



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2022

N°

SÉJOURS « NON JUSTIFIÉS » EN RÉANIMATION :
Enquête de pratique nationale

THESE

présentée

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

et soutenue publiquement le 15 juin 2022

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par GRANGÉ Clotilde

Née le 21/09/1992

A VILLEURBANNE (69)

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 encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.

ANNEE 2022

N°

SÉJOURS « NON JUSTIFIÉS » EN RÉANIMATION :
Enquête de pratique nationale

THESE

présentée

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

et soutenue publiquement le 15 juin 2022

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par GRANGÉ Clotilde

Née le 21/09/1992

A VILLEURBANNE (69)

Année Universitaire 2021-2022
au 1^{er} Septembre 2021

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	BEDANE	Dermato-vénéréologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Alain	BRON	Ophthalmologie
Mme	Mary	CALLANAN (WILSON)	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophthalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSELL	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie
M.	Philippe	KADHEL	Gynécologie-obstétrique
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie

M.	Côme	LEPAGE	Hépto-gastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépto-gastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
			(Mission temporaire à Londres du 01/09/2021 au 31/08/2023)
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Louise	BASMACIYAN	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
			(Disponibilité du 16/11/2020 au 15/11/2021)
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Valentin	DERANGERE	Histologie
Mme	Ségolène	GAMBERT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Anne-Sophie	MARIET	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie

M.	Thomas	MOUILLOT	Physiologie
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie
Mme	Claire	TINEL	Néphrologie
M.	Antonio	VITOBELLO	Génétique
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Bernard	BONIN	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Laurent	BRONDEL	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Philippe	CAMUS	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Pascal	CHAVANET	(01/09/2021 au 31/08/2024)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2018 au 31/10/2021)
M.	Serge	DOUVIER	(15/12/2020 au 14/12/2023)
M.	Claude	GIRARD	(01/01/2019 au 31/12/2021)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2019 au 31/12/2021)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2020 au 31/08/2023)

PROFESSEUR ASSOCIE DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Jacques	BEURAIN	Neurochirurgie
----	---------	----------------	----------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
Mme	Claire	ZABAWA	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	BEAUGRAND	Médecine Générale
Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Olivier	MAIZIERES	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Lucie	BERNARD	Anglais
Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie

M. Gaëtan JEGO Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme Marianne ZELLER Physiologie

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme Marceline EVRARD Anglais

Mme Lucie MAILLARD Anglais

PROFESSEUR CERTIFIE

M. Philippe DE LA GRANGE Anglais

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M. Mathieu BOULIN Pharmacie clinique

M. François GIRODON Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

Mme Evelyne KOHLI Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Amélie CRANSAC Pharmacie clinique

M. Philippe FAGNONI Pharmacie clinique

M. Marc SAUTOUR Botanique et cryptogamie

M. Antonin SCHMITT Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :

Professeur Jean-Pierre QUENOT

Membres :

Professeur Pierre-Emmanuel CHARLES

Docteur Denis SEMAMA

Docteur Marie LABRUYERE (Directrice)

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

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."

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

Au Pr Jean Pierre QUENOT :

Merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Merci pour votre présence et votre accompagnement tout au long de ce travail.

Au Pr Pierre-Emmanuel CHARLES :

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse, votre disponibilité, votre accompagnement et votre soutien au cours de mon DES de MIR, de l'option Réanimation Pédiatrique et de mes différents stages.

Au Dr Denis SEMAMA :

Merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Merci pour votre accompagnement, votre aide, votre soutien et votre engagement pour la réalisation de l'option Réanimation Pédiatrique. Merci pour votre présence et votre accessibilité.

Au Dr Marie LABRUYERE :

Merci de me faire l'honneur de diriger ma thèse. Merci pour ton soutien, pour ta bonne humeur, pour notre amitié et pour tout ce que j'ai appris à tes côtés en particulier durant nos gardes (souvent mémorables).

A ma famille, qui a toujours été présente et un véritable pilier tout au long de mes études.

Merci maman de m'avoir fait goûter à la médecine dès toute petite, je suis vraiment tombée dedans, comme on dit. Tu m'as donné goût aux choses précises et méticuleuses et m'as appris la rigueur. Tu m'as accompagnée durant toutes mes études, en particulier avec des petits ravitaillements surtout entre les épreuves du concours de PACES.

Merci papa de m'avoir donné goût aux situations d'Urgence. Tu as toujours été là pour un petit restaurant ou un cinéma entre deux séances de révisions.

Merci Paul-Louis, mon petit-frère, mon doudou, pour notre complicité, nos années de coloc que tous les deux. A tous nos fous-rires et nos petits délires.

A Franck, merci d'avoir toujours été là, dès le début de notre amitié en 2^{ème} année de Médecine. Merci pour ton soutien inconditionnel. Merci pour toutes nos aventures et tout ce que l'on vit tous les deux.

A toute l'équipe de Médecine Intensive Réanimation du CHU de Dijon, merci pour votre accueil et pour votre générosité. Tout particulièrement merci au Dr Prin, à Pascal, à François et à Thibault et merci à mes cointernes : Florian (Maître Moretto), les deux Marie, Anouck, Florian, Bastien, Amir, Florian, Jean et Louise. J'ai appris énormément à vos côtés.

A toute l'équipe du service de Réanimation Pédiatrique et Néonatale du CHU de Dijon, vous m'avez rapidement acceptée au sein de votre famille. Merci à Stéphanie, Benoit, Camille, Mégan, Ninon, Corine, Delphine, Charlotte et Isabelle, vous m'avez tous appris tellement de choses en pédiatrie et en néonatalogie.

A l'équipe de Réanimation du CH d'Auxerre, merci pour votre encadrement lors de mon premier semestre de bébé réanimateur.

A l'équipe des Soins Intensifs de Cardiologie du CHU de Dijon, et tout particulièrement merci à Audrey et Thibault pour votre accueil, votre bienveillance et votre pédagogie. Merci à mes cointernes Julie, Valentin et Iustina, à toutes les épreuves que nous avons vécues ensemble durant ces 6 mois.

A l'équipe d'Hématologie du CHU de Dijon, merci pour tout ce que j'ai appris à vos côtés.

A l'équipe des Urgences pédiatrique du CHU de Dijon, pour m'avoir fait redécouvrir la pédiatrie.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	12
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	14
RÉSULTATS.....	16
DISCUSSION	19
CONCLUSIONS.....	23
BIBLIOGRAPHIE.....	24
ANNEXE	27
FIGURES	30

TABLE DES FIGURES

FIGURE 1	30
FIGURE 2	30
FIGURE 3	31
FIGURE 4.....	31

INTRODUCTION

La pandémie liée au SARS-CoV-2 a été l'occasion de réfléchir sur ce bien précieux que constitue désormais un lit de réanimation. Cet état de fait a justifié un questionnement éthique à propos des critères d'admission en réanimation (1)(2). En effet, nous devons en tant que médecins réanimateurs, garantir une utilisation équitable des ressources en lits de réanimation ainsi qu'une proportionnalité des soins en accord avec le projet thérapeutique et les souhaits du patient quand l'un et/ou l'autre sont connus, avec l'objectif de préserver une qualité de vie acceptable dans ses aspects physiques et psychiques après son séjour en réanimation (3)(4). Malgré des critères reconnus qui permettent aux réanimateurs de prendre une décision d'admission en réanimation, il existe parfois un équilibre difficile à trouver, notamment en situation d'urgence, entre le risque de perte de chance en cas de refus d'admission et le risque d'obstination déraisonnable en cas d'admission qualifiée de « non justifiée », comme cela est souligné dans les guidelines de la Society of Critical Care Medicine (5)(6). En effet, si les traitements dits « futiles » ou « disproportionnés » en réanimation sont de nos jours bien décrits dans la littérature (7)(8), les séjours qualifiés de « non-justifiés » en réanimation ont été très peu évalués. Dans une étude rétrospective nord-américaine, 31% des patients décédés à l'hôpital avaient été admis en réanimation malgré le fait qu'ils avaient préalablement exprimé par écrit leur volonté de bénéficier uniquement de soins de confort et 14% d'entre eux avaient été soumis à un ou plusieurs traitements de suppléance d'organe (9). Récemment, une étude observationnelle prospective multicentrique française impliquant 4 Centres a montré que la proportion de séjours qualifiés de « non-justifiés » pouvait concerner jusqu'à 22% des admissions en réanimation (10). Dans cette étude, les auteurs ont montré que, dans environ un quart des cas de séjours qualifiés de « non-justifiés », le patient ne souhaitait pas être admis en réanimation. De même, des facteurs comme l'âge, l'autonomie et la qualité de vie antérieure mais également l'évolution terminale d'une pathologie chronique et une situation d'impasse

thérapeutique ont été identifiés par les médecins réanimateurs comme pouvant être à l'origine d'un séjour en réanimation qualifié de « non justifié » (10).

Grâce à une enquête de pratiques nationale, nous avons souhaité mieux définir les critères, les circonstances et les conséquences d'un séjour qualifié de « non justifié » en réanimation et de proposer des moyens pour éviter de telles admissions. Cette enquête s'est appuyée sur un Réseau de Recherche en Éthique en Soins Critiques (RESC) à des fins de représentativité en termes de type et de taille de services de réanimation mais également de modes d'exercice des médecins réanimateurs.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Cette étude s'est déroulée entre le 22/06/2021 et le 4/10/2021.

A chaque réanimateur membre du RESC ayant accepté de participer à cette étude a été attribué un code d'accès à un premier questionnaire en ligne (LimeSurvey) lui permettant de colliger des informations concernant ses principales caractéristiques démographiques (âge, sexe, nombre d'années d'expérience comme médecin réanimateur) et de répondre à 2 questions concernant le service où il exerce: Quelle est la proportion annuelle de séjours qualifiés « non justifiés » dans votre service? et Quelle est, parmi ces derniers, la proportion de séjours qui auraient pu être évités ? Les modalités de réponses proposées à la première et à la seconde question étaient respectivement : 0 à 10%, 11 à 20%, 21 à 30% et >30% et 0 à 25%, 26 à 50%, 51 à 75%, 76 à 100%.

Après validation du premier questionnaire, les réanimateurs devaient répondre à un second questionnaire interrogeant le participant sur 4 grands domaines : 1) Quels sont les critères qui pourraient être retenus pour qualifier un séjour en réanimation comme étant « non justifié » ?, 2) Quelles sont les circonstances qui pourraient amener à admettre en réanimation un patient dont le séjour pourrait être estimé à postériori comme « non justifié » ?, 3) Quelles peuvent être les conséquences d'un séjour qualifié de « non justifié » en réanimation ? et 4) Quelles seraient les mesures à mettre en œuvre pour éviter un séjour qui serait qualifié à postériori de « non justifié » en réanimation ? Pour chacun de ces grands domaines, différentes questions étaient posées (de 9 à 15 par domaine) (*Questionnaire en annexe*). Pour chacune de ces questions, le réanimateur devait compléter une échelle de Likert en 5 points (pas du tout d'accord/pas d'accord/sans opinion/d'accord/tout à fait d'accord).

Les 4 grands domaines cités ci-dessus ainsi que l'ensemble des réponses possibles à chaque question ont été construites à partir d'un focus group de 10 médecins issus d'hôpitaux

universitaires et non-universitaires et selon la méthodologie décrite dans une étude précédente (10). Un clinicien (Jean-Pierre Quenot) et un sociologue (Nicolas Meunier-Beillard) ont animé la discussion à l'aide de questions ouvertes pour permettre aux participants de décrire l'ensemble des éléments leur faisant considérer un séjour en réanimation comme « non justifié ». L'ensemble du questionnaire a ensuite été testé sur un nouveau panel de 10 médecins réanimateurs afin de juger de la compréhension et de la pertinence de chaque item du questionnaire mais également de la reproductibilité des réponses obtenues après plusieurs relectures (test/retest). Des reformulations et des précisions ont ainsi permis de valider de manière définitive le questionnaire avant la mise en ligne à destination des participants à l'étude (*questionnaire en annexe*).

La mise en ligne des questions sur LimeSurvey ainsi que l'exploitation des résultats ont été réalisées par le Centre d'Investigation Clinique du CHU de Dijon (certifié ISO 9001 V2015).

The Institutional Review Board (Comité de Protection des Personnes Est I, Dijon) a déclaré le 10.05.2021 que cette étude ne relevait pas du champ de la Législation Française en matière de recherche. Chaque participant a tout de même donné son accord de participation après avoir été informé des objectifs de l'étude.

RÉSULTATS

Parmi les 164 médecins sollicités initialement dans le cadre du réseau RESC, 154 médecins réanimateurs (dont les trois quarts avaient plus de 2 ans d'expérience) ont répondu à l'ensemble des questions.

Seulement 7% des répondants estiment que plus de 21% des séjours peuvent être qualifiés de « non justifiés » ; tandis qu'un tiers des participants estiment que plus la moitié des séjours qualifiés de non-justifiés auraient pu être évités.

Pour la suite des résultats, les modalités de réponse « d'accord » et « tout à fait d'accord » ont été regroupées, ainsi que les modalités « pas du tout d'accord » et « pas d'accord ».

A la question : Quels sont les critères qui pourraient être retenus pour qualifier un séjour en réanimation comme étant « non justifié » ? (Figure 1)

La grande majorité des répondants (>80%) avancent plusieurs critères : l'absence de bénéfice à la prise en charge en réanimation en termes de survie, une dégradation significative de la qualité de vie, les souhaits exprimés par le patient, un pronostic défavorable à court terme (<3 mois), l'expression des souhaits des médecins référents du patient et la dispensation de traitements jugés comme inappropriés en réanimation. Par contre, une prise en charge inadaptée ou insuffisante en amont du séjour en réanimation était un critère de séjour « non justifié » qui a été peu reconnu par les répondants.

A la question : Quelles sont les circonstances qui pourraient amener à admettre en réanimation un patient dont le séjour pourrait être estimé a posteriori comme « non justifié » ? (Figure 2)

La grande majorité des répondants (>80%) mettent en avant plusieurs circonstances : l'absence de renseignement, la méconnaissance du dossier médical et l'absence d'anticipation

d'une situation aiguë. La disponibilité en lit et la pression médicale ou administrative ne semblent pas être des circonstances conduisant à des séjours « non justifiés » en réanimation pour les personnes ayant complété le questionnaire.

A la question : Quelles peuvent être les conséquences d'un séjour qualifié de « non justifié » en réanimation ? (Figure 3)

La grande majorité des répondants (>80%) mettent en avant plusieurs conséquences : stress et anxiété chez les proches et chez les patients, situations d'incompréhension et/ou de conflits avec les proches mais également avec les soignants du service. Il est à noter qu'une diminution de la qualité des soins est une conséquence moins évoquée mais toutefois présente pour près de la moitié des répondants (45% des réponses) d'un séjour « non justifié » en réanimation.

A la question : Quelles seraient les mesures à mettre en œuvre pour éviter un séjour qui serait qualifié à posteriori de « non justifié » en réanimation ? (Figure 4)

La grande majorité des répondants (>80%) proposent les éléments suivants comme étant susceptibles de contribuer à éviter un séjour qui serait qualifié a posteriori de « non justifié ». Évoquer la légitimité d'une admission en réanimation dans le projet de soin des patients, établir une procédure institutionnelle relative aux admissions en réanimation, identifier les traitements qui seraient « inappropriés » ou « disproportionnés » en amont de l'éventualité d'une admission en réanimation, associer un médecin réanimateur lors d'une élaboration pluridisciplinaire du projet de soin du patient en amont d'un potentiel séjour en réanimation et organiser des échanges réguliers avec les autres professionnels autour des situations complexes. L'utilisation de scores de gravité et de fragilité, comme des procédures de service

dédiées ne sont cités que par moins de 50% du collectif des réanimateurs comme mesures susceptibles d'éviter des séjours « non justifiés » en réanimation.

DISCUSSION

Cette étude met en lumière les critères complexes de l'admission d'un patient en réanimation, les circonstances permettant d'identifier les séjours qualifiés de « non justifiés », leurs conséquences et les mesures à proposer pour les réduire ou les éviter.

A notre connaissance, il s'agit de la première enquête de pratiques réalisée dans ce domaine. Les résultats principaux soulignent le fait qu'une admission en réanimation doit prendre en compte la survie et la qualité de vie attendues après la réanimation, au regard de la situation clinique actuelle et du parcours préalable du patient. L'urgence de la situation clinique, la méconnaissance du dossier médical et l'absence d'anticipation d'une éventuelle admission en réanimation dans le parcours de soin du patient sont des circonstances pouvant entraîner un séjour qualifié de « non justifié » en réanimation. Le stress, l'anxiété, l'incompréhension, voire des conflits avec les proches et entre les soignants peuvent être les conséquences de ces circonstances d'admission. Enfin, l'une des mesures à mettre en œuvre pour les réduire ou les éviter pourrait être la concertation pluridisciplinaire en amont de la réanimation, impliquant le patient, ses proches et le médecin réanimateur, dès que la présence de ce dernier apparaît légitime au regard du projet de soin du patient.

Comment prendre en compte les résultats de cette enquête qui traduit étroitement les situations vécues quotidiennement par les médecins réanimateurs, en termes de choix d'admission ou non d'un patient en réanimation ? Il existe pour les médecins une responsabilité morale vis-à-vis de la dispensation de soins souvent très lourds pour le patient, ses proches et les soignants, soins dont il ne faut pas occulter le coût en termes de ressources humaines, matérielles et financières dans un système de santé contraint (11). Cette responsabilité doit être nuancée par le fait que les réanimateurs sont sollicités le plus souvent en contexte d'urgence alors même qu'ils ne disposent que de peu d'informations médicales permettant de juger de l'adéquation et de la pertinence de la mise en œuvre de traitements de suppléances d'organes. Cette responsabilité doit sans doute être partagée avec les médecins en

amont d'un séjour en réanimation notamment lors du parcours hospitalier du patient en y impliquant également son ou ses médecins référents.

Malgré cela, des difficultés relatives à la problématique de l'anticipation sont relevées pour les médecins non-réanimateurs, comme le pronostic incertain de nombre de leurs patients (12)(13)(14), le recul insuffisant quant à l'état clinique du patient, à ses antécédents, à sa qualité de vie antérieure et à sa trajectoire de soin, les difficultés à informer les patients et les proches d'une situation aiguë potentielle et le manque de connaissance des soins spécifiques de réanimation (15). Pour tenter de résoudre ces difficultés, plusieurs approches ont été proposées comme la planification anticipée des soins (Advance Care Planning, ACP) (16)(17)(18), les consultations d'éthique et les consultations de soins palliatifs (19)(20) dont les effets se sont manifestés essentiellement par la réduction des traitements disproportionnés en réanimation.

Il ne faut pas omettre le fait qu'il existe certainement une difficulté pour les patients à exprimer leurs souhaits y compris alors qu'il existe la possibilité d'écrire leurs directives anticipées tel que cela est proposé en France (21) ou au plan international (22)(23). Il est, en effet, compliqué pour les patients de s'approprier cette possibilité de formaliser leurs directives anticipées, y compris après un séjour en réanimation, sans doute parce qu'il est difficile de se projeter quant à sa propre fin de vie, d'en envisager les circonstances et les choix qui pourraient en découler (24).

Nous proposons, au regard des problématiques mises en évidence dans ce travail et conduisant à des séjours considérés comme « non-justifiés », qu'une réflexion collective autour d'un niveau d'engagement thérapeutique s'engage en amont de la réanimation impliquant le patient, ses proches, ses médecins référents et positionnant le médecin réanimateur comme l'interlocuteur privilégié quant à la possibilité d'admission ou non d'un patient en réanimation, comme cela est précisé par Hilton et coll. (25). En effet, le médecin

réanimateur est celui qui connaît le mieux la réanimation et les traitements de suppléance qui peuvent être proposés aux patients. Il est également le plus à même d'évaluer le pronostic du patient en fonction de l'existence et de la sévérité de défaillances d'organes. Enfin, c'est le médecin qui est le plus apte à expliquer aux patients, aux familles et/ou aux proches les limites et les conséquences potentielles de la réanimation. Ainsi, le médecin réanimateur, en quittant sa sphère habituelle d'évolution, en endossant le rôle de « consultant *a priori* » (26)(27) et en s'impliquant dans la mise en place des niveaux d'engagement thérapeutiques dans les unités de soin hors réanimation, apparaît désormais comme un acteur incontournable de l'organisation des parcours de soin et des projets thérapeutiques (17)(28) et cela de manière accrue en période de crises sanitaires où les lits de réanimation deviennent un bien plus que précieux. Il est légitime d'espérer que cette démarche anticipée en matière d'admission en réanimation puisse, à terme, contribuer à réduire les problématiques liées à la question du tri de patients à l'origine de dilemmes éthiques douloureux (2).

Il est certes possible, dans des situations incertaines, imprécises, non documentées et en l'absence d'interlocuteurs adéquats, d'admettre un patient et de se donner le temps de la réflexion à la recherche des informations qui viendront alors enrichir une procédure collégiale ultérieure pour une décision de poursuivre ou non la réanimation (4). La littérature s'enrichit de ce nouveau concept intitulé *time-limited trial* lorsque les résultats à long terme et les avantages globaux des interventions agressives réalisées en réanimation sont incertaines (18) ce qui a été le cas lors de la pandémie Covid-19 (29). Dans ces circonstances, un séjour en réanimation ne saurait alors apparaître *a posteriori* comme « non justifié » puisqu'il aura contribué « *in situ* » à un réajustement ou à une réorientation du projet thérapeutique dans l'objectif d'une prise en charge proportionnée à la situation du patient.

Les forces de notre étude : La représentativité des modes d'exercice des médecins réanimateurs au niveau national au vu des services et des hôpitaux concernés par cette enquête de pratiques. La proportion de répondants à cette enquête est très importante par rapport à ce qui est habituellement rapporté dans la littérature. Enfin, la méthodologie de ce travail et notamment la construction des questionnaires basés sur un focus groupe puis un panel de réanimateurs validant le questionnaire dans son ensemble permet de garantir la qualité des réponses obtenues.

Les faiblesses de cette étude : Le nombre de réanimateurs participants n'est pas très élevé mais c'est celui que nous avons déjà retrouvé pour d'autres enquêtes de pratiques sur des sujets similaires (30)(31). Les médecins réanimateurs qui ont accepté de participer à cette étude sont sans doute les plus motivés car ils appartiennent pour la plupart à un ou à des réseaux de recherche. Les réponses apportées aux questions peuvent être le reflet de ce qui serait politiquement souhaitable plutôt que de ce qui serait réellement retrouvé dans la « vraie vie ». Enfin, il s'agit d'une estimation des réponses, obtenues selon l'échelle de Likert, qui nécessiterait, pour plus de précisions, une enquête de pratique au lit du malade afin de préciser plus finement les réponses au questionnaire.

CONCLUSIONS



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



UNIVERSITE DE BOURGOGNE

THESE SOUTENUE PAR MADAME GRANGÉ Clotilde

CONCLUSIONS

Les résultats de cette enquête de pratiques réalisée en ligne suggèrent qu'un certain nombre de réflexions partagées devraient être mises en œuvre au sein des hôpitaux pour limiter, voire éviter un certain nombre de séjours en réanimation qualifiés a posteriori de « non justifiés ». Cela nécessiterait sans doute une plus grande implication des médecins réanimateurs en amont de la réanimation, au plus près des préoccupations cliniques de leurs collègues non-réanimateurs, afin d'identifier de façon anticipée quels patients pourraient bénéficier, de façon concertée et cohérente avec leurs projets de soin, d'une prise en charge en réanimation. Nous suggérons que des études interventionnelles devraient être réalisés à l'avenir pour tester les hypothèses soulevées dans cet article.

Le Président du jury,

Pr Jean-Pierre QUENOT

Vu et permis d'imprimer
Dijon, le 13 MAI 2022
Le Doyen

Pr. M. MAYNADIÉ

BIBLIOGRAPHIE

1. Lesieur O, Cohen-Solal Z, Elbaz M, Gaillard Le Roux B, Goulenok C, Lavoué S, et al. Admission criteria and management of critical care patients in a pandemic context: position of the Ethics Commission of the French Intensive Care Society, update of April 2021. *Ann Intensive Care*. déc 2021;11(1):66.
2. Robert R, Kentish-Barnes N, Boyer A, Laurent A, Azoulay E, Reignier J. Ethical dilemmas due to the Covid-19 pandemic. *Ann Intensive Care*. déc 2020;10(1):84.
3. Pravin Amin, Fox-Robichaud A, Divatia JV, Pelosi P, Altintas D, Eryüksel E, et al. The Intensive care unit specialist: Report from the Task Force of World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care*. oct 2016;35:223-8.
4. Quenot JP, Ecartot F, Meunier-Beillard N, Dargent A, Large A, Andreu P, et al. What are the ethical aspects surrounding the collegial decisional process in limiting and withdrawing treatment in intensive care? *Ann Transl Med*. déc 2017;5(S4):S43-S43.
5. Nates JL, Nunnally M, Kleinpell R, Blosser S, Goldner J, Birriel B, et al. ICU Admission, Discharge, and Triage Guidelines: A Framework to Enhance Clinical Operations, Development of Institutional Policies, and Further Research. *Crit Care Med*. août 2016;44(8):1553-602.
6. Sprung CL, Danis M, Iapichino G, Artigas A, Kesecioglu J, Moreno R, et al. Triage of intensive care patients: identifying agreement and controversy. *Intensive Care Med*. nov 2013;39(11):1916-24.
7. Piers RD. Perceptions of Appropriateness of Care Among European and Israeli Intensive Care Unit Nurses and Physicians. *JAMA*. 28 déc 2011;306(24):2694.
8. the DISPROPRICUS study group of the Ethics Section of the European Society of Intensive Care Medicine, Benoit DD, Malmgren J, Metaxa V, Reyners AK, Darmon M, et al. Outcome in patients perceived as receiving excessive care across different ethical climates: a prospective study in 68 intensive care units in Europe and the USA. *Intensive Care Med*. juill 2018;44(7):1039-49.
9. Lee RY, Brumback LC, Sathitratanaheewin S, Lober WB, Modes ME, Lynch YT, et al. Association of Physician Orders for Life-Sustaining Treatment With ICU Admission Among Patients Hospitalized Near the End of Life. *JAMA*. 10 mars 2020;323(10):950.
10. Quenot JP, Large A, Meunier-Beillard N, Pugliesi PS, Rollet P, Toitot A, et al. What are the characteristics that lead physicians to perceive an ICU stay as non-beneficial for the patient? Frey R, éditeur. *PLOS ONE*. 6 sept 2019;14(9):e0222039.
11. Wallace SK, Rathi NK, Waller DK, Ensor JE, Sajid A, Haque, Price KJ, et al. Two Decades of ICU Utilization and Hospital Outcomes in a Comprehensive Cancer Center: *Crit*

Care Med. mai 2016;44(5):926-33.

12. Gibbins J, McCoubrie R, Alexander N, Kinzel C, Forbes K. Diagnosing dying in the acute hospital setting – are we too late? *Clin Med.* 1 avr 2009;9(2):116-9.
13. Glare P, Virik K, Jones M, Hudson M, Eychmuller S, Christakis N. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ.* 26 juill 2003;327(7408):195-8.
14. Finucane TE. How Gravely Ill Becomes Dying: A Key to End-of-Life Care. *JAMA.* 3 nov 1999;282(17):1670.
15. Puchalski CM, Zhong Z, Jacobs MM, Fox E, Lynn J, Harrold J, et al. Patients Who Want their Family and Physician to Make Resuscitation Decisions for Them: Observations from SUPPORT and HELP. *J Am Geriatr Soc.* mai 2000;48(S1):S84-90.
16. Khandelwal N, Kross EK, Engelberg RA, Coe NB, Long AC, Curtis JR. Estimating the Effect of Palliative Care Interventions and Advance Care Planning on ICU Utilization: A Systematic Review*. *Crit Care Med.* mai 2015;43(5):1102-11.
17. Quenot JP, Ecartot F, Meunier-Beillard N, Dargent A, Large A, Andreu P, et al. What are the ethical questions raised by the integration of intensive care into advance care planning? *Ann Transl Med.* déc 2017;5(Suppl 4):S46.
18. Quill TE, Holloway R. Time-Limited Trials Near the End of Life. *JAMA.* 5 oct 2011;306(13):1483.
19. 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.
20. 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.
21. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.
22. Myburgh J, Abillama F, Chiumello D, Dobb G, Jacobe S, Kleinpell R, et al. End-of-life care in the intensive care unit: Report from the Task Force of World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine. *J Crit Care.* août 2016;34:125-30.
23. Sprung CL, Truog RD, Curtis JR, Joynt GM, Baras M, Michalsen A, et al. Seeking Worldwide Professional Consensus on the Principles of End-of-Life Care for the Critically Ill. The Consensus for Worldwide End-of-Life Practice for Patients in Intensive Care Units (WELPICUS) Study. *Am J Respir Crit Care Med.* 15 oct 2014;190(8):855-66.
24. Andreu P, Dargent A, Large A, Meunier-Beillard N, Vinault S, Leiva-Rojas U, et al. Impact of a stay in the intensive care unit on the preparation of Advance Directives: Descriptive, exploratory, qualitative study. *Anaesth Crit Care Pain Med.* avr

2018;37(2):113-9.

25. Hilton AK, Jones D, Bellomo R. Clinical review: The role of the intensivist and the rapid response team in nosocomial end-of-life care. *Crit Care*. 2013;17(2):224.
26. Bellani G, Laffey JG, Pham T, Fan E, Brochard L, Esteban A, et al. Epidemiology, Patterns of Care, and Mortality for Patients With Acute Respiratory Distress Syndrome in Intensive Care Units in 50 Countries. *JAMA*. 23 févr 2016;315(8):788.
27. Rigaud JP, Giabicani M, Beuzelin M, Marchalot A, Ecarnot F, Quenot JP. Ethical aspects of admission or non-admission to the intensive care unit. *Ann Transl Med*. déc 2017;5(S4):S38-S38.
28. Rigaud JP, Large A, Meunier-Beillard N, Gélinoite S, Declercq PL, Ecarnot F, et al. What are the ethical aspects surrounding intensive care unit admission in patients with cancer? *Ann Transl Med*. déc 2017;5(S4):S42-S42.
29. Aziz S, Arabi YM, Alhazzani W, Evans L, Citerio G, Fischkoff K, et al. Managing ICU surge during the COVID-19 crisis: rapid guidelines. *Intensive Care Med*. juill 2020;46(7):1303-25.
30. Rigaud JP, Moutel G, Quesnel C, Eraldi JP, 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.
31. Rigaud JP, Giabicani M, Meunier-Beillard N, Ecarnot F, Beuzelin M, Marchalot A, et al. Non-readmission decisions in the intensive care unit under French rules: A nationwide survey of practices. Lazzeri C, éditeur. *PLOS ONE*. 18 oct 2018;13(10):e0205689.

ANNEXE

QUESTIONNAIRE ENQUETE DE PRATIQUE

Enquête de pratiques : séjours qualifiés de « non-justifiés »

Cher(e)s collègues,

Dans notre exercice médical au quotidien, une admission en réanimation ne suscite habituellement que peu de problèmes éthiques. En effet, l'admission s'inscrit alors dans un projet curatif qui sera conduit avec un engagement thérapeutique maximal avec comme objectifs de garantir aux patients une survie et une qualité de vie en accord avec leurs valeurs et préférences. Dans certaines circonstances cependant, il peut exister des ambiguïtés liées à une admission en réanimation et celles-ci naissent principalement d'une situation non envisagée, non anticipée et, de fait non discutée, à l'origine du recours aux réanimateurs. Ainsi, ces séjours peuvent être considérés a posteriori comme « non-justifiés ».

Nous souhaiterions dans le cadre de cette enquête de pratiques connaître votre avis concernant ces séjours qualifiés de « non-justifiés » en réanimation.

Les caractéristiques de chaque centre seront récupérées via le questionnaire centre envoyé en amont de l'enquête de pratique.

Quel est votre âge ?

<35 ans 36-50 ans >51 ans

Quelle est votre ancienneté en tant que médecin réanimateur ?

< 5 ans de 5 à 10 ans plus de 10 ans

Parmi les patients admis annuellement dans votre service, quelle est la proportion moyenne de séjours que vous estimez « non-justifiés » ?

De 0% à 10% de 11 à 20% de 21 à 30% > 30%

Parmi les séjours estimés « non-justifiés » en réanimation, quelle est la proportion de ceux qui auraient pu être évités ?

De 0% à 25 % de 26 à 50% de 51% à 75% de 76% à 100%

Quels sont les **CRITERES** qui pourraient être retenus pour qualifier un séjour en réanimation comme étant « non-justifié » ?

Échelle de Likert

Pas du tout d'accord Pas d'accord Sans opinion D'accord Tout à fait d'accord

. Le patient s'était exprimé directement ou indirectement (proche, personne de confiance, directives anticipées...etc) sur le souhait de ne pas être admis en réanimation

. Le médecin traitant du patient ne souhaitait pas qu'il soit admis en réanimation

. Les médecins spécialistes référents du patient ne souhaitaient pas qu'il soit admis en réanimation

. Une dégradation significative de la qualité de vie (autonomie, confort, fragilité...etc) antérieure au séjour

. Un pronostic défavorable à court terme (< 3 mois)

. L'absence de bénéfices liés à la prise en charge en réanimation en termes de survie et/ou de qualité de vie acceptables

. La dispensation de traitements jugés « inappropriés » en réanimation

. Une prise en charge « inadaptée » ou « insuffisante » en amont du séjour en réanimation

. Autres propositions...

Quelles sont les **CIRCONSTANCES** qui pourraient amener à admettre un patient dont le séjour pourrait être estimé **a posteriori** « non-justifié » ?

Échelle de Likert

Pas du tout d'accord Pas d'accord Sans opinion D'accord Tout à fait d'accord

- . L'urgence vitale
- . La non-connaissance du dossier médical
- . L'absence de renseignements dans le dossier médical
- . L'absence d'anticipation d'une potentielle situation aiguë
- . L'inquiétude ou la détresse de l'équipe demandeuse de l'admission en réanimation
- . La « pression » médicale en amont de la réanimation
- . La « pression » médicale en réanimation (de la part d'un supérieur hiérarchique par exemple...)
- . La « pression » des proches du patient
- . L'inexpérience du médecin réanimateur
- . La « pression » administrative de votre établissement
- . La disponibilité de lits en réanimation
- . La crainte d'un problème médico-légal
- . Autres propositions...

Quelles peuvent être les **CONSEQUENCES** d'un séjour qualifié de « non-justifié » en réanimation ?

Échelle de Likert pour chaque item

Pas du tout d'accord Pas d'accord Sans opinion D'accord Tout à fait d'accord

- . Du stress et de l'anxiété chez le patient
- . Du stress et de l'anxiété chez les proches du patient
- . Une diminution de la qualité des soins
- . Des décisions inadaptées
- . Du stress et de l'anxiété chez les soignants
- . Une altération de la qualité au travail des soignants paramédicaux
- . Une altération de la qualité au travail des soignants médicaux
- . Une altération de la communication avec les proches
- . Des situations d'incompréhension et/ ou de conflits avec :
 - . Le patient
 - . Les proches
 - . Vos collègues dans votre service
 - . Vos collègues au sein de votre établissement
 - . Les soignants dans votre service
 - . Les membres de l'équipe médicale
- . Autres propositions...

Quels seraient les **MOYENS** à mettre en œuvre pour éviter des séjours qui seraient qualifiés A POSTERIORI de « non-justifiés » en réanimation ?

Échelle de Likert pour chaque item

Pas du tout d'accord Pas d'accord Sans opinion D'accord Tout à fait d'accord

- . Évoquer la légitimité d'une admission en réanimation dans le projet de soin des patients
- . Associer un médecin réanimateur lors de l'élaboration pluridisciplinaire du projet de soin du patient en amont d'un potentiel séjour en réanimation
- . Identifier les traitements estimés comme « inappropriés » ou « disproportionnés » en amont de la réanimation (ex : chimiothérapie, ...)
- . Utiliser des scores de gravité et/ou de fragilité en amont du séjour en réanimation
- . Mettre en place dans votre service, une procédure relative aux admissions en réanimation
- . Établir une procédure institutionnelle relative aux admissions en réanimation
- . Organiser des échanges réguliers autour de situations complexes avec les autres professionnels de santé (RETEX, CREX, RCP, RMM, staffs éthiques et/ou pluridisciplinaires ... etc)
- . Proposer des formations en soins palliatifs et à propos des situations de fin de vie
- . Disposer d'un référentiel relatif aux critères d'admission en réanimation élaboré par les sociétés savantes
- . Autres propositions...

FIGURES

FIGURE 1

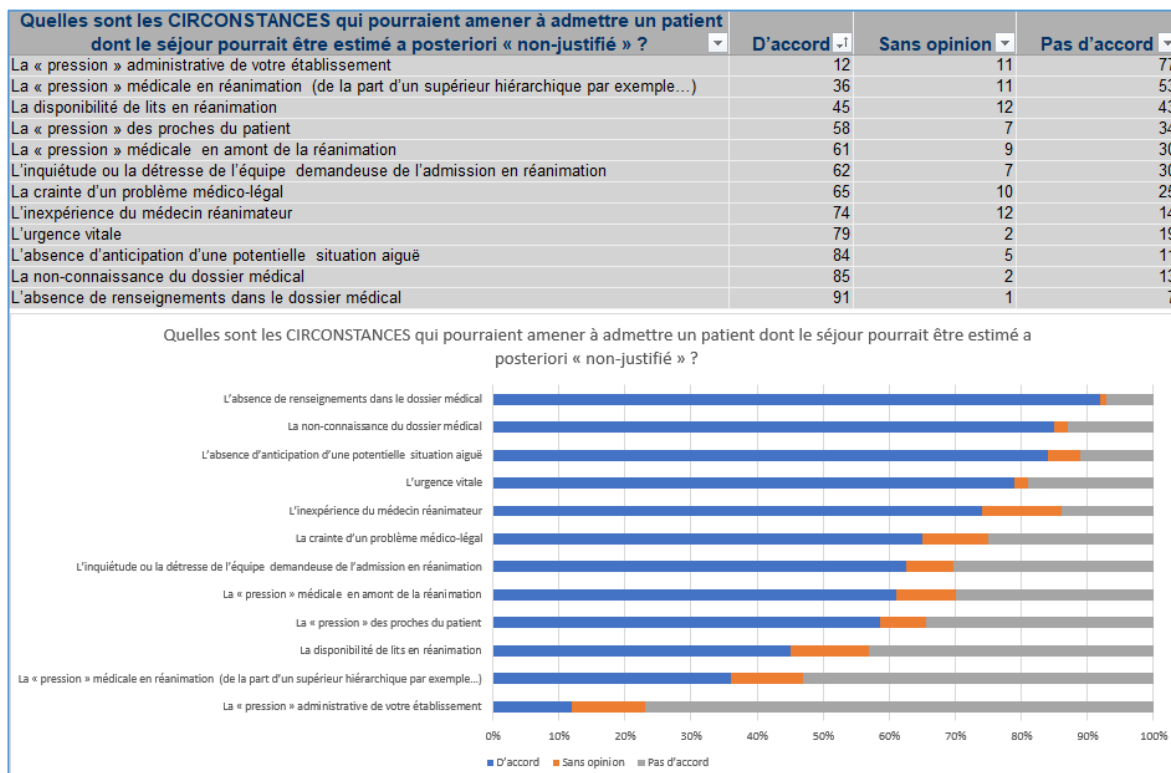


FIGURE 2

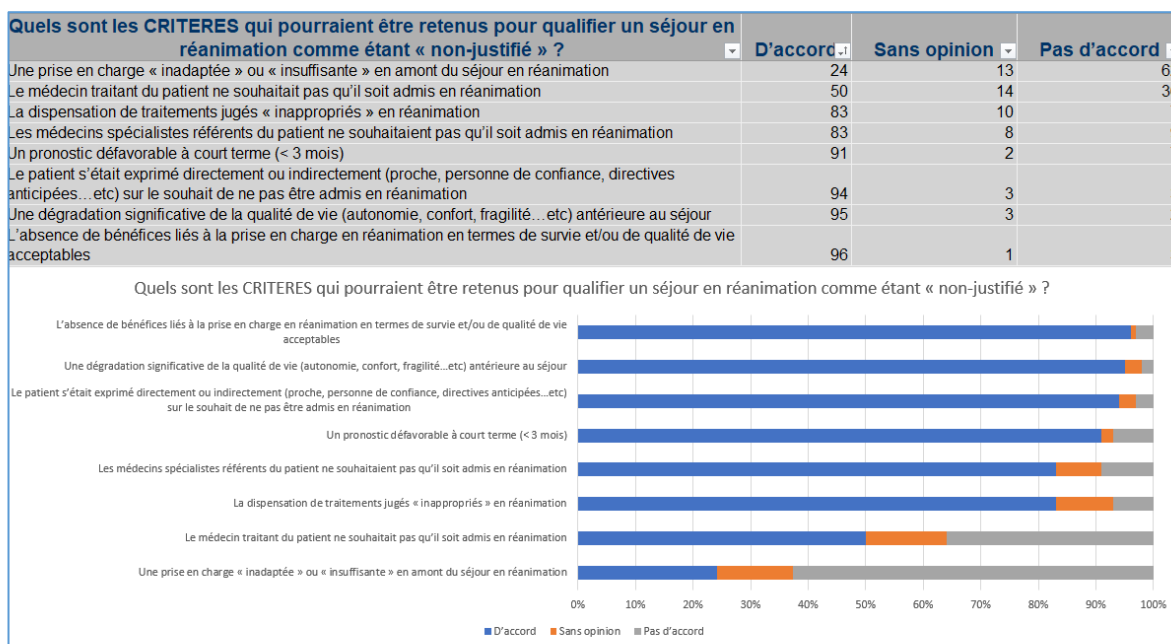


FIGURE 3

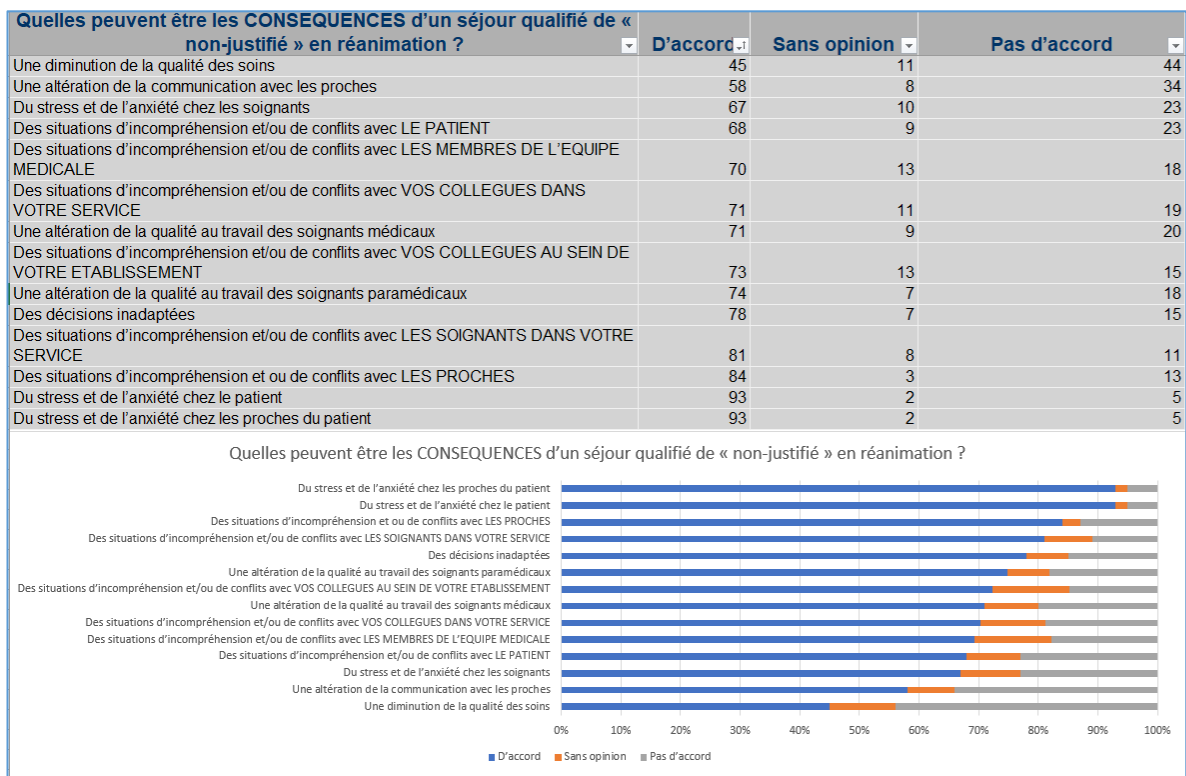
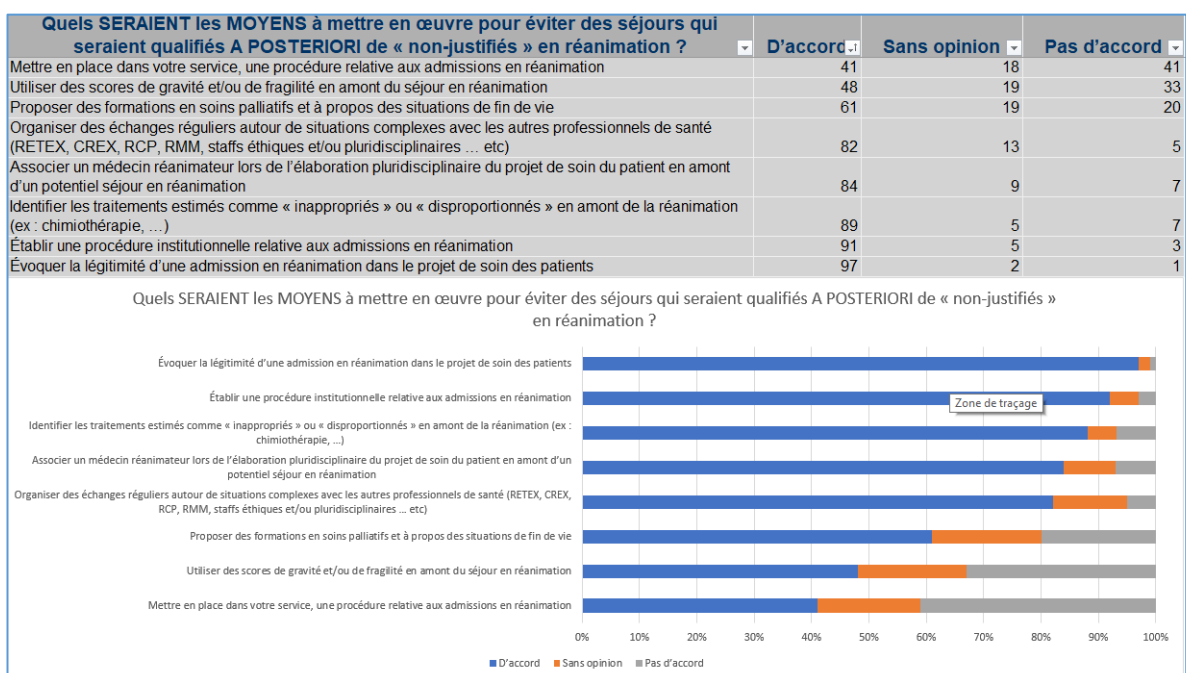


FIGURE 4



TITRE DE LA THESE : Séjours « non justifiés » en réanimation : Enquête de pratique nationale

AUTEUR : GRANGÉ Clotilde

RESUME :

Introduction :

La pandémie SARS CoV-2 a été l'occasion d'une réflexion concernant ce bien précieux que représente un lit de réanimation. Malgré l'expérience des médecins réanimateurs, la décision d'admettre ou non un patient en réanimation reste difficile et peut entraîner un séjour qui sera qualifié à posteriori de « non-justifié ». L'objectif de notre travail était de mieux définir les critères, les circonstances et les conséquences de ce type de séjour et de proposer des moyens pour éviter de telles admissions.

Matériels et Méthodes :

Nous avons réalisé une enquête de pratique avec l'envoi d'un questionnaire électronique à plusieurs réanimateurs, membres d'un Réseau de Recherche en Éthique en Soins Critiques (RESC).

Le questionnaire est composé de 2 parties. Une première concernant les caractéristiques démographiques du participant ainsi que son ressenti sur la fréquence des séjours pouvant être qualifiés comme « non-justifiés » et la proportion de ceux pouvant être évités. Et une seconde partie qui concerne 4 grands domaines : les critères, les circonstances, les conséquences d'un séjour qualifié comme « non-justifié » et les mesures qui pourraient être mise en œuvre pour les éviter. Chacun de ces 4 domaines comprend 9 à 15 questions et pour y répondre le réanimateur doit compléter une échelle de Likert.

Résultats :

Les principaux critères qui peuvent définir le séjour comme non justifié sont la survie et la qualité de vie attendues après la réanimation, au regard de la situation clinique actuelle et du parcours préalable du patient.

L'urgence de la situation clinique, la méconnaissance du dossier médical et l'absence d'anticipation d'une éventuelle admission en réanimation dans le parcours de soin du patient sont des circonstances pouvant entraîner un séjour qualifié de « non-justifié » en réanimation.

Le stress, l'anxiété, l'incompréhension, voire des conflits avec les proches et entre les soignants peuvent être les conséquences de ces circonstances d'admission.

L'une des mesures à mettre en œuvre pour les réduire ou les éviter pourrait être la concertation pluridisciplinaire en amont de la réanimation, impliquant le patient, ses proches et le médecin réanimateur, dès que la présence de ce dernier apparaît légitime au regard du projet de soin du patient.

Conclusion

La mise en place de réflexions partagées et anticipées en amont d'un séjour en réanimation pourrait sans doute éviter un certain nombre de séjours en réanimation qualifiés à posteriori de « non justifiés ».

MOTS-CLES : Séjour « non justifié », Réanimation, Enquête de pratique