



Université de Bourgogne  
UFR des Sciences de Santé  
Circonscription Médecine



**ANNEE 20**

N°

**TITRE DE LA THESE**

**THESE**

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Olivia GUIDO

Né(e) le 13 juin 1987

A Nice





Université de Bourgogne  
UFR des Sciences de Santé  
Circonscription Médecine



## **AVERTISSEMENT**

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.



Université de Bourgogne  
UFR des Sciences de Santé  
Circonscription Médecine



**ANNEE 20**

N°

**TITRE DE LA THESE**

**THESE**

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Olivia GUIDO

Né(e) le 13 juin 1987

A Nice

Année Universitaire 2017-2018  
au 1<sup>er</sup> Septembre 2017

Doyen :

M. Frédéric HUET

Assesseurs :

M. Marc MAYNADIE

M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	<b>BARDOU</b>	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	<b>BASTIE</b>	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	<b>BAULOT</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Yannick	<b>BEJOT</b>	Neurologie
M.	Alain	<b>BERNARD</b>	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	Christine	<b>BINQUET</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	<b>BONIN</b>	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	<b>BONNIAUD</b>	Pneumologie
M.	Alain	<b>BONNIN</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	<b>BONNOTTE</b>	Immunologie
M.	Olivier	<b>BOUCHOT</b>	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	<b>BOUHEMAD</b>	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	<b>BOZORG-GRAYELI</b>	ORL
M.	Alain	<b>BRON</b>	Ophthalmologie
M.	Laurent	<b>BRONDEL</b>	Physiologie
Mme	Mary	<b>CALLANAN</b>	Hématologie type biologique
M.	Patrick	<b>CALLIER</b>	Génétique
M.	Jean-Marie	<b>CASILLAS-GIL</b>	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	<b>CHAMARD-NEUWIRTH</b>	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	<b>CHARLES</b>	Réanimation
M.	Pascal	<b>CHAVANET</b>	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	<b>CHEYNEL</b>	Anatomie
M.	Alexandre	<b>COCHET</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	<b>CORMIER</b>	Urologie
M.	Yves	<b>COTTIN</b>	Cardiologie
M.	Charles	<b>COUTANT</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	<b>CREHANGE</b>	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	<b>CREUZOT-GARCHER</b>	Ophthalmologie
M.	Frédéric	<b>DALLE</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	<b>DOUVIER</b>	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	<b>DUVILLARD</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	<b>FACY</b>	Chirurgie générale
Mme	Laurence	<b>FAIVRE-OLIVIER</b>	Génétique médicale
Mme	Patricia	<b>FAUQUE</b>	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	<b>FRANCOIS-PURSSELL</b>	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	<b>FUMOLEAU</b>	Cancérologie
M.	François	<b>GHIRINGHELLI</b>	Cancérologie
M.	Claude	<b>GIRARD</b>	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Vincent	<b>GREMEAUX</b>	Médecine physique et réadaptation
(Mise en disponibilité du 12 juin 2017 au 11 juin 2018)			
M.	Frédéric	<b>HUET</b>	Pédiatrie
M.	Pierre	<b>JOUANNY</b>	Gériatrie

M.	Denis	<b>KRAUSÉ</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Sylvain	<b>LADOIRE</b>	Histologie
M.	Gabriel	<b>LAURENT</b>	Cardiologie
M.	Côme	<b>LEPAGE</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	<b>LOFFROY</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	<b>LORGIS</b>	Cardiologie
M.	Jean-Francis	<b>MAILLEFERT</b>	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	<b>MANCKOUNDIA</b>	Gériatrie
M.	Sylvain	<b>MANFREDI</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	<b>MARTIN</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	<b>MASSON</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	<b>MAYNADIE</b>	Hématologie – transfusion
M.	Marco	<b>MIDULLA</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	<b>MOREAU</b>	Neurologie
M.	Klaus Luc	<b>MOURIER</b>	Neurochirurgie
Mme	Christiane	<b>MOUSSON</b>	Néphrologie
M.	Paul	<b>ORNETTI</b>	Rhumatologie
M.	Pablo	<b>ORTEGA-DEBALLON</b>	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	<b>PETIT</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	<b>PHILIPPE</b>	Génétique
M.	Lionel	<b>PIROTH</b>	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	<b>QUANTIN</b>	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	<b>QUENOT</b>	Réanimation
M.	Patrick	<b>RAT</b>	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	<b>REBIBOU</b>	Néphrologie
M.	Frédéric	<b>RICOLFI</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	<b>SAGOT</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	<b>SAPIN</b>	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	<b>SMOLIK</b>	Médecine et santé au travail
M.	Éric	<b>STEINMETZ</b>	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	<b>THAUVIN</b>	Génétique
M.	Benoit	<b>TROJAK</b>	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	<b>VABRES</b>	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	<b>VERGÈS</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	<b>ZWETYENGA</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

#### PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	<b>BRENOT</b> (Surnombre jusqu'au 31/08/2018)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Philippe	<b>CAMUS</b> (Surnombre jusqu'au 31/08/2019)	Pneumologie
Mme	Monique	<b>DUMAS-MARION</b> (Surnombre jusqu'au 31/08/2018)	Pharmacologie fondamentale
M.	Maurice	<b>GIROUD</b> (Surnombre jusqu'au 21/08/2018)	Neurologie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES  
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

**Discipline Universitaire**

Mme	Lucie	<b>AMOUREUX BOYER</b>	Bactériologie
M.	Sylvain	<b>AUDIA</b>	Médecine interne
Mme	Shaliha	<b>BECHOUA</b>	Biologie et médecine du développement
M.	Benjamin	<b>BOUILLET</b>	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	<b>BRINDISI</b>	Nutrition
M.	Jean-Christophe	<b>CHAUVET-GELINIER</b>	Psychiatrie, psychologie médicale
Mme	Marie-Lorraine	<b>CHRETIEN</b>	Hématologie
Mme	Vanessa	<b>COTTET</b>	Nutrition
M.	Alexis	<b>DE ROUGEMONT</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	<b>DEVILLIERS</b>	Médecine interne
Mme	Ségolène	<b>GAMBERT-NICOT</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Marjolaine	<b>GEORGES</b>	Pneumologie
Mme	Françoise	<b>GOIRAND</b>	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	<b>GUENANCIA</b>	Cardiologie
Mme	Agnès	<b>JACQUIN</b>	Physiologie
M.	Alain	<b>LALANDE</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	<b>LEGRAND</b>	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	<b>LEMAIRE-EWING</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	<b>SAMSON</b>	Médecine interne
M.	Paul-Mickaël	<b>WALKER</b>	Biophysique et médecine nucléaire

**PROFESSEURS EMERITES**

M.	Laurent	<b>BEDENNE</b>	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	<b>BESANCENOT</b>	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	François	<b>BRUNOTTE</b>	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean	<b>FAIVRE</b>	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Patrick	<b>HILLON</b>	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	<b>MARTIN</b>	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	<b>POTHIER</b>	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	<b>TROUILLOUD</b>	(01/09/2017 au 31/08/2020)

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

M.	Jean-Noël	<b>BEIS</b>	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

**PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**

M.	Didier	<b>CANNET</b>	Médecine Générale
M.	Gilles	<b>MOREL</b>	Médecine Générale
M.	François	<b>MORLON</b>	Médecine Générale

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**

Mme	Anne	<b>COMBERNOUX -WALDNER</b>	Médecine Générale
M.	Clément	<b>CHARRA</b>	Médecine Générale
M.	Rémi	<b>DURAND</b>	Médecine Générale
M.	Arnaud	<b>GOUGET</b>	Médecine Générale



Université de Bourgogne  
UFR des Sciences de Santé  
Circonscription Médecine



### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

M.	Didier	<b>CARNET</b>	Anglais
M.	Jean-Pierre	<b>CHARPY</b>	Anglais
Mme	Catherine	<b>LEJEUNE</b>	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	<b>JEGO</b>	Biologie Cellulaire

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

Mme	Marianne	<b>ZELLER</b>	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

### **PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE**

Mme	Marceline	<b>EVRARD</b>	Anglais
Mme	Lucie	<b>MAILLARD</b>	Anglais

### **PROFESSEURS CERTIFIES**

Mme	Anaïs	<b>CARNET</b>	Anglais
M.	Philippe	<b>DE LA GRANGE</b>	Anglais
Mme	Virginie	<b>ROUXEL</b>	Anglais (Pharmacie)

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

M.	François	<b>GIRODON</b>	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	<b>KOHLI</b>	Immunologie

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

M.	Mathieu	<b>BOULIN</b>	Pharmacie clinique
M.	Philippe	<b>FAGNONI</b>	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	<b>LIRUSSI</b>	Toxicologie
M.	Marc	<b>SAUTOUR</b>	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	<b>SCHMITT</b>	Pharmacologie



## REMERCIEMENTS

### **A notre président**

#### **Monsieur le Professeur Jean-Noël Bastie**

Vous nous faites le très grand honneur de présider cette thèse et nous vous en sommes reconnaissants. Nous vous remercions pour votre engagement à nos cotés avec constance et persévérance, vos enseignements, votre bonne humeur et votre sens humain nous ont ravis.

### **A notre directeur**

#### **Monsieur le Professeur Jean-Pierre Quenot**

Vous nous faites le grand honneur de diriger cette thèse. Nous vous remercions pour votre disponibilité et le temps passé à nous aider dans cette entreprise. Nous vous témoignons toute notre reconnaissance et notre gratitude.

### **A nos juges**

#### **Monsieur le Professeur Pierre-Emmanuel Charles**

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté de juger notre travail. Nous vous témoignons notre plus grand respect pour vos compétences. Nous avons accrus nos connaissances au cours de vos enseignements.

#### **Monsieur le Docteur Pascal Andreu**

Nous sommes honorés que vous ayez accepté de participer à ce jury. Vos compétences et votre enthousiasme ont très largement contribués enrichir ma formation.

**A mes parents Jean-Marc et Nadia** pour votre indéfectible soutien, votre amour inconditionnel.

**A mon cher et tendre Pierre** pour ta présence constante et rassurante, ton amour au quotidien. A notre nouvelle vie, nos multiples projets !

**A pépé Mario et Nona Gina**, pour votre bienveillance, merci de m'avoir donné les moyens d'en arriver là, je n'oublierais jamais d'où je viens.

**A tout le reste de la famille et de la belle famille** pour votre soutien

**A Benji, Soso et Alain** un internat partagé une vraie amitié créée.

**A Robinou** le premier à m'avoir accueilli à Dijon, en hématologie et à m'avoir montré le chemin de la réanimation.

**A mes co-internes d'hématologie Muriel, Camille, Alexandre, Philippine** les p'tits déjà en HJ et les gouters en iso sont déjà loin.

**A mes supers co-internes de bio Cycy, Alex, Bastien, Lola, Estelle, Arnaud, Pierre-Jean, Philou, Nico, Fatima, Anne, Guillaume**, grâce à qui j'ai découvert qu'on pouvait avoir des points de cotés à force de jouer au Baby et surtout qui m'ont fait voir la vie autrement.  
Acunamatata !

**A mes co-internes Bruno, Quentin, Laura, Paul Simon, Léa, Ophélie, Maxime, Filiz, Thomas, Sarah, Pierre-Yves, Nicolas** en réanimation, médecin interne, néphrologie.

**Aux docteurs Quenot, Charles, Prin, Large, Dargent, Andreu, Roudaut, Leiva, Doise, Poussant, Hamet, Chaloumeau, Damont, Habdulmalak** qui m'ont tant appris durant les différents stages tant sur le plan humain que intellectuel et qui m'ont transmis la passion de la réanimation

**Aux docteurs Legouge, Chrétien, Casanovas, Ahwij, Bonnote, Audia, Samson, Leguy, Berthier, Rebibou, Zanneta, Demestre, Vollot, Christman, Bailly, Guy** pour vos conseils, votre gentillesse et le partage de vos connaissances tout au long de ces années.

**A toute l'équipe paramédicale de la réa med : Sophie, Christina, Blandine, Delphine, Emilie, Cassandre, Yo-Me, Pauline, la Cam, Bruno, Jérôme, Émeline, Maude, Régis,**

**Bouchera, Roseline, Jean-Luc, Soso, Audrey, Nanou, Ebticem et tant d'autres...** pour m'avoir supporté pendant un an d'internat, mais désolé il reste l'assistanat...

**A Nico le sociologue**, bientôt la totale autonomie !!! P.S. jamais pouliche.

**A tous les infirmiers, aides-soignants et ASH et secrétaires des différents services traversés : Najlae, Françoise, Amélie, Danielle, Fabienne, Cédric, Natacha, Houria, Laurette, Aurélie**, Des rires du soutien, des bons souvenirs.

**A l'équipe de réanimation du CH d'Auxerre** merci de m'accueillir comme assistante.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*"Au moment d'être admis(e) 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque."*

## TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	11
SERMENT D'HIPPOCRATE .....	14
ABREVIATIONS.....	12
INTRODUCTION .....	13
OBJECTIFS .....	15
MATERIEL ET METHODE.....	15
ANALYSES STATISTIQUES .....	16
RESULTATS .....	17
DISCUSSION .....	22
CONCLUSION .....	27
REFERENCES .....	29
ANNEXES .....	34

## ABREVIATIONS

ADL:	Activity Daily Living
ANSM:	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
CIC:	Centre d'Investigation Clinique
CRH:	Compte Rendu d'Hospitalisation
DA:	Directive Anticipée
INED:	Institut National des Etudes Démographiques
LAT:	Limitation Arrêt des Traitements
PHRC:	Projet Hospitalier de Recherche Clinique
SOFA:	Sepsis-related Organ Failure Assessment
SRLF:	Société de Réanimation de la Langue Française

## INTRODUCTION

La réanimation se définit comme la prise en charge de patients présentant ou susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant en jeu le pronostic vital (1). Malgré les progrès incessants de cette discipline, le médecin réanimateur peut décider, le plus souvent de manière collégiale, de ne pas mettre en route ou de ne pas poursuivre des traitements qu'ils jugeraient déraisonnables. C'est ainsi, qu'en 2000 les Limitations ou les Arrêt de Traitements (LAT) précédaient de 50% les décès (2) alors que désormais elles interviennent dans environ 70 à 90% des cas (3,4). Si l'admission et la non-admission en réanimation ont fait l'objet d'une littérature abondante (5–7) mettant en avant le plus souvent la question de la pertinence de mettre en route des soins lourds, la réflexion éthique concernant la problématique de la non-réadmission en réanimation a été peu évoquée. Les données publiées montrent que le taux de réadmission en réanimation varie de 1,7 à 13,7% (8,9) avec un réel impact sur la morbi-mortalité des patients et un impact médico-économique et humain (10–15). Le taux de réadmission dans les 48 premières heures est d'ailleurs devenu un indice de qualité et de performance des services de réanimation en France (16). La question de la réadmission doit notamment se poser lorsque le parcours de soins du patient a été émaillé de complications ayant entraîné de lourdes séquelles. Dans ces conditions il paraît légitime d'anticiper une nouvelle réadmission en réanimation qui s'apparente sur le plan éthique à une décision de LAT. En effet, cette décision peut priver le patient d'un accès à des ressources médicales disponibles dont l'objectif n'est nullement un abandon du patient mais consiste à éviter une obstination déraisonnable. En France ces décisions sont encadrées par les lois successives concernant les droits des patients en fin de vie (loi Leonetti de 2005 et Claeys Leonetti de 2016) qui impose notamment une procédure collégiale (17–19). Cependant les données de la littérature concernant la décision de ne pas réadmettre un patient en réanimation sont pauvres (2,20). Afin d'étayer ce travail de thèse, nous pouvons nous appuyer sur une enquête de pratique qui a fait l'objet d'une communication orale au congrès SRLF de 2017 (21) réalisée auprès de 160 médecins réanimateurs issus de 60 services de réanimation (résultats en cours de soumission en vue d'une publication). Cette enquête montre que les décisions de non-réadmissions sont prises en fin de séjour en réanimation pour 87% des répondants avec une traçabilité de la décision dans le dossier du patient dans 93% des cas. Par contre, l'information n'est transmise au service qui prendra en charge le patient, aux proches et au patient lui-même que dans respectivement 83%, 73% et 29% des cas. Si la notion de collégialité pour décider d'une non-réadmission est

alléguée par 80% des médecins dans cette enquête, la consultation des patients, des proches, d'un médecin consultant extérieur, du médecin généraliste (et/ou du spécialiste référent pour le patient) ainsi que des acteurs du service d'accueil du patient dans les suites de la réanimation ne dépasse pas 30%. En revanche, 91% des répondants pensent que la décision de non-réadmission fait partie du champ de la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et 61% d'entre eux considèrent que les critères pour décider d'une non-réadmission sont semblables à ceux nécessaires à la prise de décision d'une limitation ou d'un arrêt de traitement (LAT). Pour 96% des répondants, il existe la possibilité de « revenir en arrière » sur une décision de non-réadmission. De même, 92% des répondants établissent clairement la différence entre une demande de réadmission en réanimation pour un épisode aigu intercurrent et une demande de réadmission pour une aggravation de la pathologie chronique (22). Pour étayer cette enquête nous avons donc souhaités dans le cadre de cette étude connaître le processus conduisant à la prise de décision de non-réadmission en réanimation au travers du prisme des textes législatifs Français. Nous avons formulé l'hypothèse que le processus devrait suivre le même cheminement que celui d'une LAT conduit habituellement en réanimation.

## OBJECTIFS

Objectif principal : Décrire le processus décisionnel conduisant à la décision de non-réadmission en réanimation au cours du même séjour hospitalier.

Objectif secondaire : Etudier les caractéristiques et le devenir de patients ayant fait l'objet d'une décision de non-réadmission en réanimation.

## MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'un projet ancillaire de l'étude IVOIRE, réalisé entre le service de Médecine Intensive Réanimation du CHU de Dijon et le service de Réanimation Médicale du NHC CHRU de Strasbourg. L'étude IVOIRE est une étude de cohorte observationnelle, réalisée de juillet 2013 à août 2014 prospective PHRC 2012 N° enregistrement ANSM : 2013-A00095-40) évaluant l'influence de la vulnérabilité socio-économique sur la gravité initiale et le pronostic des patients admis en réanimation. La population étudiée dans l'étude IVOIRE correspond à celle de patients admis en réanimation selon les critères définis par le *décret n° 2002-465 de la loi du 05 avril 2002* (1) c'est-à-dire des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital. Dans notre étude, nous avons inclus uniquement les patients pour lesquels une décision de non-réadmission était mentionnée dans le Compte Rendu d'Hospitalisation (CRH). La non-réadmission était définie comme : un patient hospitalisé en réanimation pour lequel une décision de non retour était prise au cours du même séjour hospitalier. Nous avons avec l'aide d'un sociologue élaboré un questionnaire (Annexe 1) comportant 13 items. Ces items ont été déterminés à partir d'une première phase dite exploratoire. Dans ce cadre 5 entretiens semi directifs ont été menés auprès du personnel médical et paramédical des deux services concernés, (3 médecins réanimateurs et 2 IDE) afin de déterminer quels étaient les éléments potentiellement importants pour les médecins d'une décision de non-réadmission en réanimation. L'analyse des verbatims a été conduite par le sociologue et les codages ont été discutés par la méthode Delfi. Pour compléter les données issues de l'étude exploratoire nous nous sommes appuyés sur la revue de la littérature. Cette phase a été suivie d'une phase d'évaluation (faisabilité) sur une dizaine de dossiers. La méthodologie utilisée pour ce travail de thèse a été validée et utilisée dans d'autres études de

notre équipe de recherche (23,24). Nous avons relu l'ensemble des CRH des patients inclus dans l'étude IVOIRE et sortis vivants des services de réanimation de Dijon et Strasbourg pour identifier les patients répondants aux critères d'inclusions de notre projet. La décision était considérée comme révisée lorsque le patient faisait l'objet d'une nouvelle admission. Les données administratives, cliniques et socio économique et de suivi ont été extraites de l'étude IVOIRE. Cette étude ancillaire a fait l'objet d'une demande spécifique auprès du CPP Est I et obtenu à un avis favorable.

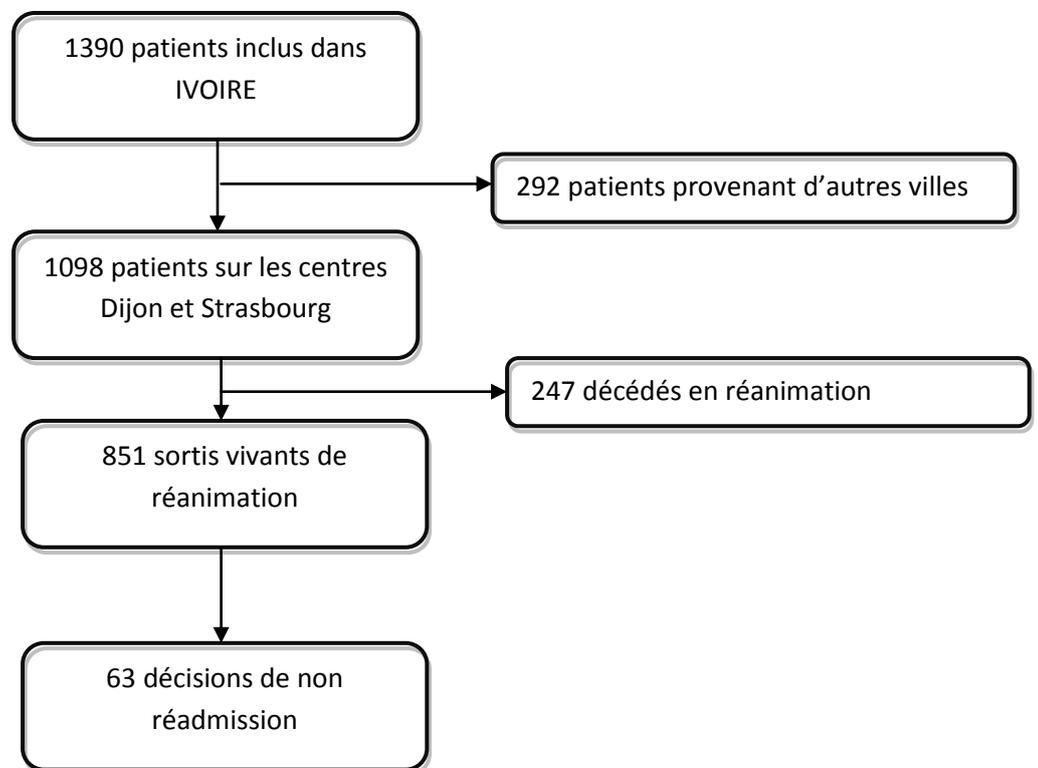
## ANALYSES STATISTIQUES

Nous avons comparé sur le plan statistique les données des patients pour lesquels une décision de non-réadmission avait été prise avec les données des patients sortis vivants de réanimation sans mention d'une décision de non-réadmission. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et écart-type, les variables qualitatives en pourcentage et les comparaisons ont été effectuées grâce aux tests de Wilcoxon et Fisher. Toutes les analyses ont été effectuées en utilisant le logiciel SAS version 9.1 (SAS Institute Inc., Cary, NS, États-Unis) par Sandrine Vinault (statisticienne) et supervisées par le Dr Isabelle Fournel au Centre d'Investigation Clinique (CIC-EC 1432) au CHU de Dijon.

## RESULTATS

Au total, 1390 patients ont été inclus dans l'étude IVOIRE sur l'ensemble des centres participants dont 1098 sur les centres de Dijon et Strasbourg. Parmi eux 247 sont décédés en réanimation et parmi les 851 patients sortis vivants de réanimation, 63 ont fait l'objet d'une décision de non-réadmission en réanimation. Cette cohorte représente 5,7 % de la population éligible. (Figure 1)

**Figure 1 : Flow Chart**



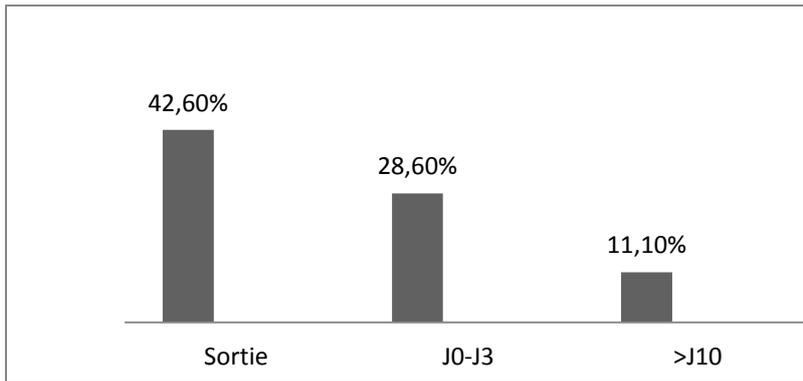
Les données concernant les modalités de prise de décision de non-réadmission sont résumées dans le Tableau I. En ce qui concerne la collégialité de la procédure, aucune intervention de soignant n'a été notifiée dans les dossiers médicaux (au-delà du CRH). L'avis d'un médecin appelé en tant que consultant extérieur était notifié dans 31,7% des cas. Il s'agissait du médecin spécialiste d'organe et référent du patient dans 11,1% des cas et d'un médecin spécialiste n'ayant jamais pris en charge le patient dans 20,6% des cas. Par contre, le médecin généraliste n'a jamais été sollicité. La famille a été consultée dans 54% des cas et le

patient dans 15,9% des cas. La décision a majoritairement été initiée par les médecins (85,7%), la famille (7,9%), le patient (6,3%). Dans 92,1% des cas la décision de non-réadmission était justifiée dans le dossier médical. Les principaux arguments motivant la limitation étaient l'impasse thérapeutique (52,4%), l'importance des comorbidités (44,4%), le degré de dépendance (34,9%), et l'âge avancé (23,8%). En ce qui concerne la temporalité de la décision, celle-ci était définitivement formalisée le jour de la sortie dans 42,6% des cas, entre l'entrée et J3 dans 28,6 % des cas et après un séjour en réanimation supérieur à 10 jours dans 11,1% des cas. Aucune décision n'a fait l'objet d'une révision. Un projet de soin palliatif a été décidé dans 17,5% des cas. Par le biais du CRH, la traçabilité a permis d'informer 100% des médecins référents et des médecins intervenant après la réanimation alors que seulement 15,9% d'entre eux ont participé à la décision.

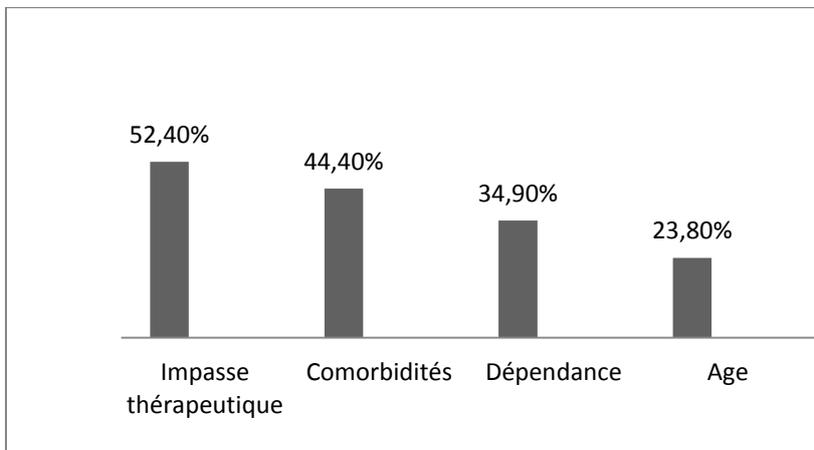
**Tableau 1 : Evaluation des modalités du processus décisionnel**

	Oui n (%)
La décision a-t-elle été prise au cours d'une réunion spécifique ?	38 (60,3)
La décision est-elle justifiée dans le dossier médical ?	58 (92,1)
Les soignants participent-ils à la décision ?	0 (0)
Le patient est-il impliqué dans la décision ?	10 (15,9)
La famille ou les proches sont-ils impliqués dans la décision ?	34 (54)
Un consultant extérieur participe t-il à la décision ?	20 (31,7)
De quel consultant extérieur s'agit-il ?	
-médecin généraliste	0 (0)
-spécialiste suivant le patient	7(11,1)
-spécialiste expert	13 (20,6)
Les médecins en post réa interviennent-ils dans la décision ?	10 (15,9)
Les médecins en post réa sont-ils informés a posteriori ?	63 (100)
Les médecins référents des patients sont-ils informés à postériori ?	63(100)
La décision a-t-elle été révisée ?	0 (0)
Un projet de soins palliatif a-t-il était mis en place?	11 (17,5)

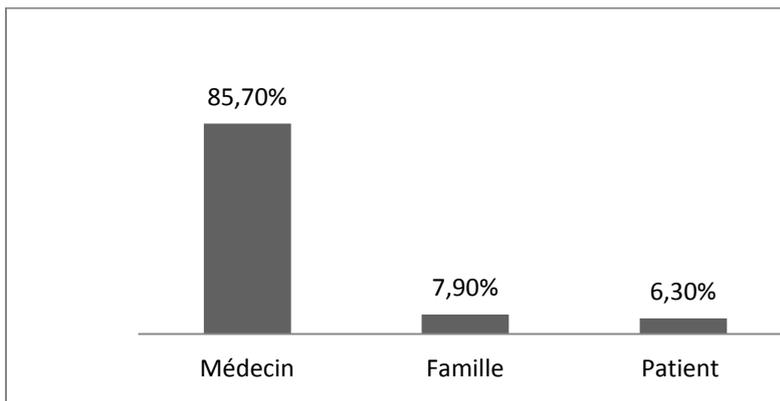
**Figure 2 : Temporalité de la décision**



**Figure 3 : Justification de la décision**



**Figure 4 : Initiation de la décision**



Les caractéristiques des patients sont résumées dans le Tableau II. Il s'agit de patients âgés en moyenne de 75 ans, majoritairement des femmes, présentant une médiane de 3 comorbidités. Les patients proviennent majoritairement du domicile (61,3%) et ont des scores de gravités élevés (SOFA=8, IGSII=51,1). Le principal motif admission était le sepsis 71,4% d'entre eux. Tous les patients ont eu recours à au moins un traitement de suppléance d'organe. Lorsque l'on compare ces données à la population de référence c'est-à-dire aux patients sortis vivants de réanimation sans décision de non-réadmission on retrouve des différences statistiquement significatives en ce qui concerne : l'âge, les co-morbidités (Charlson) et la qualité de vie selon l'échelle ADL de Katz. Malgré des scores de gravité non significativement différents entre les 2 groupes, ceux pour lesquels une décision de non-réadmission en réanimation a été prise ont des durées de traitements de suppléances plus longues.

**Tableau II : Analyse bivariée des caractéristiques des patients non réadmis en réanimation.**

Variables	Sortis vivants (n=788)	Non réadmis (n=63)	P
Age :moy +/- ET	65,6 +/- 15,2	75,0 +/- 12,4	<0,0001
<b>Sexe</b>			
-Homme	491 (61,8%)	29 (46,0%)	0,013
-Femme	303 (38,2%)	34 (54,0%)	
<b>Charlson : méd [IQR]</b>	2 [1 ; 4]	3 [2 ; 6]	0,0003
<b>SOFA : méd [IQR]</b>	7 [4 ; 10]	8 [5 ; 11]	0,14
<b>IGSII : moy +/- ET</b>	47,4 +/- 17	51,1 +/- 14,7	0,09
<b>VMI</b>			
-Oui	511 (64,3%)	37 (58,7%)	0,37
-Durée VMI méd [IQR]	5 [2 ; 9]	8 [4 ; 13]	0,018
<b>Vasopresseurs</b>			
-Oui	434 (54,7%)	37 (58,7%)	0,53
-Durée Vasopresseur méd [IQR]	3 [2 ; 4]	4 [2 ; 5]	0,041
<b>Provenance</b>			
-Domicile	484 (61,7%)	38 (61,3%)	0,76
-Institution	24 (3%)	3 (4,7%)	
-Transfert	277 (35,3%)	22 (35%)	
<b>Qualité de vie à l'entrée:</b>			
-ALD de Katz: méd [IQR]	6 [5 ; 6]	5 [3,75 ; 5,75]	< 0,0001
-EQ5D	0,58 [0,26 ; 0,89]	0,37 [0,17 ; 0,65]	0,0063

Les patients pour lesquels une décision de non-réadmission en réanimation est prise ont une morbi-mortalité plus importante avec une augmentation de la durée de séjour en réanimation et à l'hôpital ; une mortalité hospitalière et à 3 mois plus élevée, de plus les survivants déclarent avoir une qualité de vie très médiocre (Tableau III).

**Tableau III : Devenir des patients non réadmis en réanimation.**

	Absence de décision de non-réadmission (n=788)	Décision de non-réadmission (n=63)	p
Séjour global en réa Jours méd [IQR]	5 [2 ;9]	8 [3 ;14]	0,004
Séjour global à l'hôpital Jours méd [IQR]	17 [9 ;31]	25 [12 ;45]	0,005
Mortalité à la sortie de l'hôpital	63 (8%)	11 (17,7%)	0,01
Mortalité à 3 mois	107 (13,6%)	20 (31,7%)	0,001
Qualité de vie à 3 mois -ADL Katz	5,5 [4 ;6]	3,75 [1,5 ;4,5]	<0,0001

## DISCUSSION

Cette étude montre tout d'abord que la proportion de patients qui font l'objet d'une décision de non-réadmission est relativement faible (5,7%). Cette décision est prise dans la majorité des cas en fin de séjour (42,6%) et intéresse des patients dont le pronostic à court et moyen terme semble plutôt défavorable au vu de leur âge, de leur co-morbidité, et de leur qualité de vie. Ce mauvais pronostic est confirmé par une augmentation de la morbi-mortalité avec une augmentation de la durée de séjour en réanimation et à l'hôpital, une augmentation de la mortalité hospitalière et à 3 mois et une très franche altération de la qualité de vie pour les survivants. On peut penser que la décision de non-réadmission en réanimation est un facteur de risque de morbi-mortalité ou plutôt considérer que nous avons bien sélectionné les patients devant bénéficier de cette mesure.

Si on analyse le processus décisionnel au regard des textes législatifs concernant le droit des malades en fin de vie, on retrouve : une implication du patient dans 15,9% des cas, des proches dans 54% des cas et d'un médecin extérieur intervenant en tant que consultant dans 31,7% des cas. Le CRH permet de transmettre correctement l'information au service qui prendra en charge le patient mais l'implication de ces services dans la prise de décision n'est pas très importante (15,9%). De même, l'implication des soins palliatifs et/ou la démarche palliative n'est mentionnée que chez 17,5% des patients. Si l'on compare nos résultats à ceux de l'enquête de pratiques réalisée en 2016 (21) on s'aperçoit qu'ils sont superposables à ceux que nous avons observés en termes de traçabilité, de justification de la décision et de participation du patient. Par contre il existe une surestimation de la mise en route des soins palliatifs (41% vs 17,5%) de la participation du service d'aval (30% vs 15,9%) et une sous-estimation de la participation du consultant extérieur (14% vs 31,7%) et de la famille (34% vs 54%). L'analyse de nos résultats met en évidence un écart par rapport aux recommandations de la SRLF (25) et des textes de lois (17,18) en ce qui concerne la collégialité de la prise de décision qui doit tenir compte de la compétence ou non du patient notamment au moment de sa sortie du service de réanimation.

La participation des différents acteurs du soin dans la discussion d'une non-réadmission en réanimation se confronte à la réalité du quotidien, notamment pour les soignants. Il n'existe pas à ce jour de temps dédié pour cette réflexion comme cela est le cas lors de discussion de LAT. La participation des soignants est pourtant indispensable du fait de la connaissance de l'état d'esprit et de l'intimité du patient à travers les discussions avec leurs proches. Les données de la littérature mettent en évidence le rôle important concernant l'avis

des soignants pour améliorer la cohésion au sein de l'équipe de soins (26), diminuer la détresse morale (27) et l'épuisement professionnel (28). Le consultant extérieur est sollicité dans environ 1/3 des situations malgré des recommandations fortes sur le plan légal. Son rôle semble être reconnu dans 3 domaines : une distanciation certaine par rapport à la situation actuelle, un apport scientifique non négligeable et un rôle facilitateur sur le plan de la communication et de la réflexion éthique (25). Nous pouvons suggérer quelques remarques pouvant expliquer ce faible recours au consultant extérieur. Les réanimateurs ont pris l'habitude depuis très longtemps de prendre des décisions souvent lourdes de conséquences en internes ce qui bien évidemment n'a jamais empêché ces derniers de s'assurer d'une réflexion éthique de qualité avant toute prise de décision de LAT. Le positionnement du consultant extérieur notamment s'il s'agit d'un médecin spécialiste d'organe porte le plus souvent un regard biaisé d'une situation aiguë pour lequel il est peu confronté en pratique (ex : le patient avec un AVC en service de neurologie n'a sans doute pas le même pronostic qu'un patient avec un AVC et sous ventilation mécanique en réanimation). Mais, le plus souvent le consultant extérieur donne un avis notamment sur le projet thérapeutique ou le pronostic à court et moyen terme ce qui permet aux réanimateurs d'affiner avec les autres défaillances viscérales le pronostic et l'information à délivrer aux patients et/ou aux proches. Par contre les médecins généralistes sont sollicités essentiellement pour leur connaissance des antécédents et du mode de vie du patient, mais peu pour partager une décision éthique pouvant conduire à une LAT alors qu'ils semblent plutôt demandeur (23). Cette étude soulève un problème peu soulevé dans la littérature et encore moins dans les textes de loi et les recommandations de la SRLF : la participation dans la discussion des services d'aval (15,9% dans cette étude). Ce problème rejoint sans doute celui de la démarche palliative pouvant être initié certainement plus souvent que ce qui est retrouvé dans cette étude (17,5%). Il faudra sans doute explorer ces problèmes par une démarche de recherche qualitative (sous la forme d'entretiens semi-directifs) pour évaluer le ressenti des médecins et des soignants prenant en charge des patients avec une étiquette « non-réadmission en réanimation » et travailler en amont sur une meilleure communication pour éviter, anxiété, stress et dépression mais également conflits notamment avec les proches qui semblent impliqués dans cette étude qu'à hauteur de 54%. La loi du 22 avril 2005 met en avant le droit du patient à accepter ou refuser des soins après avoir reçu une information claire et loyale (29). Alors que dans la majorité des cas, les patients sont jugés incompétents à l'admission en réanimation (2) il n'en est certainement pas de même à la sortie de réanimation. Pourtant ceux-ci ne sont consultés que dans 15,9% des cas sans doute en raison des difficultés à expliquer au patient une telle décision. En effet on peut se poser la

question de la nécessiter d'informer un patient qu'il ne sera plus réadmis en réanimation s'il venait à se dégrader avec toutes les conséquences psychologiques que cela peut engendrer, puisque le code de déontologie médicale prévoit que « le malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave ». Si les patients souhaitent une participation active de leurs proches dans les prises de décisions les concernant (30), seulement la moitié des familles souhaite être impliquée l'autre moitié faisant confiance à l'équipe médicale (31). Ceci s'explique par le fait que l'hospitalisation en réanimation de leur proche engendre de grands bouleversements psychiques (32) et que leur implication dans le processus décisionnel peut être source de culpabilité et de syndrome de stress post traumatique (33).

En ce qui concerne la justification de la décision nous sommes en accord avec les recommandations des sociétés savantes puisque 92,1% des décisions sont justifiées dans le dossier médical. La principale raison conduisant à une décision de non-réadmission est l'impasse thérapeutique, puis le nombre de comorbidités avec une médiane de 3 sur l'échelle de Charlson, données retrouvées par d'autres auteurs (34,35). Ce chiffre de 3 comorbidités peut paraître faible mais il faut noter qu'il est calculé à l'admission et ne prend donc pas en compte l'ensemble des comorbidités découvertes durant le séjour en réanimation. La qualité de vie est également citée cependant il existe une grande subjectivité à l'égard de cette mesure. Cette discordance peut s'expliquer par le phénomène du « response shift ». Il s'agit d'une adaptation du patient qui revoit à la baisse ses exigences en termes de qualité de vie du fait des pathologies chroniques avec lesquelles il doit apprendre à vivre (36). De plus il existe clairement des divergences d'opinions entre professionnels de santé et patient. Sprung a montré que le critère qualité de vie est plus important pour les médecins et infirmières si ils avaient une décision à prendre pour eux-mêmes alors que les patients et leur famille privilégient la survie (37). L'âge n'est pas le critère le plus fréquemment cité pour justifier une décision de non-réadmission (23,8%), cependant l'âge avancé de nos patients (âge médian 75 ans) suggère que ce critère est implicitement incorporé à la décision. Ce choix paraît rationnel puisque c'est un facteur indépendant de mortalité (38–40). Cependant plusieurs études ont montré que l'âge ne peut à lui seul justifier d'une décision de LAT (41–43). Il faut pouvoir préciser ce qui est lié à la vulnérabilité physiologique de ce qui est lié à la multi morbidité (44,45).

Les LAT correspondent à une réorientation des soins privilégiant le confort et la qualité de vie du patient, elles risquent d'engendrer un sentiment d'abandon si bien que la loi (46) et les recommandations de la SRLF (25) insistent sur l'importance d'initier une démarche

palliative, en partie de la responsabilité de l'équipe de réanimation. Celle-ci ne s'adressant pas qu'aux patients en fin de vie puisque plus son instauration est précoce meilleure sera la qualité de vie (47). De plus son intégration au sein des services de réanimation diminue les traitements inutiles, les syndromes d'anxiété dépression, les états de stress post traumatique, et améliore la compréhension des familles (48). Pourtant cette dernière n'est mise en place que dans 17,5% des cas alors que l'impasse thérapeutique est le principal motif de non réadmission. En ce qui concerne la temporalité de la décision on observe 3 grands cas de figures; soit elle est prise précocement entre l'entrée et J3 (28,6%), soit elle est prise à la sortie du patient (42,6%) soit elle est prise après une réanimation longue de plus de 10 jours (11,1%). Si les études ont montré que les décisions de LAT interviennent majoritairement après 3 jours de réanimation, les décisions de non-réadmission interviennent majoritairement le jour de la sortie du service. Les décisions prises précocement entre l'entrée et J3 correspondent au délai de la réanimation dite d'attente c'est-à-dire au temps nécessaire pour les médecins de recueillir les souhaits du patient et les informations nécessaires à l'établissement du pronostic. Cela permet de passer du doute concernant le pronostic à un projet de soins bien construit. En effet dans l'urgence il est parfois impossible d'entreprendre une procédure collégiale de décision de LAT si bien que dans toutes les circonstances où l'incertitude persiste le concept de réanimation d'attente revêt un intérêt particulier. A posteriori on s'aperçoit que ces admissions en réanimation n'étaient pas justifiées et aurait sans doute pu être évités si la question de la pertinence de la réanimation avait été soulevée en amont (49). C'est ce qu'a mis en évidence l'étude LATASAMU au cours de laquelle 20% des patients suivi dans le cadre d'une démarche palliative avaient du être intubés et hospitalisé en réanimation (50). L'anticipation des soins fait donc partie de nos priorités. L'idéal serait que ce temps soit organisé en amont de la réanimation permettant d'éviter ainsi les aléas d'un questionnement en urgence, et de redistribuer les ressources vers des patients plus susceptibles d'en bénéficier. Pour cela la loi a proposé l'établissement de directives anticipées (DA) (19,46) seulement moins de 2,5% de la population française en aurait rédigé selon l'Institut National des Etudes Démographiques (INED) (51). C'est alors que se sont développées les consultations de soins palliatifs (52), d'éthique (53,54) ou encore les Advance Care Planning (55). Cependant pour les patients hospitalisés en réanimation, il serait souhaitable de mettre en place une réunion de concertation formalisée concernant la discussion d'une réadmission ou non en réanimation. Cela nécessiterait au préalable une validation de cette démarche dans le cadre d'un projet de recherche.

Les limites principales de cette étude concernent le recueil rétrospectif des données qui sous-estime sans doute l'implication des acteurs de soins dans la prise de décision de non-réadmission et le faible nombre de patients inclus.

## CONCLUSION

La place du médecin réanimateur peut être rendue difficile dans certaines situations cliniques où la crainte de générer une perte de chance pour le patient est équivalente à celle d'engager des soins disproportionnés. L'anticipation de la trajectoire de soins est donc une priorité pour notre profession. De notre point de vue l'éventualité d'une non-réadmission en réanimation devrait pouvoir s'intégrer à un projet de soin en concertation avec le patient et/ou ses proches et les différents acteurs du soin, justifiant pleinement la possibilité d'un temps dédié à cette réflexion.



Université de Bourgogne  
UFR des Sciences de Santé  
Circonscription Médecine  
**UNIVERSITE DE BOURGOGNE**



**THESE SOUTENUE PAR M<sup>LLE</sup> Olivia GUIDO**

### CONCLUSIONS

Les limitations et arrêts de traitements (LAT) sont fréquents en réanimation et sont encadrés sur le plan législatif par les lois concernant le droit des patients en fin de vie. Les décisions médicales de ne pas réadmettre un patient en réanimation doivent sans doute répondre aux mêmes exigences que lors de la prise de décision de LAT en réanimation. Dans cette étude, si la traçabilité de l'information est bonne, l'implication des patients, et d'une manière plus générale des différents acteurs du soin est sans doute perfectible. Il en est de même de l'implication dans le processus décisionnel des services qui recevront ces malades et des soins palliatifs. Pour répondre aux exigences réglementaires mais surtout aux attentes de nos concitoyens, il faut assurer une communication la plus transparente possible et impliquer dans ce processus décisionnel de non-réadmission les principaux protagonistes dans une démarche éthique de qualité. Nous proposons à l'issue de ce travail, qu'une recherche spécifique soit faite sur l'intérêt d'une réunion de concertation formalisée concernant tout patient pour lequel se pose la question d'une réadmission ou non en réanimation.

Le Président du jury,

P. J.N. BASTIE

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 1<sup>er</sup> SEPTEMBRE 2017  
Le Doyen

Pr. F.HUET

## REFERENCES

1. Décret n°2002-465 du 5 avril 2002 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 2002-465 avril, 2002.
2. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. *The Lancet*. 6 janv 2001;357(9249):9-14.
3. Prendergast TJ, Luce JM. Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *Am J Respir Crit Care Med*. janv 1997;155(1):15-20.
4. Quenot JP, Rigaud JP, Prin S, Barbar S, Pavon A, Hamet M, et al. Impact of an intensive communication strategy on end-of-life practices in the intensive care unit. *Intensive Care Med*. janv 2012;38(1):145-52.
5. Garrouste-Orgeas M, Montuclard L, Timsit J-F, Misset B, Christias M, Carlet J. Triaging patients to the ICU: a pilot study of factors influencing admission decisions and patient outcomes. *Intensive Care Med*. mai 2003;29(5):774-81.
6. Joynt GM, Gomersall CD, Tan P, Lee A, Cheng CA, Wong EL. Prospective evaluation of patients refused admission to an intensive care unit: triage, futility and outcome. *Intensive Care Med*. sept 2001;27(9):1459-65.
7. Consensus statement on the triage of critically ill patients. Society of Critical Care Medicine Ethics Committee. *JAMA*. 20 avr 1994;271(15):1200-3.
8. Chen LM, Martin CM, Keenan SP, Sibbald WJ. Patients readmitted to the intensive care unit during the same hospitalization: clinical features and outcomes. *Crit Care Med*. nov 1998;26(11):1834-41.
9. Elliott M, Worrall-Carter L, Page K. Intensive care readmission: a contemporary review of the literature. *Intensive Crit Care Nurs*. juin 2014;30(3):121-37.
10. Renton J, Pilcher DV, Santamaria JD, Stow P, Bailey M, Hart G, et al. Factors associated with increased risk of readmission to intensive care in Australia. *Intensive Care Med*. nov 2011;37(11):1800-8.
11. Wong EG, Parker AM, Leung DG, Brigham EP, Arbaje AI. Association of severity of illness and intensive care unit readmission: A systematic review. *Heart Lung J Crit Care*. févr 2016;45(1):3-9.e2.
12. Rosenberg AL, Watts C. Patients readmitted to ICUs\* : a systematic review of risk factors and outcomes. *Chest*. août 2000;118(2):492-502.

13. Elliott M. Readmission to intensive care: a review of the literature. *Aust Crit Care Off J Confed Aust Crit Care Nurses*. août 2006;19(3):96-8, 100-4.
14. Santamaria JD, Duke GJ, Pilcher DV, Cooper DJ, Moran J, Bellomo R, et al. The timing of discharge from the intensive care unit and subsequent mortality. A prospective, multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med*. 1 mai 2015;191(9):1033-9.
15. Azoulay E, Adrie C, De Lassence A, Pochard F, Moreau D, Thiery G, et al. Determinants of postintensive care unit mortality: a prospective multicenter study. *Crit Care Med*. févr 2003;31(2):428-32.
16. Timmers TK, Hulstaert PF, Leenen LPH. Patient outcomes can be associated with organizational changes: a quality improvement case study. *Crit Care Nurs Q*. mars 2014;37(1):125-34.
17. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. 2005-370 avril, 2005.
18. Décret n°2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006-119 février, 2006.
19. Dossiers législatifs - LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie | Legifrance [Internet]. [cité 3 avr 2017]. Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPubliee.do?idDocument=JORFDOLE000030368648&type=general&legislature=14>
20. Cremer R, Hubert P, Grandbastien B, Moutel G, Leclerc F, GFRUP's study group on forgoing treatments. Prevalence of questioning regarding life-sustaining treatment and time utilisation by forgoing treatment in francophone PICUs. *Intensive Care Med*. oct 2011;37(10):1648-55.
21. Giabicani M. Non-réadmissions en réanimation : enquête de pratiques. 30 sept 2016;102.
22. Giabicani M. Non-réadmissions en réanimation : enquête de pratiques. 30 sept 2016;102.
23. Rigaud J-P, Moutel G, Quesnel C, Eraldi J-P, Bougerol F, Pavon A, et al. How patient families are provided with information during intensive care: A survey of practices. *Anaesth Crit Care Pain Med*. juin 2016;35(3):185-9.
24. Rigaud J-P, Hardy J-B, Meunier-Beillard N, Devilliers H, Ecartot F, Quesnel C, et al. The concept of a surrogate is ill adapted to intensive care: Criteria for recognizing a reference person. *J Crit Care*. avr 2016;32:89-92.

25. Société de réanimation de langue. Limitation et arrêt des traitements en réanimation adulte. Actualisation des recommandations de la Société de réanimation de langue française. *Réanimation*. déc 2010;19(8):679-98.
26. Baggs JG, Schmitt MH, Mushlin AI, Mitchell PH, Eldredge DH, Oakes D, et al. Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Crit Care Med*. sept 1999;27(9):1991-8.
27. Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med*. févr 2007;35(2):422-9.
28. Danjoux Meth N, Lawless B, Hawryluck L. Conflicts in the ICU: perspectives of administrators and clinicians. *Intensive Care Med*. déc 2009;35(12):2068-77.
29. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
30. Roupie E, Santin A, Boulme R, Wartel JS, Lepage E, Lemaire F, et al. Patients' preferences concerning medical information and surrogacy: results of a prospective study in a French emergency department. *Intensive Care Med*. janv 2000;26(1):52-6.
31. 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 in the decision-making process: a study in 78 French intensive care units. *Crit Care Med*. sept 2004;32(9):1832-8.
32. Davidson JE, Jones C, Bienvenu OJ. Family response to critical illness: postintensive care syndrome-family. *Crit Care Med*. févr 2012;40(2):618-24.
33. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N, Chevret S, Aboab J, Adrie C, et al. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 1 mai 2005;171(9):987-94.
34. Santamaria JD, Duke GJ, Pilcher DV, Cooper DJ, Moran J, Bellomo R, et al. The timing of discharge from the intensive care unit and subsequent mortality. A prospective, multicenter study. *Am J Respir Crit Care Med*. 1 mai 2015;191(9):1033-9.
35. Hanane T, Keegan MT, Seferian EG, Gajic O, Afessa B. The association between nighttime transfer from the intensive care unit and patient outcome. *Crit Care Med*. août 2008;36(8):2232-7.
36. Hofhuis JGM, van Stel HF, Schrijvers AJP, Rommes JH, Bakker J, Spronk PE. Conceptual issues specifically related to health-related quality of life in critically ill patients. *Crit Care Lond Engl*. 2009;13(1):118.

37. Sprung CL, Carmel S, Sjkovist P, Baras M, Cohen SL, Maia P, et al. Attitudes of European physicians, nurses, patients, and families regarding end-of-life decisions: the ETHICATT study. *Intensive Care Med.* janv 2007;33(1):104-10.
38. Somme D, Maillet J-M, Gisselbrecht M, Novara A, Ract C, Fagon J-Y. Critically ill old and the oldest-old patients in intensive care: short- and long-term outcomes. *Intensive Care Med.* déc 2003;29(12):2137-43.
39. de Rooij SE, Govers A, Korevaar JC, Abu-Hanna A, Levi M, de Jonge E. Short-term and long-term mortality in very elderly patients admitted to an intensive care unit. *Intensive Care Med.* juill 2006;32(7):1039-44.
40. Sprung CL, Artigas A, Kesecioglu J, Pezzi A, Wiis J, Pirracchio R, et al. The Eldicus prospective, observational study of triage decision making in European intensive care units. Part II: intensive care benefit for the elderly. *Crit Care Med.* janv 2012;40(1):132-8.
41. Boumendil A, Somme D, Garrouste-Orgeas M, Guidet B. Should elderly patients be admitted to the intensive care unit? *Intensive Care Med.* juill 2007;33(7):1252-62.
42. Garrouste-Orgeas M, Tabah A, Vesin A, Philippart F, Kpodji A, Bruel C, et al. The ETHICA study (part II): simulation study of determinants and variability of ICU physician decisions in patients aged 80 or over. *Intensive Care Med.* sept 2013;39(9):1574-83.
43. Marik PE. Should age limit admission to the intensive care unit? *Am J Hosp Palliat Care.* mars 2007;24(1):63-6.
44. Le Maguet P, Roquilly A, Lasocki S, Asehnoune K, Carise E, Saint Martin M, et al. Prevalence and impact of frailty on mortality in elderly ICU patients: a prospective, multicenter, observational study. *Intensive Care Med.* mai 2014;40(5):674-82.
45. Zampieri FG, Colombari F. The impact of performance status and comorbidities on the short-term prognosis of very elderly patients admitted to the ICU. *BMC Anesthesiol.* 2014;14:59.
46. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. 2005-370 avr 22, 2005.
47. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med.* 19 août 2010;363(8):733-42.
48. Nelson JE, Bassett R, Boss RD, Brasel KJ, Campbell ML, Cortez TB, et al. Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: a report from the IPAL-ICU Project (Improving Palliative Care in the ICU). *Crit Care Med.* sept 2010;38(9):1765-72.

49. Rigaud J-P, Meunier-Beillard N, Aubry R, Dion M, Ecarnot F, Quenot J-P. Le médecin réanimateur : un consultant extérieur pour un choix éclairé du patient et de ses proches ? *Réanimation*. 1 juill 2016;25(4):367-71.
50. Ferrand E, Marty J, French LATASAMU Group. Prehospital withholding and withdrawal of life-sustaining treatments. The French LATASAMU survey. *Intensive Care Med*. oct 2006;32(10):1498-505.
51. Les décisions médicales en fin de vie en France - Population et Sociétés - Ined - Institut national d'études démographiques [Internet]. [cité 2 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/decisions-medicales-fin-vie-france/>
52. Scheunemann LP, McDevitt M, Carson SS, Hanson LC. Randomized, controlled trials of interventions to improve communication in intensive care: a systematic review. *Chest*. mars 2011;139(3):543-54.
53. Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD, Dugan DO, Blustein J, Cranford R, et al. Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*. 3 sept 2003;290(9):1166-72.
54. Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD. Impact of ethics consultations in the intensive care setting: a randomized, controlled trial. *Crit Care Med*. déc 2000;28(12):3920-4.
55. Molloy DW, Guyatt GH, Russo R, Goeree R, O'Brien BJ, Bédard M, et al. Systematic implementation of an advance directive program in nursing homes: a randomized controlled trial. *JAMA*. 15 mars 2000;283(11):1437-44.

## ANNEXES

### ANNEXE 1

#### **Questionnaire concernant les décisions de non réadmission en réanimation**

1. La décision de non-réadmission en réanimation a-t-elle fait l'objet d'une réunion spécifique ?
2. Les critères amenant à une décision de non-réadmission sont-ils mentionnés dans le dossier du patient ?
3. Les soignants ont-ils participé à la décision de non-réadmission en réanimation ?
4. Le patient est-il impliqué dans la discussion ayant amené à la prise de décision de non-réadmission en réanimation ?
5. La famille ou les proches sont-ils impliqués dans la discussion amenant à une décision de non-réadmission ?
6. Un consultant extérieur participe t-il la décision de non-réadmission ?
7. Le service qui prendra en charge le patient après son séjour en réanimation est-il impliqué dans la décision ?
8. Le service qui prendra en charge le patient après son séjour en réanimation est-il informé de la décision ?
9. Le médecin généraliste ou spécialiste traitant sont-ils informés de la décision de non réadmission ?
10. A quel moment du séjour la décision de non réadmission en réanimation a t'elle été prise ?
11. Qui a initié la décision ?
12. Une prise en charge palliative a-t-elle été instaurée dans les suites de cette décision?
13. La décision a-t-elle été révisée ?

## ANNEXE 2 : Score IGS II

Age (années)	Fréquence cardiaque (bpm)	Pression artérielle systolique (mmHg)
<input type="checkbox"/> (1) < 40 <input type="checkbox"/> (7) 40-59 <input type="checkbox"/> (12) 60-69 <input type="checkbox"/> (15) 70-74 <input type="checkbox"/> (16) 75-79 <input type="checkbox"/> (18) ≥ 80	<input type="checkbox"/> (11) < 40 <input type="checkbox"/> (2) 40-69 <input type="checkbox"/> (10) 70-119 <input type="checkbox"/> (4) 120-159 <input type="checkbox"/> (7) ≥ 160	<input type="checkbox"/> (11) < 70 <input type="checkbox"/> (5) 70-99 <input type="checkbox"/> (10) 100-199 <input type="checkbox"/> (2) ≥ 200
Température (en °C)	Ventilation Mécanique (VM) <sub>24h</sub> CPAP (continuous positive airway pressure) :	
<input type="checkbox"/> (1) < 39 °C <input type="checkbox"/> (3) ≥ 39 °C	<input type="checkbox"/> = Oui <input type="checkbox"/> = Non ↪ Si Oui : PaO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub> (mmHg) :	
	<input type="checkbox"/> (11) < 100 <input type="checkbox"/> (2) 100-199 <input type="checkbox"/> (6) ≥ 200	
Diurèse (l/24 h)	Urée sanguine (mmol/l ou g/l)	Leucocytes (mm <sup>3</sup> )
<input type="checkbox"/> (11) < 0,5 <input type="checkbox"/> (4) 0,5 à 0,999 <input type="checkbox"/> (10) ≥ 1	<input type="checkbox"/> (1) < 10 mmol/l ou < 0,6 g/l <input type="checkbox"/> (8) 10-29 mmol/l ou 0,6-1,79 g/l <input type="checkbox"/> (12) ≥ 30 mmol/l ou ≥ 1,8 g/l	<input type="checkbox"/> (12) < 1000 <input type="checkbox"/> (1) 1 000-19 000 <input type="checkbox"/> (3) ≥ 20 000
Kaliémie (mEq/l)	Natrémie (mEq/l)	Bicarbonatémie (HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> en mEq/l)
<input type="checkbox"/> (11) < 3 <input type="checkbox"/> (1) 3 à 4,9 <input type="checkbox"/> (32) ≥ 5	<input type="checkbox"/> (5) < 125 <input type="checkbox"/> (10) 125 à 144 <input type="checkbox"/> (1) ≥ 145	<input type="checkbox"/> (6) < 15 <input type="checkbox"/> (3) 15-19 <input type="checkbox"/> (1) ≥ 20
Bilirubine (μmol/l ou mg/l)		
<input type="checkbox"/> (1) < 68,4 μmol/l ou < 40 mg/l <input type="checkbox"/> (4) 68,4 à 102,5 μmol/l ou 40 à 59,9 mg/l <input type="checkbox"/> (2) > 102,6 μmol/l ou ≥ 60 mg/l		
Score de Glasgow	Maladies chroniques	Mode d'admission
<input type="checkbox"/> (26) < 6 <input type="checkbox"/> (13) 6-8 <input type="checkbox"/> (7) 9-10 <input type="checkbox"/> (5) 11-13 <input type="checkbox"/> (1) 14-15	<input type="checkbox"/> (1) Aucune <input type="checkbox"/> (2) Cancer métastatique <input type="checkbox"/> (12) Hémopathie maligne <input type="checkbox"/> (17) SIDA	<input type="checkbox"/> (1) Chirurgie programmée <input type="checkbox"/> (6) Médecine <input type="checkbox"/> (3) Chirurgie urgente

## ANNEXE 3 : Score SOFA

Système	0	1	2	3	4
<b>RESPIRATOIRE</b> <i>PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub></i>	>400 mmHg <input type="checkbox"/> (0)	≤ 400 mmHg ± ventilation assistée <input type="checkbox"/> (1)	≤ 300 mmHg ± ventilation assistée <input type="checkbox"/> (2)	≤ 200 mmHg ET ventilation assistée <input type="checkbox"/> (3)	≤ 100 mmHg ET ventilation assistée <input type="checkbox"/> (4)
<b>CARDIOVASCULAIRE</b> <i>PAM ou vasopresseurs</i>	Pas d'hypotension <input type="checkbox"/> (0)	PAM < 70 mmHg <input type="checkbox"/> (1)	Dopamine ≤ 5 gamma/kg.min ou dobutamine (dose variable) <input type="checkbox"/> (2)	Dopamine >5 gamma/kg.min, adrénaline ou noradrénaline ≤0,1 GAMMA/kg.min <input type="checkbox"/> (3)	Dopamine >15 gamma/kg.min, adrénaline ou noradrénaline > 0,1 GAMMA/kg.min <input type="checkbox"/> (4)
<b>HEPATIQUE</b> <i>Bilirubine totale</i>	< 12 mg/L < 20 µmol/L <input type="checkbox"/> (0)	12-19 mg/L 20-32 µmol/L <input type="checkbox"/> (1)	20-59 mg/L 33-101 µmol/L <input type="checkbox"/> (2)	60-119 mg/L 102-204 µmol/L <input type="checkbox"/> (3)	>120 mg/L >204 µmol/L <input type="checkbox"/> (4)
<b>COAGULATION</b> <i>Plaquettes</i>	> 150 000/mm <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> (0)	≤ 150 000/mm <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> (1)	≤ 100 000/mm <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> (2)	≤ 50 000 /mm <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> (3)	≤ 20 000/mm <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> (4)
<b>NEUROLOGIQUE</b> <i>Score de Glasgow</i>	15 <input type="checkbox"/> (0)	13-14 <input type="checkbox"/> (1)	10-12 <input type="checkbox"/> (2)	6-9 <input type="checkbox"/> (3)	<6 <input type="checkbox"/> (4)
<b>RENAL</b> <i>Créatinémie ou diurèse</i>	<110 µmol/L <input type="checkbox"/> (0)	12-19 mg/L 110-170 µmol/L <input type="checkbox"/> (1)	20-34 mg/L 171-299 µmol/L <input type="checkbox"/> (2)	35-49 mg/L 300-440 µmol/L ou <500 mL/j <input type="checkbox"/> (3)	>50 mg/L >440 µmol/L ou <200 mL/j <input type="checkbox"/> (4)

Score total SOFA : |\_|\_|

## ANNEXE 4 : Echelle de qualité de vie EQ5D

**COMMENT REpondre:** Dans ce questionnaire, nous essayons de déterminer de façon résumée ce que vous pensez de votre santé : nous allons décrire plusieurs états de santé dans lesquels peut se trouver une personne et nous vous demandons d'indiquer quelle situation vous correspond. Il n'y a pas de réponses correctes ou incorrectes, ce qui nous intéresse, c'est ce que vous pensez. Veuillez indiquer, pour chacune des 5 rubriques suivantes, l'affirmation qui décrit le mieux  **votre état de santé antérieur, dans les trois mois précédant l'hospitalisation**, en cochant la case appropriée (**une seule case par rubrique**).

### 1. Mobilité

- <sub>1</sub> Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied
- <sub>2</sub> J'ai des problèmes légers pour me déplacer à pied
- <sub>3</sub> J'ai des problèmes modérés pour me déplacer à pied
- <sub>4</sub> J'ai des problèmes sévères pour me déplacer à pied
- <sub>5</sub> Je suis incapable de me déplacer à pied

### 2. Autonomie de la personne

- <sub>1</sub> Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller tout seul
- <sub>2</sub> J'ai des problèmes légers pour me laver ou m'habiller tout(e) seul(e)
- <sub>3</sub> J'ai des problèmes modérés pour me laver ou m'habiller tout seul
- <sub>4</sub> J'ai des problèmes sévères pour me laver ou m'habiller tout seul
- <sub>5</sub> Je suis incapable de me laver ou de m'habiller tout(e) seul(e)

### 3. Activités courantes (exemples: travail, études, travaux domestiques, activités familiales ou loisirs)

- <sub>1</sub> Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes
- <sub>2</sub> J'ai des problèmes légers pour accomplir mes activités courantes
- <sub>3</sub> J'ai des problèmes modérés pour accomplir mes activités courantes
- <sub>4</sub> J'ai des problèmes sévères pour accomplir mes activités courantes
- <sub>5</sub> Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes

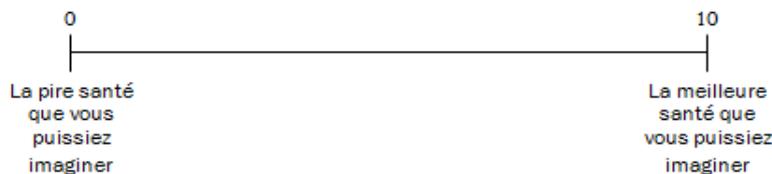
### 4. Douleurs / Gêne

- <sub>1</sub> Je n'ai ni douleurs ni gêne
- <sub>2</sub> J'ai des douleurs ou une gêne légère(s)
- <sub>3</sub> J'ai des douleurs ou une gêne modérée(s)
- <sub>4</sub> J'ai des douleurs ou une gêne sévère(s)
- <sub>5</sub> J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s)

### 5. Anxiété / Dépression

- <sub>1</sub> Je ne suis ni anxieux (se) ni déprimé(e)
- <sub>2</sub> Je suis légèrement anxieux(se) ou déprimé(e)
- <sub>3</sub> Je suis modérément anxieux (se) ou déprimé(e)
- <sub>4</sub> Je suis sévèrement anxieux (se) ou déprimé(e)
- <sub>5</sub> Je suis extrêmement anxieux (se) ou déprimé(e)

A présent, indiquez sur l'échelle à combien vous estimez votre état de santé dans les 3 mois précédant votre hospitalisation entre 0 et 10, sachant que 10 correspond au meilleur état de santé et 0 au pire état de santé que vous puissiez imaginer.



## ANNEXE 5 : Echelle d'autonomie ADL de Katz

Activité	Description	Score
<b>Hygiène corporelle</b>	Autonome	<input type="checkbox"/> (1)
	Aide partielle pour une partie du corps	<input type="checkbox"/> (0,5)
	Aide pour plusieurs parties du corps ou toilette impossible	<input type="checkbox"/> (0)
<b>Habillage</b>	Autonome pour le choix et l'habillage	<input type="checkbox"/> (1)
	S'habille mais besoin d'aide pour se chausser	<input type="checkbox"/> (0,5)
	Besoin d'aide pour choisir ses vêtements, pour s'habiller ou reste partiellement ou complètement déshabillé	<input type="checkbox"/> (0)
<b>Aller aux toilettes</b>	Autonome	<input type="checkbox"/> (1)
	Doit être accompagné, besoin d'aide	<input type="checkbox"/> (0,5)
	Ne va pas aux WC, n'utilise pas le bassin, l'urinoir	<input type="checkbox"/> (0)
<b>Locomotion</b>	Autonome	<input type="checkbox"/> (1)
	Besoin d'aide	<input type="checkbox"/> (0,5)
	Grabataire	<input type="checkbox"/> (0)
<b>Continence</b>	Continent	<input type="checkbox"/> (1)
	Incontinence occasionnelle	<input type="checkbox"/> (0,5)
	Incontinence permanente	<input type="checkbox"/> (0)
<b>Repas</b>	Autonome	<input type="checkbox"/> (1)
	Aide pour couper la viande ou peler les fruits	<input type="checkbox"/> (0,5)
	Aide complète ou alimentation artificielle	<input type="checkbox"/> (0)
<b>TOTAL</b>		_   .   _

## **TITRE DE LA THESE : EVALUATION DU PROCESSUS DECISIONNEL CONDUISANT A UNE DECISION DE NON-READMISSION EN REANIMATION**

**AUTEUR : GUIDO OLIVIA**

**INTRODUCTION :** Si la question du bénéfice-risque d'une admission ou d'une réadmission en réanimation a suscité beaucoup d'intérêt dans la littérature, la question éthique de la non-réadmission au cours du même séjour hospitalier n'a été évoquée que dans très peu de travaux [1,2]. Cette décision peut s'apparenter à une limitation des traitements et entrer dans le cadre de la loi du 22 avril 2005 en privant le patient de ressources en soins potentiellement disponibles. Les objectifs de notre étude sont d'une part d'identifier si les modalités de prise de décision de non-réadmission en réanimation sont respectées au regard de la législation Française et d'autre part d'identifier des profils de patients concernés par cette décision.

**MATERIEL ET METHODE :** Il s'agit d'une étude ancillaire, observationnelle et bi-centrique (Dijon, Strasbourg) issue d'une base de données plus vaste évaluant l'influence de la vulnérabilité socio-économique sur le pronostic des patients admis en réanimation (PHRC-IR 2012, étude IVOIRE). Nous avons identifié les patients pour lesquels une décision de non-réadmission au cours du même séjour hospitalier avait été prise et dans le même temps, construit avec l'aide d'un sociologue un questionnaire composé de 13 items (issus d'entretiens semi-directifs) afin d'évaluer les modalités de décisions. L'identification des profils de patients concernés par une décision de non-réadmission a fait l'objet d'analyses statistiques (Centre d'Investigation Clinique 1432 CHU de Dijon).

**RESULTATS :** Au total, 63 (5.7%) patients parmi les 1098 inclus dans l'étude IVOIRE par les 2 centres participant ont fait l'objet d'une décision de non-réadmission mentionnée dans le CRH. Cette décision est majoritairement prise le jour de la sortie du patient (42,6%) et fait intervenir le patient, la famille, le consultant extérieur et les soignants dans respectivement 15,9%, 54%, 31,7% et 0%. La décision est justifiée dans 92,1% des cas et les principaux arguments sont : l'impasse thérapeutique (52,4%), les comorbidités (44,4%) et le degré de dépendance (34,9%). Les patients concernés par cette décision étaient plus âgés (75 vs 65,6 ans  $p < 0,0001$ ), présentaient plus de comorbidités (3 vs 2  $p = 0,0004$ ), avaient une moins bonne qualité de vie selon l'échelle ADL de Katz (5 vs 6  $p < 0,0001$ ) et présentaient une durée de traitements de suppléance plus importante (7,5 vs 5 jours  $p = 0,028$ ).

**CONCLUSION :** Si le profil des patients identifié dans cette étude justifie sans doute une décision de non-réadmission en réanimation, le processus décisionnel amenant à cette décision reste par contre perfectible.

**MOTS-CLES :** ETHIQUE, LIMITATION ET ARRET DE TRAITEMENT, NON-READMISSION