout ceci n'aurait de sens.

TABLE DES MATIERES

I.INTRODUCTION	11
II.PATIENTS ET METHODE	13
1-Type d'étude	13
2-Sélection de la population	13
3-Objectifs	13
4-Données recueillies et déroulement de l'étude	13
5-Analyse statistique	14
III.RESULTATS	15
1-Inclusions	15
2-Caractéristiques principales de la population	15
3-Diagnostic principal	17
4-Décision de LAT et cadre légal	17
5-Thérapeutiques entreprises et limitées	20
6-Contacts extérieurs	21
7-Devenir	22
a-Objectif principal : analyse de Survie	22
b-Orientation depuis les urgences	23
c-Retour et évolution sur le lieu de vie	23
IV.LIMITES DE L'ETUDE	24
V.DISCUSSION	25
1-Caractéristiques de la population	25
2-Survie	25
3-Orientation des patients	26
4-Place du médecin traitant	26
5-Thérapeutiques entreprises aux urgences	27
6-Cadre légal	27
VI.CONCLUSION	29
VII.BIBLIOGRAPHIE	30

LISTE DES ABREVIATIONS

ET : Ecart type

AMC : Accueil médico-chirurgical

AMCT : Accueil médico-chirurgical traumatique

DIM : Département d'information médicale

EMSP : Equipe mobile de soins palliatifs

LAT : Limitation et arrêt des thérapeutiques

SAU : Service d'accueil des urgences

SAUV : Service d'accueil des urgences vitales

SE : Soins externes

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgences

SRLF : Société de Réanimation de Langue Française

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

I.INTRODUCTION

Les décès dans les services d'accueil d'urgences représentent 0,2% des passages en France [1-2]. Dans notre pays, 16% des décès survenant à l'hôpital ont lieu aux urgences [3]. Parmi ces décès, 63% des patients selon Roupie et al. en 1997 [4], 79% selon l'étude multicentrique SU DALISA de Le Conte et al. en 2005 [2] ont eu une limitation ou un arrêt des thérapeutiques (LAT) au sein des urgences. L'incidence des limitations ou arrêt des thérapeutiques dans les services d'urgences varie selon les études entre 0,65% à 0,93% et représente aujourd'hui une partie inéluctable de leur activité [5-6-7].

La loi Leonetti du 22 avril 2005 [8], puis la modification de l'article 37 du code de déontologie médicale de janvier 2010 [9], les recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française (SRLF) de 2002 [10] réactualisées en 2009 [11], ont permis d'encadrer les décisions de limitations de soins, en introduisant les notions d'obstination déraisonnable, de renforcement des droits du patients et du principe de collégialité de la décision. Cependant la loi place les urgences vitales imprévues hors de son champ d'application [8]. Ces textes permettent cependant de guider et d'orienter certaines prises en charges et décisions propres à l'urgence.

La recommandation de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) applicable à ce jour sur les LAT date de 2003 [12], 2 ans avant la loi Léonetti. Cette recommandation développe le concept de chaîne éthique plaçant les urgences comme un des maillons essentiels de la prise en charge de ces patients. La SFMU et la SRLF se rejoignent sur les situations dans lesquelles la question de la limitation ou de l'arrêt de traitements peut être posée. Il s'agit d'un patient en situation d'échec thérapeutique, malgré une stratégie bien conduite et une prise en charge optimale, ou un patient dont l'évolution est très défavorable en termes de survie et/ou de qualité de vie et pour lequel la poursuite ou l'intensification de traitements de suppléance d'organe serait déraisonnable, disproportionnée au regard de l'objectif thérapeutique et de la situation réelle, ou un patient témoignant directement ou indirectement de son refus.

La limitation des thérapeutiques correspond à la non instauration ou la non optimisation d'une ou plusieurs thérapeutiques curatives ou de suppléance des défaillances d'organes, l'arrêt des thérapeutiques par l'arrêt ou une désescalade des thérapeutiques curatives déjà instituées, dont la conséquence peut être d'avancer le moment de la mort [10-12].

Peu d'études sur les LAT [7-13], se sont intéressées au devenir des patients et à leur taux de survie à distance de la décision. La conséquence d'une limitation ou d'un arrêt des thérapeutiques peut être d'accélérer le décès. Mais en est-il une finalité ?

Dans cette étude, nous nous proposons d'identifier le devenir des patients ayant eu une limitation ou un arrêt des thérapeutiques dès leur entrée au sein de nos urgences jusqu'à un mois après leur admission, et de s'intéresser aux conséquences de notre décision. L'objectif principal est d'évaluer le taux de survie des patients ayant eu une limitation ou un arrêt des thérapeutiques aux urgences à J30 de leur admission aux urgences.

II.PATIENTS ET METHODES

1-Type d'étude

Il s'agissait d'une étude rétrospective, monocentrique, avec analyse de survie, réalisée au sein des services d'urgences du CHU de Toulouse .

2-Sélection de la population

Ont été inclus, tous les patients ayant été hospitalisés dans les services d'urgences du CHU de Toulouse Purpan et Rangueil, tous services confondus (SE, UT, AMC, AMCT, et SAUV) et ayant eu une limitation ou un arrêt des thérapeutiques du 1^{er} juin 2014 au 31 mai 2015.

Ont été exclus de l'analyse descriptive, les patients dont la fiche LAT ne correspondait pas au patient lui même, ceux n'ayant pas eu une LAT mais présence d'une fiche LAT cochée par erreur, et les patients dont le dossier n'était pas exploitable. Ont été considérés comme perdus de vue dans l'analyse de survie les patients dont la date de décès sur le mois n'a pu clairement être identifiée.

3-Objectifs

Nous avons choisi comme objectif principal le taux de survie à un mois (J30) de l'admission aux urgences. En objectifs secondaires, nous avons étudié :

- Le taux de survie à 48h (à la fin de J1) de leur admission
- Leur parcours et leur prise en charge au sein des urgences
- La fiche LAT : les déterminants de la décision de LAT et sa traçabilité
- La date du retour sur le lieu de vie et l'évolution des patients.

4-Données recueillies et déroulement de l'étude

Le recueil a été réalisé de manière rétrospective du 1er juin 2014 au 31 mai 2015. Sur les CHU de Toulouse, une fiche de LAT informatisée est complétée pour tous les patients

chez qui une LAT est posée. Celle ci reprend le cadre légal recommandé par la loi Léonetti, le niveau engagé, les thérapeutiques entreprises ou non. Nous avons identifié, avec l'aide du département d'information médicale (DIM), tous les patients ayant eu une LAT à partir du recensement de ces fiches sur le serveur URQUAL durant cette période.

Cela nous a permis d'obtenir : le numéro IEP, la date d'admission et la date de naissance des patients. Nous avons ainsi pu accéder aux dossiers médicaux et à la fiche LAT dans le logiciel urqual, ainsi qu'aux comptes rendus d'hospitalisation dans le logiciel Orbis. Pour les patients non retrouvés à partir du dossier urqual malgré le numéro d'IEP, leur identité, date de naissance et date de séjour, une recherche sur dossier papier a été réalisée.

La consultation des dossiers médicaux nous a permis de recueillir :

- des données épidémiologiques : âge, sexe, mode de vie habituel, niveau d'autonomie, antécédents, provenance, motif d'hospitalisation, diagnostic final posé.
- à partir de la fiche LAT : l'heure de la décision, les déterminants du cadre légal : la collégialité de la décision, les consultants, la présence ou non des directives anticipées, de la personne de confiance, l'avis de la famille, l'équipe paramédicale, le niveau engagé, et sa réévaluation.
- Les thérapeutiques entreprises avant la décision et celles limitées
- Le devenir des patients : orientation, évolution, date du décès ou du retour sur leur lieu de vie sur le mois suivant l'admission.

En cas de transfert du CHU vers d'autres structures de soins, les comptes rendus d'hospitalisation ont été demandés aux différents services afin de définir les dates de décès, les dates de retour sur le lieu de vie et leur évolution à la sortie d'hospitalisation. En cas de retour des patients sur leur lieu de vie habituel, le médecin traitant ou le médecin coordonnateur d'EHPAD ont été contactés afin de pouvoir répondre à ces mêmes éléments.

5-Analyse statistique

Les données recueillies ont été saisies dans un tableur EXCEL. Les analyses statistiques ont été élaborées à partir du logiciel EXCEL et du site BiostaTGV. La courbe de survie a été réalisée selon la méthode de Kaplan Meier. Les résultats sont présentés en valeur (pourcentage) pour les données catégorielles, en moyenne (écart-type) ou médiane (écart interquartile) sinon.

III.RESULTATS

1-Inclusions

Du 1^{er} juin 2014 au 31 mai 2015, sur 500 patients éligibles, 493 patients ont été inclus pour l'analyse descriptive. Pour l'analyse de survie, 22 patients ont été perdus de vue dans le mois. L'analyse de survie a été réalisée pour 471 patients. (Figure 1)

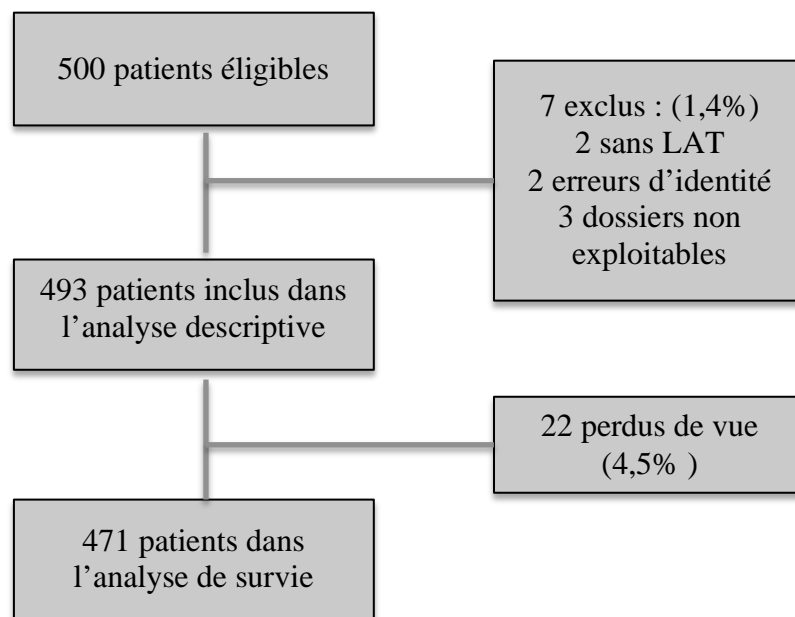


Figure 1 : Diagramme de flux

2-Caractéristiques de la population

Il s'agissait de 298 femmes (60,4%), 195 hommes (39,6%) soit un rapport femmes/hommes à 1,53. L'âge moyen était de 88 ans (ET =9,9, extrêmes : 42-108 ans). La majorité des patients, 52,3% (n=258), étaient institutionnalisés. Le principal antécédent était une démence pour 41,4% des patients (n=204). Nous avons identifié 30,9% de patients grabataires (n=152). Une démarche palliative préexistante à l'hospitalisation existait pour 8,9% des patients (n=44). (Tableau 1)

Tableau 1 : Principales caractéristiques de la population (n=493)

	Population totale (n=493)	%
Age	88 +/- 9,9	
≥75 ans	434	88,6
< 75 ans	56	11,4
Sexe		
Homme	195	39,6
Femme	298	60,4
Lieu de vie habituel		
Domicile	235	47,7
Institution	258	52,3
Autonomie		
Totale	75	15,2
Partielle	53	10,7
Dépendance	188	38,1
Grabataire	152	30,8
<i>Données manquantes</i>	25	5,1
Antécédents		
Démence	204	41,4
Néoplasie	95	19,5
AVC	92	18,7
Diabète	83	16,8
Insuffisance cardiaque	72	14,6
Insuffisance respiratoire chronique	67	13,6
Insuffisance coronarienne	61	12,4
Insuffisance rénale chronique	41	8,3
Hépatopathie	7	1,4
Maladie de système	6	1,2
Soins palliatifs	44	8,9

3- Diagnostic principal

Le diagnostic principal final posé était essentiellement représenté par une cause septique pour 28% des patients (n=138), cardiovasculaire pour 27% (n=131), respiratoire pour 18% (n=88) ou neurologique pour 15% (n=72). (Figure 2)

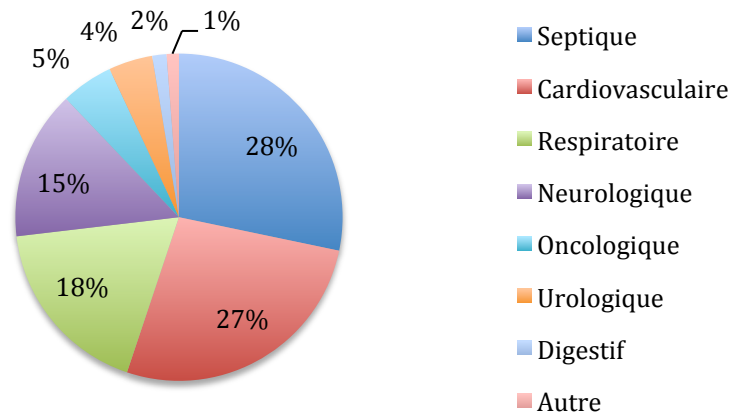


Figure 2 : Diagnostic principal des patients ayant eu une LAT en pourcentage (n=493)

4-Décision de limitation et d'arrêt des thérapeutiques et cadre légal

Durant leur séjour, 16% des patients (n=79) sont dirigés des secteurs couchés vers les SAUV. La décision est prise dans 58% des cas dans un service de SAUV. (Figure 3)

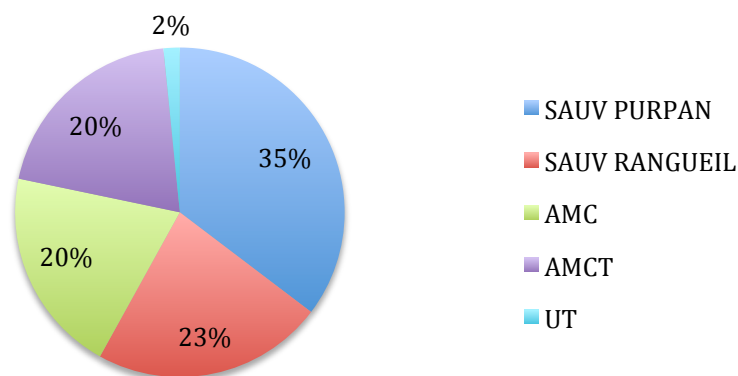


Figure 3 : Lieux de la décision en pourcentage (n=493)

La fiche LAT est incomplète dans 96,6% des dossiers (n=476). L'heure de la décision est précisée dans 44,8% des fiches (n=221). Le délai médian entre l'admission et la décision est de 5h56min (2h42min-11h36min). Parmi les 129 patients restés à l'UHCD pendant plus de 24h, seules 11 de ces fiches ont été réévaluées (niveau renforcé dans 2 dossiers, allégé dans 3 dossiers, identique pour les 7 restantes).

La collégialité est respectée dans 81,9% des dossiers (n=404). (Tableau 2)

Tableau 2 : Collégialité médicale de la décision

	Population totale (n=493)	%
Collégialité respectée	404	81,9
2 médecins	228	46,2
3 médecins	143	29,0
> 3 médecins	33	6,7
Collégialité non respectée	93	18,9
1 médecin	52	10,5
Médecin+interne	17	3,4
<i>Données manquantes</i>	24	4,9
Consultants		
2 nd urgentiste	267	54,1
Réanimateur	162	32,9
Spécialiste	59	12
Chirurgien	29	5,9
Médecin traitant	18	3,7

Le patient apte à consentir, a été consulté dans 3,9% des cas (n=19). Les directives anticipées existaient pour 7,3% des patients (n=36). La personne de confiance a été consultée pour 13,6% des patients (n=67), la famille dans la majorité des cas pour 78,5% (n= 387). (Tableau 3)

Tableau 3 : Cadre légal de la fiche de limitation et arrêt des thérapeutiques

	Population totale (n=493)	%
Décision argumentée	465	94
<i>Données manquantes</i>	28	6
Directives anticipées	36	7,3
Absence	199	40,4
Non recherchées	33	6,7
<i>Données manquantes</i>	225	45,6
Avis du patient	19	3,9
Non	55	11,1
Ne peut exprimer sa volonté	189	38,3
<i>Données manquantes</i>	230	46,7
Paramédicaux		
IDE	220	44,6
<i>Données manquantes</i>	247	50,1
AS	172	34,9
<i>Données manquantes</i>	300	60,9
Famille	387	78,5
Non	23	4,6
Non vue	21	4,3
<i>Données manquantes</i>	62	12,6
Personne de confiance	67	13,6
Non	75	15,2
Non recherchées	19	3,9
<i>Données manquantes</i>	329	66,7

Le niveau de limitation est précisé dans 41 % des fiches (n=202). Les différents niveaux sont détaillés dans la figure 4.

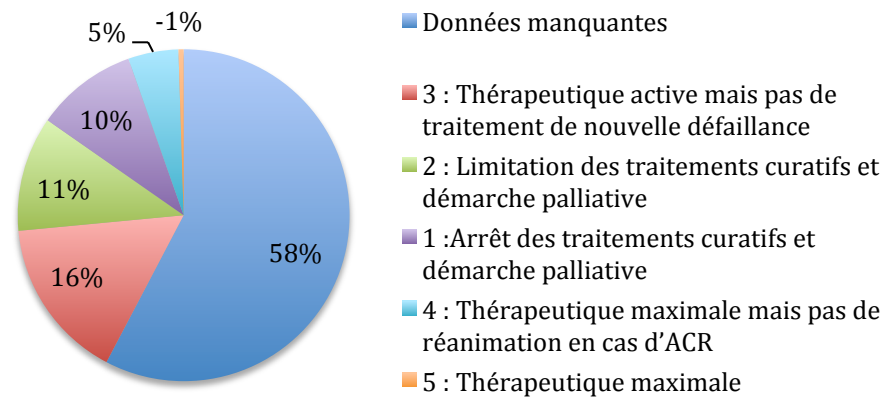


Figure 4 : Niveau de limitation en pourcentage (n=493)

5-Thérapeutiques entreprises et limitées

Avant la décision de LAT les thérapeutiques entreprises sont majoritairement représentées par le remplissage pour 30,6% des patients (n=151), la VNI pour 22,5% (n=111). Peu de patients reçoivent des amines 1,6% (n=8), et 1 seul patient une intubation oro-trachéale.

Une fois la décision posée, la limitation concerne majoritairement le massage cardiaque externe, l'intubation oro-trachéale, et l'utilisation d'amines pour la totalité des patients. L'antibiothérapie et l'hydratation représentent les thérapeutiques les moins limitées, pour respectivement 23,1% (n=114) et 10,8% (n=53). (Tableau 4)

Tableau 4 : Thérapeutiques limitées après la décision

	Population totale (n=493)	%
MCE/IOT/Amines	479	97,2
Dialyse	477	96,8
Geste chirurgical	422	85,6
VNI	415	84,2
Transfusion	379	76,9
Monitoring	235	47,7
Traitement habituel	197	40,0
Examens complémentaires	188	38,1
Antibiothérapie	114	23,1
Hydratation	53	10,8

6-Contacts extérieurs

L'équipe mobile de soins palliatifs a été contactée pour 3,7% des patients (n=18), le médecin traitant pour 7,1% (n=35). L'information à la famille a été donnée pour 88,2% des patients (n=435). Elle a été non joignable au cours de l'hospitalisation pour 3 patients seulement.

7-Devenir

a-Objectif principal : analyse de survie

471 patients ont été inclus dans l'analyse de survie.

Le taux de survie à J30 est de 26,3% (124 survivants). (Figure 5)

Le taux de survie à 48h de l'admission (fin de J1) est de 59,7% (281 survivants).

Le délai médian des décès sur le mois correspond à J1 (J0-J4).

Les décès ont lieu majoritairement aux urgences pour 57,6% des patients (n=200), 10,7% (n=37) sur les SAUV, 4% (n=14) en secteurs couchés. Le lieu principal de décès est l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) pour 42,9% des patients (n=149). Au PUG/PUM, 23,9% (n=83) sont décédés.

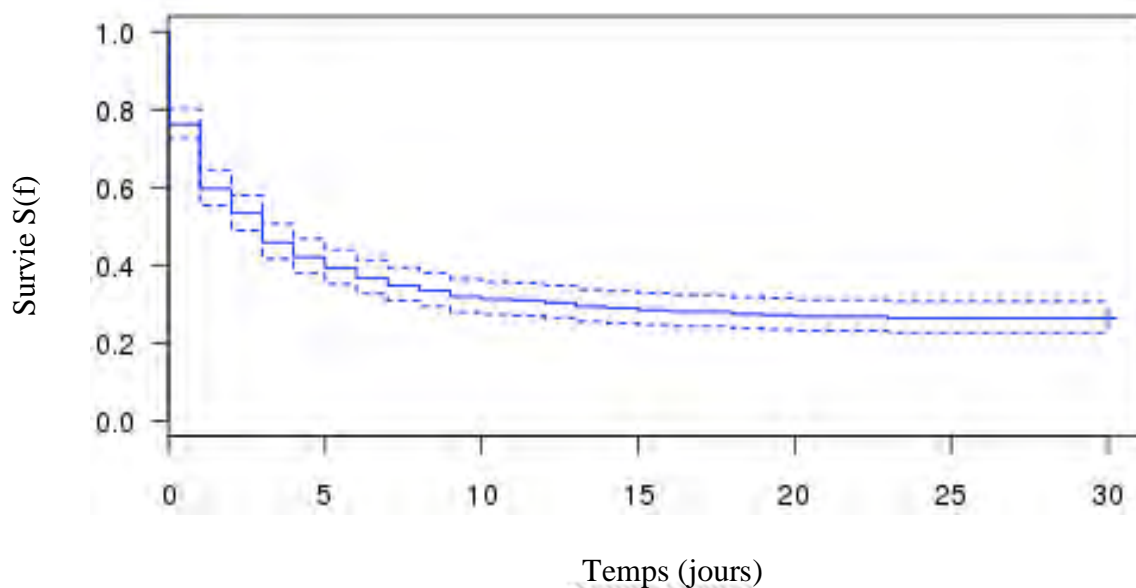


Figure 5 : Courbe de survie des patients ayant eu une LAT à J30

b-Orientation depuis les urgences

Cinquante huit pourcent des patients (n=287) sont transférés à l'UHCD, 18% (n=90) au PUG/PUM, 4% (n=17) en gériatrie. Seuls 2% des patients (n=11) retournent sur leur lieu de vie depuis les urgences. (Figure 6)

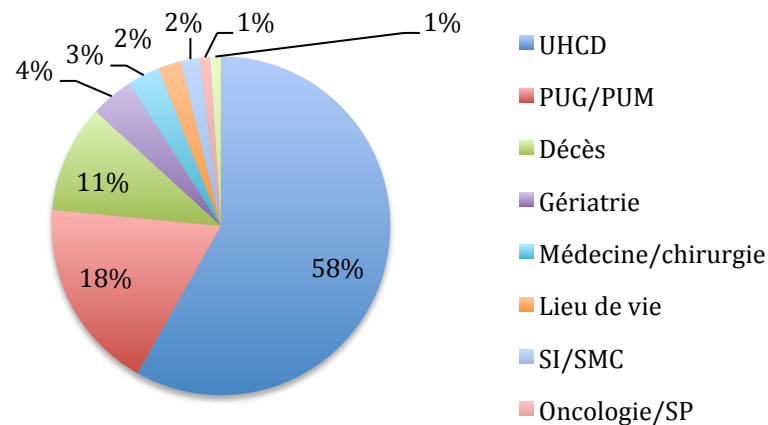


Figure 6 : Orientation des patients depuis les urgences en pourcentage (n=493)

c-Retour et évolution sur le lieu de vie

Sur le mois suivant leur admission aux urgences, 23,3% de la population incluse (n=115) sont retournés sur leur lieu de vie (dont 34,8% au domicile et 65,2% en institution). Le délai médian correspond à J6 (J2-J9). L'évolution clinique à la sortie d'hospitalisation était favorable pour 14,8% (n=73). Pour 7,3% des patients (n=36) une démarche de soins palliatifs ou de soins de confort était poursuivie (dont 55% en institution). L'évolution n'était pas renseignée pour 3 patients.

IV.LIMITES DE L'ETUDE

La première limite de notre étude est son caractère local ne permettant pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble des services d'urgences.

La deuxième est son côté rétrospectif favorisant la perte de données en particulier sur la fiche LAT, et expliquant la présence de perdus de vue.

La principale difficulté de cette étude a été d'obtenir une date précise de décès à distance de leur hospitalisation, en particulier sur la population retournant au domicile nous obligeant à les considérer comme perdus de vue. Leur survie à plus d'un mois a été plus facile à identifier qu'une date de décès dans le mois.

D'un autre côté, ce caractère rétrospectif nous a permis de révéler les vraies pratiques des urgentistes concernant le cadre légal de la décision de LAT, mettant en avant certains axes d'amélioration.

Cette étude exclue le déchocage, lieu également où des LAT sont prises en situation d'urgences, ce qui explique notre population plus âgée et nos thérapeutiques initiales différentes de la littérature.

Cette étude n'étudie pas la gestion des soins palliatifs au sein des urgences. La loi et les recommandations impose l'application des Soins Palliatifs [14] pour tous patients pour qui une décision de LAT est prise [8-11-12-15]. Les connaissances et la formation des urgentistes dans ce domaine sont limitées. Selon l'étude de Bichat et al. réalisée auprès de 87 urgentistes, 76% ignorent la définition officielle des soins palliatifs, 71 % méconnaissent les recommandations officielles, et 93 % ne possèdent aucune formation [16]. Dans notre étude, les urgentistes, n'ont contacté l'équipe mobile de soins palliatifs que pour 3,4% des patients. Il serait intéressant d'évaluer ces pratiques au sein des urgences dans une prochaine étude.

Enfin, cette étude n'étudie pas également les facteurs décisionnels argumentés de façon libre dans la fiche LAT.

V.DISCUSSION

1-Caractéristiques de la population

En se basant sur les chiffres issus de l'ORUMIP 2014 [17], l'incidence des LAT dans nos urgences peut être estimée à 0,5%, valeur inférieure aux études précédentes [5-6-7]. Les patients étaient essentiellement des femmes, vivant en institution contrairement aux autres études [2-6-7-18], grabataires, résultats proches de l'étude SU DALISA [2]. L'âge moyen retrouvé était de 88 ans, un des plus âgés jusqu'alors étudié [2-5]. La majorité des patients étaient porteurs de pathologies chroniques. En premier plan, la démence pour 41,4% des patients, chiffre proche de celui de Béreau et al. avec un taux à 50% [7], supérieur à l'étude multicentrique de Le Conte [2]. Les différences concernant le sexe, le lieu de vie habituel et l'antécédent de démence peuvent être expliquées par notre âge moyen plus élevé.

2-Survie

Le taux de survie à 1 mois de l'admission est de 26,3%. Dans l'étude de Béreau et al [7], nous retrouvons un taux supérieur de près de 10%, mais cette étude excluait la période hivernale, où la mortalité est plus importante liée à l'augmentation des pathologies respiratoires. Dans l'étude de Verniolle et al, réalisée au sein des déchocage/SAUV du CHU de Toulouse, le taux est lui inférieur de près 10% [13]. La différence peut être expliquée par l'inclusion de patients présentant un état clinique initial plus grave et l'exclusion des patients des secteurs couchés.

En parallèle, la mortalité est précoce. Le délai médian de décès sur le mois correspond à J1 (premières 48h). Ce délai est nettement plus long que les autres études : 7h30 [2], 16h [5], mais ces études se limitaient à la durée du séjour. Le décès est constaté en milieu hospitalier pour 95% des patients, 57,6% dans nos urgences dont 14,7% en SAU, donnée similaire dans une étude de Le Conte et al. [6]. Le lieu majoritaire des décès reste l'UHCD (43%), retrouvé également dans les études de Roupie et al. et de Chabot et al. [4-19].

Une survie en soins de confort et une survie avec amélioration clinique doivent être différenciées. Dans notre étude, lors des sorties d'hospitalisation une amélioration clinique

était retenue pour 14,8% des patients. Aucune étude antérieure ne mentionne jusqu'alors cette notion.

3-Orientation des patients

La majorité des patients (58%) ont été orientés vers le service d'UHCD, devant un manque de possibilités d'aval. Ces chiffres restent inférieurs à ceux retrouvés dans l'étude de Béreau et al. (68,6%) [7], et de Le Conte et al. (70%) [2], différence expliquée par la participation active des services PUG/PUM.

Un autre point fondamental à prendre en compte concerne le lieu de leur « survie » mais également leur lieu de « fin de vie » [20]. Dans les 2 situations, il convient de se questionner à chaque étape sur le bien fondé d'une hospitalisation prolongée, des transferts répétés, et sur la préparation du retour sur le lieu de vie. Dans notre étude 23,3% des patients retournent sur leur lieu de vie, deux pourcent depuis les urgences. Le délai médian est de 6 jours, chiffre comparable à une étude de Le Conte [6], majoritairement en institution. Une poursuite des soins de confort sur le lieu de vie a été mise en place pour 7,3% des patients, principalement en institution également. Ceci peut s'expliquer par la possibilité de poursuivre les soins et la surveillance par une équipe paramédicale sur site, organisation plus complexe au domicile avec parfois les réticences des familles.

4-Place du médecin traitant

Le médecin généraliste a été peu consulté (3,7%) et informé (7,1%) lors de ces décisions. L'admission la nuit peut en partie l'expliquer [21]. Nous sommes cependant bien éloignés du taux retrouvé par Béreau et al. où celui ci a été consulté pour 62,9% des patients [7]. Dans une étude de 2003 réalisées auprès de 161 généralistes, seuls 14,9% des médecins interrogés avaient été sollicités pour participer à la réflexion, 7% informés dès l'admission [21]. Les médecins généralistes portent un grand intérêt pour cette question avec une réelle volonté d'être sollicité et d'aider leurs patients en anticipant les demandes et les situations complexes [22]. Celui ci joue également un rôle primordial dans l'organisation d'un éventuel retour au domicile. Il paraît aujourd'hui nécessaire d'impliquer le médecin traitant dans le processus de décision et de privilégier la communication vers la ville [21-22].

5-Thérapeutiques entreprises aux urgences

Concernant les thérapeutiques, un seul patient était intubé, et seuls 1,6% ont bénéficié d'amines, ces chiffres sont nettement inférieurs aux autres études. Ceci peut être expliqué par la configuration de nos urgences excluant le déchocage.

6-Cadre légal

Le patient apte à consentir, a donné son avis dans seulement 3,9% des cas. Seul 1 patient (0,9%) dans une étude de Le Conte avait clairement exprimé son choix [6]. Selon la SRLF le taux de patients en fin de vie aptes à consentir étant estimé à moins de 10 % [8].

La procédure collégiale est respectée dans 81,9% des cas, taux équivalent à celui observé dans SU DALISA [2]. Ce taux pourrait être supérieur si l'interne était exclu du statut de consultant (3,4%), le consultant ne devant avoir aucun lien hiérarchique avec le médecin senior en charge du patient [6-8]. Dans l'étude LATASAMU, la collégialité était respectée pour 57% des patients [23], dans l'étude LATAREA pour 88% [24]. Dans l'étude de Verniolle et al, la décision était prise par un seul médecin dans 50% des cas [13].

La participation des infirmières (44,6%) et des aides soignantes (34,9%) est insuffisante, et conformément aux recommandations [8-11-12] mérite d'être améliorée. Leur non implication dans le processus décisionnel pouvant être source d'incompréhension, de désaccord au sein de l'équipe, voire délétère pour la prise en charge des patients [25].

La décision doit également prendre en compte, à titre consultatif et non décisionnel, les souhaits qu'aurait antérieurement exprimés le patient soit à partir de directives anticipées ou avis de la personne de confiance, ou de la famille, ou à défaut un de ses proches [6-8-26-27].

La famille a été principalement consultée pour 78,5% des patients, tout comme dans l'étude de Béreau et al. (79%) [7], de Reigner et al. (75%) [24], et informée dans 88,2%. Dans l'étude SU DALISA, les proches étaient impliqués pour 54,7%, et informés pour 13% des patients [2].

La connaissance par les patients du dispositif des directives anticipées et de la personne de confiance est limitée. Selon une thèse de 2009 de Nguyen, le taux de connaissance était respectivement de 43,1% et de 54,8% [28]. Leur accessibilité en urgence posent, quand à elles, toujours autant question. Dans notre étude, les directives anticipées sont retrouvées dans 7,3% des cas. Selon les données de l'Institut national des études démographiques (INED), seules 2,5% des personnes décédées les avaient rédigées [29]. Aucune étude précédente sur les LAT ne mentionne leur place dans le processus décisionnel, la majorité étant antérieures à la mise en place du dispositif. Reste à définir cependant si les urgentistes ont eu en possession cette feuille ou si elles ont été annoncées oralement par les proches. Pour 13,6% des patients, nous avons pu recenser une personne de confiance, taux comparable dans une seule étude de Béreau et al. [7]. Dans l'étude SU DALISA elle était retrouvée pour 3,9% [2]. Elle n'est pas renseignée dans les autres études sur les LAT.

La fiche LAT a pour mérite d'être garante de notre traçabilité médico-légale, demandée par les recommandations [11]. Cependant, nous avons pu remarquer de nombreuses données manquantes, la rendant incomplète dans la grande majorité des dossiers (96,6%). Les différents déterminants, doivent être notifiés, afin de mieux encadrer la prise de décision. Celle-ci doit également être réévaluée quotidiennement selon l'évolution du patient, ce qui n'est pas ressorti de notre étude (réévaluation pour 11 patients seulement).

Enfin, nous ne pouvons parler du cadre légal sans énoncer le débat actuel concernant la nouvelle loi sur la fin de vie. La loi dite Claeys-Lénoetti [30] a été votée à l'Assemblée nationale en mars dernier puis récusée par le Sénat en juin 2015. Prochainement nous serons probablement amenés à prendre en compte un nouveau cadre légal, concernant notamment le dispositif des directives anticipées et à nous positionner en fonction.

VI. CONCLUSION

La mise en place d'une limitation ou d'un arrêt des thérapeutiques est aujourd'hui un fait quotidien auquel sont confrontés les médecins urgentistes.

Devant cette prise de conscience, le maillon urgences [12] s'est structuré autour de ces patients avec la mise en place d'une fiche permettant de donner un cadre et de promouvoir une démarche collective afin d'apporter la réponse la plus juste à une éventuelle obstination déraisonnable. Ces décisions sont majoritairement prises de façon collégiale en prenant en compte l'avis de la famille. La place du médecin traitant et des équipes paramédicales mérite d'être revalorisée. Les directives anticipées et la personne de confiance restent, quant à elles, toujours aussi difficiles à identifier dans le contexte de l'urgence.

La conséquence d'une limitation ou d'un arrêt des thérapeutiques peut être d'accélérer le décès, mais n'en est pas une finalité pour près d'un quart d'entre eux à distance de l'événement aigu. Parmi les patients retournant sur leur lieu de vie, une amélioration clinique a été observée pour 15% de nos patients.

Il paraît aujourd'hui nécessaire de replacer le maillon urgences dans l'ensemble de la chaîne éthique en développant une culture de réseaux entre la ville, les services portés et l'hôpital. Il convient de travailler en collaboration afin de réfléchir en amont des décisions sur l'anticipation, la gestion des situations de crise au domicile, le recueil et l'accessibilité des souhaits du patient, mais également en aval afin d'apporter le soin le plus juste et d'aiguiller au mieux la trajectoire de vie ou de fin de vie [20] de chacun des patients.

Toulouse le 28 sept 2015
Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
J.P. VINEL



Vu le président de jury
Erolin
Service des urgences
Rue du Docteur Sigès - TSA 40031
31059 TOULOUSE Cedex 9
Tél : 0561 100011



VII.BIBLIOGRAPHIE

- [1] Rothmann C, Evrard D. La mort aux urgences. *J Eur Urgences* 2005;18:3—9.
- [2] Le Conte P, Riochet D, Batard E, et al. Death in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. *Intensive Care Med* 2010;36:765—72.
- [3] Rapport de l'IGAS. La mort à l'hôpital. RM2009-124P. Tome 1. [en ligne] Disponible sur http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/La_mort_a_l_hopital_-_Igas_-_Tome_1_-_janvier_2010_.pdf [consulté le 15 aout 2015]
- [4] Roupie E. La mort aux urgences : enquête prospective préliminaire. In: Actualités en réanimation et urgences. *Société de réanimation de langue française. Paris: Elsevier; 1999.* pp. 281—9.
- [5] Le Conte P, Baron D, Trewick D, Touzé, Longo C, Vial I, et al. Withholding and Withdrawing life-support therapy in an Emergency Department: prospective survey. *Intensive Care Med* 2004;30:2216—21.
- [6] Le Conte P, Guilbaudeau S, Batard E, et al. Mise en place d'une procédure de limitation ou d'arrêt des soins actifs dans un service d'urgence. Évaluation prospective sur 7 mois. *J Eur Urgences* 2005;18:188—92.
- [7] Béreau J, Reix A, Faure I, Gabinski C et al. Ethical decision support in an emergency department : First evaluations of an original protocol. *Journal européen des urgences et de réanimation* 2013 ;25, 4_10
- [8] Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et ses décrets d'application du 6 février 2006. JORF n°95 23 avril 2005 p 7089.
- [9] Décret n°2010-107 du 29 janvier 2010 relatif aux conditions de mise en œuvre des décisions de limitation ou d'arrêt de traitement. JORF n°0025 (30 janvier 2010) : 186910
- [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* 2002;11:442—9.
- [11] Société de Réanimation de Langue Française. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des Recommandations de la Société de Réanimation de Langue Française. 2009
- [12] Société française de médecine d'urgence. Éthique et urgences: réflexions et recommandations de la Société francophone de médecine d'urgence. *J Eur Urgences* 2003;16:106—20.
- [13] Verniolle M, Brunel E, Olivier M, et al. Evaluation des démarches de limitation et d'arrêt des traitements en salle d'accueil des urgences vitales. *Ann Fr Anesth Réanim ; 2011.*

- [14] ANAES. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Recommandations pour la pratique clinique. 2002. [en ligne] Disponible sur : www.anaes.org. [Consulté le 13 septembre 2015]
- [15] Baron D. Controverse. Fin de vie et soins palliatifs: missions des services d'urgence? *JEUR 2004* ; 17 : 288-293.
- [16] Bichat J.-B, Rothmann C., Bollaert P.-E, Ducrocq X. Fin de vie et soins palliatifs en médecine d'urgence : à propos d'une enquête nationale de pratique. *Annales françaises de médecine d'urgences*. September 2013, Volume 3, Issue 5, pp 275-279.
- [17] Rapport annuel ORUMIP 2014. [en ligne] Disponible sur : <https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2015/06/Panorama-annuel-2014.pdf> [Consulté le 15 septembre 2015]
- [18] Tardy B, Viallon A. Fin de vie aux urgences. *Réanimation 2005*;14:680—5.
- [19] Chabot L, Voland V, Mier L, Boyer JM. La mort attendue à court terme aux urgences. Quelle place pour l'UHCD ? *Reanim Urg 1999* ;8 :090.
- [20] Observatoire national de fin de vie. Vivre sa fin de vie chez soi. Mars 2013. [en ligne] Disponible sur : http://www.onfv.org/wp-content/uploads/2014/10/ONFV_rapport_2013.pdf [consulté le 31 août 2015].
- [21] Ferrand E, Fernandez-Curiel S, Morin C, et al. Le médecin généraliste comme tiers extérieur lors des décisions d'arrêt des thérapeutiques prises à l'hôpital. [en ligne] Disponible sur : http://www.reseau-epsilon.fr/pages/dea_sylvain_resume.pdf [consulté le 24 août 2015].
- [22] Malaquin A. Décision de limitation et arrêt des thérapeutiques (LAT) en réanimation : implication du médecin généraliste. [Thèse de Médecine]. Université Lille ; 2013.
- [23] Ferrand E, Marty J. Prehospital withholding and withdrawal of life-sustaining treatments. The French LATASAMU Survey. *Intensive Care Med 2006*; 32: 1498-1505.
- [24] Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. *Lancet 2001*; 357: 9-14.
- [25] Ferrand E, Lemaire F, Régnier B, Kuteifan K, Badet M, Asfar P, Jaber S, Chagnon J-L, Renault A, Robert R, Pochard F, Herve C, Brun-Buisson C, Duvaldestin P. Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. The French RESENTI Group. *Am J Respir Crit Care Med 2003*; 167: 1310-1315.
- [26] Article L1111-11 du code de la santé publique. [en ligne] <http://legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006685791&cidTexte=LEGITEXT000006072665> [consulté le 2 juin 2015].
- [27] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *JORF du 5 mars 2002*. page 4118.

[28] Olivier Khoa Huan NGUYEN. Personne de confiance et directives anticipées: connaissance, mise en oeuvre et sources d'information de la population, [Thèse de Médecine]. Université Paris-Est Créteil Val de Marne ; 2009.

[29] Pennec S, Monnier A, Pontone S, Aubry R. Les décisions médicales en de-fin de vie en France. Population et société, INED, n°494, novembre 2012,p 3-4. [en ligne] Disponible sur https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19162/494.fr.pdf. [Consulté le 5 septembre 2015].

[30] Claeys A, Leonetti J, Rapport de presentation et texte de la proposition de loi créant de nouveaux droits en faveur des maladies et des personnes en fin de vie. [en ligne] Disponible sur <http://www.elysee.fr/assets/Uploads/Rapport-et-proposition-de-loi-creant-de-nouveaux-droits-en-faveur-des-malades-et-des-personnes-en-fin-de-vie.pdf> [Consulté le 5 septembre 2015].

RESUME

Objectif : Evaluer le taux de survie à 30 jours des patients en limitation ou arrêt des thérapeutiques aux urgences.

Patients et méthodes : Etude rétrospective monocentrique, avec analyse de survie, réalisée au sein des services d'urgences du CHU de Toulouse du 1^{er} juin 2014 au 31 mai 2015 pour tous les patients ayant eu une limitation ou un arrêt des thérapeutiques.

Résultats : Durant la période d'étude, 493 patients ont été inclus pour l'analyse descriptive, 471 pour l'analyse de survie. Il s'agissait de 298 femmes (60,4%), 195 hommes (39,6%) soit un ratio femme/homme à 1,53. L'âge moyen était de 88 ans (ET =9,9). La collégialité est respectée dans 81,9% des cas (n=404). La famille a été consultée pour 78,5% des patients (n=387) et informée dans 88,2% (n=435). Le taux de survie à 30 jours de l'admission est de 26,3% (n=124). Le taux de survie à 48h de l'admission est de 59,7% (n=281). Vingt trois pourcent des patients (n=115) sont retournés sur leur lieu de vie, majoritairement en EHPAD (65,2%, n=75) au 6^{ème} jour.

Conclusion : La conséquence d'une limitation ou d'un arrêt des thérapeutiques peut être d'accélérer le décès, mais n'en est pas une finalité pour près d'un quart des patients à distance de l'événement aigu.

ABSTRACT

Objective: Estimate the rate of survival at 30 days of the patients in withhold or withdraw life-sustaining treatments in an emergency setting.

Patients and methods : Retrospective monocentric study, with survival analysis, realized within the emergency department of the Toulouse University Hospital from June 1st 2014 to May 31st 2015 for all the patients having had a limitation or a stop of therapeutics.

Results : During the period of study, 493 patients were included for the descriptive analysis, 471 for the survival analysis. Total 298 women (60,4%), 195 men (39,6%) were includes (sex ratio woman / man 1,53). Mean ages was 88 (SD 9,9). Collegiality was effective in 81,9 % of the cases. (n=404). The family was consulted for 78,5 % of patients (n=387) and informed in 88,2 % (n=435). The rate of survival 30 days after admission was 26,3 % (n=124). The rate of survival 48 hours after admission was 59,7 % (n=281). Twenty three percent of patients (n=115) were discharged mainly in senior specialized residences (65,2%, n=75) at the 6th day.

Conclusion : The consequence of a withhold or withdraw life-sustaining treatments can be to accelerate the death, but is not an end for near a quarter of the patients includes in an emergency setting.

Analyse des patients en limitation ou arrêt des thérapeutiques au service d'accueil des urgences du centre hospitalier universitaire de Toulouse

Toulouse, le 19 octobre 2015

Objectif : Evaluer le taux de survie à 30 jours des patients en limitation ou arrêt des thérapeutiques aux urgences.

Patients et méthodes : Etude rétrospective monocentrique, avec analyse de survie, réalisée au sein des services d'urgences du CHU de Toulouse du 1^{er} juin 2014 au 31 mai 2015 pour tous les patients ayant eu une limitation ou un arrêt des thérapeutiques.

Résultats : Durant la période d'étude, 493 patients ont été inclus pour l'analyse descriptive, 471 pour l'analyse de survie. Il s'agissait de 298 femmes (60,4%), 195 hommes (39,6%) soit un ratio femme/homme à 1,53. L'âge moyen était de 88 ans (ET =9,9). La collégialité est respectée dans 81,9% des cas (n=404). La famille a été consultée pour 78,5% des patients (n=387) et informée dans 88,2% (n=435). Le taux de survie à 30 jours de l'admission est de 26,3% (n=124). Le taux de survie à 48h de l'admission est de 59,7% (n=281). Vingt trois pourcent des patients (n=115) sont retournés sur leur lieu de vie, majoritairement en EHPAD (65,2%, n=75) au 6^{ème} jour.

Conclusion : La conséquence d'une limitation ou d'un arrêt des thérapeutiques peut être d'accélérer le décès, mais n'en est pas une finalité pour près d'un quart des patients à distance de l'événement aigu.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots clefs : limitation et arrêt des thérapeutiques - urgences - fin de vie - survie.

Faculté de médecine Toulouse Purpan - 37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Pr Bounes Vincent
