



Université de Bourgogne  
UFR des Sciences de  
Santé



**ANNEE 2022**

N°

**TITRE DE LA THESE**

**SEJOURS « NON JUSTIFIES » EN REANIMATION : QUEL VECU & QUELLE  
PERCEPTION ONT LES SOIGNANTS DE CETTE QUALIFICATION ?**

**THESE**  
Présentée

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

et soutenue publiquement le 18 03 2022

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par M. MATHEY Lucas

Née le 15/06/1993

A Chenôve (21)

## **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 encourent 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.



Université de Bourgogne  
UFR des Sciences de  
Santé



**ANNEE 2022**

N°

**TITRE DE LA THESE**

**SEJOURS « NON JUSTIFIES » EN REANIMATION : QUEL VECU & QUELLE  
PERCEPTION ONT LES SOIGNANTS DE CETTE QUALIFICATION ?**

**THESE**  
Présentée

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

et soutenue publiquement le 18 03 2022

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par M. MATHEY Lucas

Née le 15/06/1993

A Chenôve (21)

Année Universitaire 2021-2022  
au 1<sup>er</sup> Septembre 2021

**Doyen :**  
Assesseurs :

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

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

			<b>Discipline</b>
M.	Jean-Louis	<b>ALBERINI</b>	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	<b>AUDIA</b>	Médecine interne
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.	Christophe	<b>BEDANE</b>	Dermato-vénéréologie
M.	Yannick	<b>BEJOT</b>	Neurologie
Mme	Christine	<b>BINQUET</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
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>	Oto-Rhino-Laryngologie
Mme	Marie-Claude	<b>BRINDISI</b>	Nutrition
M.	Alain	<b>BRON</b>	Ophtalmologie
Mme	Mary	<b>CALLANAN (WILSON)</b>	Hématologie type biologique
M.	Patrick	<b>CALLIER</b>	Génétique
Mme	Catherine	<b>CHAMARD-NEUWIRTH</b>	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	<b>CHARLES</b>	Réanimation
M.	Jean-Christophe	<b>CHAUVET-GELINIER</b>	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
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>	Ophtalmologie
M.	Frédéric	<b>DALLE</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	<b>DE ROUGEMONT</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	<b>DEVILLIERS</b>	Médecine interne
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
Mme	Marjolaine	<b>GEORGES</b>	Pneumologie
M.	François	<b>GHIRINGHELLI</b>	Cancérologie
M.	Pierre Grégoire	<b>GUINOT</b>	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	<b>HUET</b>	Pédiatrie
Mme	Agnès	<b>JACQUIN</b>	Physiologie
M.	Pierre	<b>JOUANNY</b>	Gériatrie
M.	Philippe	<b>KADHEL</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Sylvain	<b>LADOIRE</b>	Histologie
M.	Gabriel	<b>LAURENT</b>	Cardiologie
M.	Côme	<b>LEPAGE</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Romaric	<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>MAYNADIÉ</b>	Hématologie – transfusion
M.	Marco	<b>MIDULLA</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	<b>MOREAU</b>	Neurologie
Mme	Christiane	<b>MOUSSON</b>	Néphrologie
M.	Paul	<b>ORNETTI</b>	Rhumatologie
M.	Pablo	<b>ORTEGA-DEBALLON</b>	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoit	<b>PAGES</b>	Chirurgie thoracique et vasculaire
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>RAY</b>	Médecine d'urgence
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	Maxime	<b>SAMSON</b>	Médecine interne
M.	Emmanuel	<b>SAPIN</b>	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	<b>SIMON</b>	Gynécologie-obstétrique
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
			(Mission temporaire à Londres du 01/09/2021 au 31/08/2023)
M.	Bruno	<b>VERGÈS</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	<b>ZWETYENGA</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

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

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

M. Paul-Mickaël **WALKER** Biophysique et médecine nucléaire

### PROFESSEURS EMERITES

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

### **PROFESSEUR CERTIFIE**

M.	Philippe	<b>DE LA GRANGE</b>	Anglais
----	----------	---------------------	---------

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

M.	Mathieu	<b>BOULIN</b>	Pharmacie clinique
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**

Mme	Amélie	<b>CRANSAC</b>	Pharmacie clinique
M.	Philippe	<b>FAGNONI</b>	Pharmacie clinique
M.	Marc	<b>SAUTOUR</b>	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	<b>SCHMITT</b>	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 Marjolaine GEORGES  
Docteur Caroline ABDUL-MALAK  
Docteur Marie LABRUYERE

## 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."*

## DEDICACES ET REMERCIEMENTS

A Hélène, ma compagne m'ayant accompagnée par vents et marées, lors de la rédaction de cette thèse ainsi que pour toutes les autres épreuves. Ton oreille attentive, tes conseils précieux & avisés ainsi que ta patience m'ont été indispensables.

A mes enseignants, qui ont su trouver la patience de me supporter, et de m'aider à grandir en tant que médecin ainsi qu'en tant que chercheur. Il en va de même pour les chefs avec qui j'ai pu travailler, sans qui les réflexions incluses dans ce travail n'auraient pu naître.

A mes pairs, qui ont su m'endurer pendant toutes ces années, et m'apprendre tant de choses.

Enfin à ma famille, sans qui rien de tout cela n'aurait été possible. A leur patience, à leur engagement, et à leur écoute.

## Table des matières

<b>Liste des sigles et abréviations :</b> .....	<b>10</b>
<b>Introduction :</b> .....	<b>11</b>
<b>Méthode :</b> .....	<b>12</b>
<b>Résultats :</b> .....	<b>14</b>
1. Missions de la réanimation selon les soignants de ces services : .....	14
2. Des critères et circonstances rencontrés par les réanimateurs lorsqu'ils décident d'une admission en réanimation ne sont pas toujours compris par les soignants : .....	15
3. Conséquences des séjours qualifiés à posteriori de « non-justifiés » .....	18
4. Propositions d'amélioration du parcours de soin des patients .....	19
<b>Discussion :</b> .....	<b>21</b>
Limitations de l'étude : .....	25
<b>Conclusion :</b> .....	<b>25</b>
<b>Annexes:</b> .....	<b>32</b>

## **Liste des sigles et abréviations :**

- ACP : Advance Care Planning
- BPCO : BronchoPneumopathie Chronique Obstructive
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- NET : Niveau d'Engagement Thérapeutique
- VNI : Ventilation non invasive

## **Introduction :**

La réanimation occupe une place particulière dans notre système de soins, en raison des moyens humains et techniques importants déployés autour d'une proportion restreinte de patients. Face à ce contexte, et aux contraintes parfois rencontrées en termes de disponibilité et d'accessibilité en lit (1,2), les médecins réanimateurs doivent pouvoir garantir à la fois une utilisation équitable des ressources en lits de réanimation et une proportionnalité des soins en accord avec le projet thérapeutique du patient et ses souhaits, quand ceux-ci sont connus, notamment si des directives anticipées ont été rédigées (3,4). L'équilibre peut donc être difficile à trouver, face à une situation aiguë, non envisagée, non anticipée et, de fait non discutée avec le médecin réanimateur, entre le risque de perte de chance en cas de refus d'admission en réanimation et le risque d'obstination déraisonnable. Celle-ci peut-être à l'origine de soins perçus par les soignants comme « futiles » ou « disproportionnés » (5,6) et avoir comme conséquence pour les soignants de vouloir quitter leur travail (5). De même l'admission d'un patient sans projet thérapeutique clair et/ou qui aurait écrit des directives anticipées de ne pas être admis en réanimation peut aboutir à qualifier à posteriori le séjour en réanimation comme « non-justifié » (7-9). Par contre une amélioration de la communication entre les soignants et les médecins autour des questions éthiques posées par la prise en charge des patients de réanimation notamment en situation de fin de vie peut permettre une amélioration du processus décisionnel (10,11) et conduire à une diminution de la souffrance des soignants (11) et des familles (12).

La question qui se pose maintenant pour les médecins réanimateurs est celle d'une réflexion anticipée sur l'éventualité d'un séjour en réanimation qui devrait avoir lieu en amont d'une situation aiguë et devrait être inscrite dans le parcours de soins des patients. Dans la littérature, des limites à cette anticipation ont été décrites : 1) difficultés pour les médecins en dehors de la réanimation à se prononcer quant au pronostic de leurs patients (13-15), 2) recul parfois insuffisant quant à l'état clinique du patient, à ses antécédents, à sa qualité de vie antérieure et à sa trajectoire de soin (16-18) 3) difficultés à informer les patients et les proches d'une situation aiguë potentielle (19), 4) manque de connaissance des soins spécifiques pouvant être réalisés en réanimation (20) et sans doute une part non négligeable de facteurs émotionnel dans la décision médicale (21).

Fort de ces constats, il est très important que le médecin réanimateur reste l'interlocuteur privilégié en sortant de sa sphère habituelle d'exercice, et s'implique dans le projet

thérapeutique des patients dans le cadre de collaboration interdisciplinaire lorsqu'il existe un risque de survenue d'une situation clinique aiguë (22) et ce pour plusieurs raisons (23) : 1) le réanimateur est celui qui connaît le mieux la réanimation et les traitements de suppléance qui peuvent être proposés aux patients, 2) c'est lui qui est le plus à même d'évaluer le pronostic du patient en fonction de la présence ou non de défaillances d'organes, et 3) c'est également lui peut le mieux placé pour expliquer aux patients mais également aux familles et/ou aux proches les limites et les conséquences éventuelles de la réanimation.

A côté du rôle des médecins réanimateurs qui semblent peu discutable en amont de la réanimation, il apparaît sans doute nécessaire que les soignants exerçant en réanimation soient également associés aux choix et/ou aux décisions prises concernant une potentielle admission en réanimation, de part, leurs expertises et leurs expériences dans les soins prodigués en réanimation, mais également en raison de leurs connaissances concernant les conséquences de la réanimation pour les patients sur les plans physiques, psychiques mais également cognitifs (24).

Nous avons souhaité à partir d'entretiens semi-directifs connaître la manière dont les soignants de réanimation perçoivent l'admission d'un patient et de son séjour ainsi que les conséquences d'une hospitalisation qualifiée à posteriori de « non-justifiée ».

## **Méthode :**

Nous avons réalisé une étude multicentrique, qualitative, en utilisant des entretiens semi-dirigés. Toutes les infirmières & aides-soignantes diplômées travaillant à temps plein dans les services de réanimation des trois centres participants (un centre hospitalier universitaire, et deux centres hospitaliers généraux) au moment de l'étude étaient invités à participer via une invitation personnelle. Ces invitations étaient directes, ou envoyées via leur supérieurs par emails. Les répondants étaient interrogés soit face-à-face, soit durant un appel téléphonique. Les étudiants ou les stagiaires n'étaient pas éligibles pour participer. Les participants étaient contactés par un investigateur (LM) pour organiser un entretien individuel semi-dirigé au moment choisi par l'interrogé. Des relances étaient envoyées aux non-répondeurs. Les entretiens ont eu lieu entre Février 2020 et Octobre 2021 par un investigateur qualitatif (LM), et un sociologue expérimenté dans la recherche clinique et dans le milieu du soin réanimatoire (NMB). Pour avoir un échantillonnage le plus large possible, la sélection des participants s'est faite en tenant compte de leur âge, du nombre d'années d'expériences depuis leur diplôme, du nombre d'années d'expérience en réanimation et du type d'établissement où ils exercent. Les

participants acceptaient à la participation à l'étude avant l'entretien, et donnaient leur accord pour être recontactés ultérieurement pour explorer leurs réponses avec plus de détails.

Nous avons développé un guide d'entretien ad hoc pour préparer les entretiens, en utilisant une méthode décrite précédemment autre part (25–27) Les entretiens se focalisaient sur quatre thèmes particuliers : : (1) Missions de la réanimation (2) L'admission en réanimation (critères objectifs / critères subjectifs / projet de soin / état clinique) (3) L'admission non justifiée (4) Les conséquences d'une admission en réanimation non justifiée.

Le guide d'entretien était testé avec trois infirmiers de notre unités ; les résultats de leurs entretiens n'ont pas été inclus dans notre analyse. Les entretiens pilotes n'ont pas entraînés de changements majeurs dans notre guide d'entretien.

Le guide d'entretien est détaillé dans la table 1 en annexe.

Comme dans la plupart des études qualitatives, les questions étaient ouvertes, et servaient d'accroche pour que les participants discutent sur les aspects qui leurs semblaient importants, et pour exprimer leurs point de vue, dans leurs propres termes. Les entretiens ont été réalisés dans un bureau spécialement dédié, ou par téléphone. Il n'y avait pas d'autre participants lors des entretiens. Nous indiquions aux participants que des citations de leurs entretiens pourraient être utilisés pour des publications scientifiques pour appuyer notre propos.

Tous les entretiens étaient enregistrés, puis transcrits dans leur entièreté pour analyse. Les données étaient encodées pour garantir l'anonymat des participants. Le corps du discours des soignants était analysé en utilisant une analyse de thématique, comme décrit précédemment par notre groupe autre part (25–27). En bref, les entretiens étaient codés de manière indépendante par deux des coauteurs (LM, NMB), le but étant d'identifier et de catégoriser les différents thèmes apparaissant via une analyse transversale du discours (i.e des notions communes à différents individus). Chaque thème était considéré comme une unité indépendante signifiante de discours. Les différents thèmes qui ressortaient étaient enregistrés, en prenant en compte des thèmes majeurs (des points d'importance majeure et bien développés par les participants), et des thèmes secondaires (moins développés par les participants). Le premier niveau d'analyse était effectué individuellement par chaque chercheur, puis des réunions étaient organisées pour harmoniser et décider quels thèmes majeurs & mineurs seraient retenus, et regroupés en catégories de sujets (en définissant et en nommant les thèmes définitifs). Les différences d'interprétation étaient résolues par la discussion et le consensus. Nous n'avons utilisé aucun logiciel pour nous aider dans la gestion des données.

L'analyse des données était validée par les quatre auteurs (LM (l'auteur de référence, homme), NMB (sociologue, PhD, homme), FE (chercheuse clinique, PhD, femme), JPQ (réanimateur, MD, PhD, homme). Le rapport final était écrit par les mêmes quatre auteurs, et approuvé par tous. Les résultats n'étaient pas retournés aux participants.

Les entretiens étaient continués jusqu'à saturation des données (c'est à dire le point à partir duquel les nouveaux entretiens n'apportaient plus de nouveaux éléments dans la grille d'entretien) (Charmaz K. SAGE Publications Ltd.;2006).

## **Résultats :**

Un total de 28 infirmières et de 4 aides-soignants ont été contactés, parmi lesquels 21 (65%) ont accepté de participer aux entretiens. 2 infirmières ont refusé du fait d'un manque d'intérêt, et 9 n'ont jamais répondu. Un total de 21 entretiens ont été réalisés entre Février 2020 et Octobre 2021, jusqu'à saturation des données, permettant d'arrêter les inclusions. L'âge moyen des participants est de 38,5±7,5. Le nombre d'année d'expérience était respectivement de 14.5 ±8 ans depuis l'obtention de leur diplôme et de 10.7±7.4 ans d'exercice professionnel en réanimation.

La durée moyenne des entretiens est de 52,7± 12,5 minutes.

Quatre thèmes majeurs émergent des entretiens concernant les séjours qualifiés à posteriori de « non-justifiés », c'est à dire : (1) Missions de la réanimation selon les soignants de ces services ; (2) Des critères et circonstances rencontrés par les réanimateurs lorsqu'ils décident d'une admission en réanimation qui ne sont pas toujours compris par les soignants ; (3) Conséquences des séjours « non justifiés » ; (4) Propositions pour améliorer le parcours de soin des patients.

### **1. Missions de la réanimation selon les soignants de ces services :**

La réanimation se doit d'après les soignants d'accueillir des patients présentant des défaillances d'organes aiguës engageant leur pronostic vital : « *Quelle que soit la pathologie. Dès qu'il y a des défaillances d'organes, voilà la réanimation est là pour les patients* » ;

Ces situations d'urgence induisent une surveillance particulière, ainsi que des suppléances exclusives à la réanimation, permises par un effectif soignant et médical plus important, offrant

du temps et des ressources supplémentaires : « *Il y a forcément une surveillance des signes vitaux scopée, en continu* » ; « *Ce qu'on fait de plus, c'est évidemment au niveau de la technique, la gestion des respirateurs, des drogues, des dialyses... qui ne peuvent pas être faits dans d'autres service car ce sont des soins très lourds* » ; « *Tout le personnel en réanimation a moins de patients à charge, ce qui permettra une connaissance accrue du dossier, une surveillance accrue. Les personnels médicaux, paramédicaux, sont présents de manière plus soutenue* » ;

## **2. Des critères et circonstances rencontrés par les réanimateurs lorsqu'ils décident d'une admission en réanimation qui ne sont pas toujours compris par les soignants :**

L'âge, les antécédents, l'autonomie et la qualité de vie sont très souvent évoqués par les soignants comme étant des critères utilisés par les médecins pour décider d'une admission en réanimation : « *Je sais qu'ils regardent quand même les antécédents...je me dis que c'est une priorité par rapport à l'âge...* » ; « *Je ne pense pas qu'il y ait un seuil, un âge à partir duquel on dit, non là on n'y va pas....ça dépend de l'ensemble du dossier* » ; « *Si je vois que c'est quelqu'un qui n'arrive plus à faire quoique ce soit, qui a des aides pour les repas pour se déplacer, qui reste dans un lit longtemps, ce sont plus ces critères-là, moi qui me chiffonnent* » ; « *Plus que les antécédents, c'est la qualité de vie...parce qu'il y a des gens qui se sont adaptés à leur pathologie, et qui vivent très bien, qui sont autonomes à la maison, qui ont une vie sociale et qui ont des activités* » ;

Tout comme la situation clinique actuelle et l'état général du patient : « *Quand ils sont métastasés de partout, je pense que c'est de l'acharnement... est-ce que ça ne relève pas plutôt des soins palliatifs que vraiment de la réanimation ?* » ; Il en est de même de pathologies ou de situations spécifiques, qui sont selon eux rédhibitoires : « *Donc les Scléroses Latérales Amyotrophiques, les pathologies qui comme ça, ont une qualité de vie médiocre ... bon ...* » ; « *La dénutrition on sait tous ce que cela engendre, et même si on règle le problème respiratoire, on sait que ça ne va pas suivre derrière.* » ;

Les circonstances d'urgence, la gravité de la situation clinique, ainsi que la non-connaissance du dossier médical ne permettent pas aux médecins de réfléchir de manière sereine sur la

pertinence ou non d'une admission en réanimation, et des soins à pratiquer dans ce contexte : « *Parce que dans l'urgence des fois tu veux faire vite, tu veux tout faire pour le patient* » ; « *Sans compter que ton patient peut être intubé assez rapidement, et tu n'as pas forcément le temps de lui demander son consentement, ses antécédents tout ça...* » ; « *On ne lui laisse pas le choix...* » ;

Dans ce contexte, l'absence de possibilité de recours à d'autres médecins pour éclairer son choix d'admettre un patient en réanimation est importante : « *C'est vrai que quand tu es tout seul de garde la nuit, que tu as une dégradation, subitement la décision en gros t'appartient, de dire est-ce que j'intube, ou est-ce que je vais jusqu'à des soins très invasifs ou pas ?* » ;

Pour quelques soignants, certains réanimateurs choisissent délibérément de ne pas respecter la volonté du patient : « *C'est arrivé dernièrement, qu'il y ait des patients qui ont dit qu'ils ne voulaient pas être intubés, et qui se sont retrouvés intubés* » ;

L'absence de prise de décision de non-réadmission en réanimation rend la décision plus problématique : « *... pour quelqu'un qui n'a pas eu de décision de noté dans le dossier, ce qu'on fait plus tard si ça se reproduit, là c'est compliqué* » ;

C'est plus incompréhensible lorsque la décision de ne pas réanimer a été noté dans le dossier médical : « *La personne qu'on retrouve en arrêt dans un autre service (...) qu'on a réanimé, qu'on a massé, qui arrive dans le service, et qui en fait avait été récusé à une réanimation, voilà ...* » ;

L'expérience des réanimateurs joue un rôle dans le processus d'admission : « *Les jeunes qui viennent d'arriver ne vont pas avoir de recul (...) donc tous les patients qui vont arriver dans le service, ils vont être à 100% dessus* » ;

Des médecins auraient des difficultés à refuser une admission en réanimation, du fait d'une angoisse de se tromper ou d'être jugé : « *« Il m'a appelé donc c'est que c'est quand même grave. Alors si je ne le prends pas, qu'est-ce qu'on va dire ? »* » ; « *Si j'étais médecin, j'aurais le trouillomètre à 0 comme tout le monde* » ;

Certains réanimateurs décident d'admettre en réanimation de peur de répercussions juridiques : « *Je pense que d'un côté, question de responsabilité, c'est difficile, surtout quand on ne peut pas voir le malade* » ;

Ces facteurs s'expliquent selon eux par le refus de la mort par ces derniers : « *On a des médecins, on sait très bien que quoi que dira le patient, ils intuberont. Parce que le médecin a*

*dit qu'il sauverait des vies » ; « Je pense que chez certains réas il y a, peut-être pas la peur de l'échec, en tout cas le refus de l'acceptation de la mort, ou de la sensation de pas avoir tout fait » ;*

Mais également du fait de l'empathie vis à vis des proches, accompagnée par la peur de les blesser : *« Des fois c'est juste le temps que la famille puisse recevoir le diagnostic, et qu'ils puissent se faire à l'idée » ;*

La rentabilité du service, avec une pression hiérarchique et institutionnelle influencerait sur la nécessité d'admettre certains patients : *« Il faut absolument être rentable... il faut récupérer de l'argent, si on veut faire tourner le service » ;*

Des pressions extérieures de la part de confrères leurs paraissent fréquentes dans le processus, qui s'expliquent en partie par un refus de la mort et de la souffrance chez ces derniers : *« C'est un ami à docteur Machin, du coup, faut bien qu'on prenne » » ; « Ca fait peur de devoir mourir, ça stresse tout le monde, ce sont des prises en charge un peu lourde, la gestion des familles, la souffrance, la douleur, tout ça » ;*

Ils rapportent également des pressions de la part des proches, impactés eux aussi par le refus de voir leur proche disparaître : *« Ce n'est pas le plus fréquent, mais effectivement on a déjà eu des admissions où les familles étaient très exigeantes, mettaient la pression dans le service » ; « Il y a des familles qui arrivent à être plus persuasives, qui veulent absolument qu'on fasse tout, qu'on tente tout... » ;*

D'autres facteurs semblent jouer un rôle, notamment des impératifs moraux, ou des raisonnements par le prisme de la technique : *« Vous êtes liés au serment d'Hippocrate, donc si vous ne prenez pas un patient, peut-être que vous allez penser que vous allez trahir ce serment » ; « Ils raisonnent technique, alors que je trouve que maintenant les jeunes médecins ou internes, ils réfléchissent plus... ». « Tu as des médecins qui sont plus sensibles que d'autres, dans le sens où ils ont une part assez maternante et humaniste » ;*

### **3. Conséquences des séjours qualifiés à postériori de « non-justifiés »**

Ces séjours induisent sans doute des soins « futiles » : *« Moi, dans ma tête, on est là pour les soigner. C'est notre but, mais franchement tous les cathéters, les prises de sang... »* ;

Et potentiellement délétères, au vu de l'invasivité des soins réanimatoires : *« Et puis tous les risques infectieux, puisque dans le service de réanimation, même si on a des protocoles d'hygiène strictes, en général on manipule quand même beaucoup de bactéries plus ou moins résistantes »* ;

Ils induisent des conséquences à la fois sur les plans physiques, notamment sur l'autonomie et le rythme nyctéméral du patient : *« Il n'y a pas d'autonomie dans les chambres de réanimation...la qualité du sommeil est altérée et il y a beaucoup plus de bruit que dans un service de soins standard »* ;

De même que des conséquences psychologiques, dont la privation de leur entourage, ou de dignité : *« Peut-être qu'ils pourraient être en famille, entourés des leurs proches, peut être mourir plus vite »* ; *« Elle se retrouve 1 mois en réanimation intubée, elle pleure, elle sait qu'elle va mourir »* ;

Il existe également un sentiment chez les soignants d'une forme de privation de liberté et d'intimité : *« Ils sont dépendants dès qu'ils ont un pied chez nous, on ne les laisse pas passer du lit au fauteuil tous seuls, à cause des fils et autre »* ;

Les patients se plaignent fréquemment d'une incompréhension ou de faux espoirs : *« Ils se questionnent, « pourquoi je suis là ? »* ; *« Il ne faut pas oublier que les patients n'ont pas choisis d'être là ... »* ; *« S'ils sont encore conscients, et qu'ils ont accepté tout ça, c'est qu'ils ont peur de mourir, on va leur faire penser qu'on va pouvoir les aider, alors qu'en fait non »* ;

Il en va de même pour leurs proches, qui disent subir un stress psychique intense, et souffrir de la séparation induite : *« Du stress, parce que ça dépend comment ils identifient la réanimation, certains identifient la réanimation comme « il va mourir ». »* ; *« Le fait d'avoir son proche en réanimation, qu'il ait sa place ou pas, c'est toujours très anxiogène pour les proches »* ;

Les autres patients, à admettre ou déjà en réanimation, pâtissent de ces séjours : « *Si j'ai beaucoup de boulot avec mes autres patients, ma prise en charge va être sans doute plus rapide, et je ne vais peut-être pas lui accorder le temps qui peut être nécessaire* » ;

Les soignants rapportent de ce fait un sentiment d'inéquité dans l'accès aux soins de réanimation vis à vis d'autres patients, que l'on ne pourrait pas admettre ou dans de moins bonnes conditions : « *Le seul truc qui me fait bondir, c'est quand on prend une entrée qui n'aurait jamais dû venir, ... et du coup ça te laisse planer le doute de se dire, au-delà de ton utilité réelle, est-ce qu'on n'est pas passé à côté d'autre chose en prenant celui-là ?* ». « *Je me dis qu'il prend le lit d'une personne qui peut arriver en urgence, et qu'on ne pourra pas prendre* » ;

Ils se plaignent également d'une perte de sens du soin, avec une impression de disproportion des soins à apporter, et un transfert fait sur les patients eux-mêmes ou leurs familles : « *...Moi quand je m'occupe de lui, j'ai l'impression de le maltraité...je ne veux plus m'en occuper, j'en ai marre* » ; « *Ce n'est pas valorisant, si tu fais un boulot et que tu penses sincèrement que ça ne sert à rien* » ; « *Moi je ne suis pas en réa pour faire du palliatif...* » ; « *Ce qui génère une sensation de colère (...) c'est plus quand on admet des patients et qu'on met en place des thérapeutiques que je ne trouve pas adaptées, ou qui ont été refusées par le patient* » ; « *Justement je suis moins bien, ça m'embête, je me mets à la place des familles ou du patient, je n'aimerais pas en être là.* » ; « ; « *Des fois je me dis « si c'était mon proche, je ne voudrais pas » » ;*

Ceci s'accompagne fréquemment d'une perte d'investissement : « *Tu n'es pas investi, même jusque dans tes transmissions, parce que tu n'as pas envie de tout savoir* » ;

Enfin cela génère une charge de travail supplémentaire, qui est selon eux très chronophage : « *Il faut quand même faire tout le dossier, toute la paperasse administrative, s'occuper du patient, une charge de travail supplémentaire qui n'était pas justifiée* » ; « *Ca fait beaucoup de travail pour l'équipe, des fois pour pas grand-chose* » ;

#### **4. Propositions d'amélioration du parcours de soin des patients**

Le souhait des patients mais également l'avis des proches et des médecins sont des éléments à prendre en compte : « *La volonté du patient est à prendre en compte dans une admission en*

*réanimation... » ; « Là il faut vraiment se poser la question, est-ce que le patient voudrait être en réanimation, intubé, ou est-ce qu'il préférerait plutôt mourir à la maison ? » ; « L'avis de la famille qui compte aussi, notamment pour les personnes âgées » ; « Vous en discutez au maximum entre confrères, pour décider d'admettre en réanimation ou pas » ;*

Il doit exister un projet thérapeutique clair en amont, pour la durée du séjour, mais également en aval de la réanimation: *« Le but de l'admission en réanimation, c'est qu'il y ait un problème à régler, et qui permette au patient d'évoluer » ; « Certains BPCO qui vont refuser la VNI (...) si c'est pour les intuber, alors que de toute manière ils refuseront la VNI derrière chez eux, quel est l'intérêt à moment donné ? » ; « Quelqu'un de 90 ans, pour qu'au final il se retrouve grabataire en EHPAD, est ce que ça vaut vraiment le coup ? » ;*

La notion d'un contrat de soins est évoquée comme une solution : *« Tout faire pour lui, dans la mesure du possible, et avoir les moyens d'arrêter, si on voit qu'on n'y arrive plus » ; « Je trouve ça pertinent, pour l'équipe, et surtout pour le patient, de ne pas entrer dans des démarches d'acharnement thérapeutique » ;*

Le médecin réanimateur devrait se donner les moyens d'aller voir le patient lorsque cela est possible : *« ...un réanimateur qui va évaluer le patient ne se base plus sur ce que l'autre médecin lui a raconté, mais sur ce que lui a vu, ce qui veut dire que son admission est automatiquement objective » ; « Vous n'allez pas toujours évaluer les patients, du coup on se retrouve avec des patients qui, à mon avis, n'ont rien à faire en réanimation. » ; « C'est compliqué de se faire une idée par téléphone... » ;*

Améliorer la communication entre les soignants et les médecins permettrait également selon eux de retrouver un sens dans leur travail, et leur permettrait de s'impliquer plus dans les prises en charges : *« La communication est essentielle, et des fois, ça manque un peu pour nous aider à comprendre ce malade » ; « Parfois en tant qu'infirmière, on a l'impression que les choses n'avancent pas. Alors que quand on peut discuter avec les médecins, ça c'est beaucoup plus clair » ; « Certains médecins ont l'air de penser que les soignants n'ont pas assez de capacités pour comprendre la situation » ;*

## **Discussion :**

L'objectif d'un service de réanimation est de proposer une prise en charge qui garantisse aux patients une survie et une qualité de vie acceptable après la réanimation. Il peut s'y associer pendant le séjour et en post-réanimation une charge physique, psychique, spirituelle et financière pour les patients, leurs familles et la société (24,28–31). Dans ce contexte, des réflexions doivent permettre d'améliorer la pertinence d'une admission en réanimation (32) en partageant des retours d'expériences concernant, d'une part, des difficultés soulevées par les soignants à propos des décisions prises sur le plan médical d'admettre ou non un patient en réanimation ; et d'autre part, les conséquences d'un séjour en réanimation qualifiée à posteriori de « non-justifiée ». Des réflexions doivent donc être menées en amont de la réanimation, et doivent être sous tendues par les connaissances acquises au fil du temps. Ces dernières indiquent que les patients qui survivent après un séjour en réanimation sont susceptibles de présenter des complications dont le retentissement est variable. Celui-ci dépend en partie de leurs caractéristiques démographiques (âge, comorbidités, présence ou non d'une pathologie chronique, etc.) (33), de leurs fragilités (34,35), de facteurs socio-économiques (36,37) mais également du motif d'admission et des complications survenues en cours d'hospitalisation (38).

Dans notre étude, les soignants évoquent à côté des critères habituels (l'âge, les antécédents, le projet thérapeutique et la qualité de vie...), des critères plus discutables et sans doute moins justifiables à l'origine d'une admission en réanimation comme : le déni d'une impasse thérapeutique, un manque d'expérience, la crainte de poursuites sur le plan juridique, le refus de la mort, la pression des confrères, mais également de la famille, et parfois le non-respect des souhaits des patients, et/ou des consignes mentionnées dans le dossier médical concernant la décision de ne pas admettre le patient en réanimation. La décision médicale est par ailleurs rendue d'autant plus difficile que les informations concernant le patient ne sont pas tout le temps disponibles à l'instant T où le réanimateur est sollicité, et qu'il n'a pas systématiquement accès à toutes les ressources diagnostiques ou de conseil qu'il souhaiterait. Ces derniers éléments sont la source pour les soignants, au-delà d'une augmentation de la charge de travail pouvant perturber l'activité du service, d'une incompréhension, voire d'une perte de sens dans leur travail. Cela peut entraîner la réalisation de soins et/ou d'un investissement de moindre qualité, potentiellement néfastes pour les patients. S'y ajoute le sentiment d'une inéquité face à d'autres malades qui pourraient justifier de soins en réanimation. L'ensemble de ces remarques doit sans doute nous inciter à impliquer davantage les soignants exerçant en réanimation à apporter leurs expertises en amont de la réanimation et

en dehors d'une situation aiguë. Des réflexions collégiales et anticipées sur l'accompagnement des patients (et des proches) dans leur parcours de soins et l'éventualité d'un séjour en réanimation en cas de dégradation d'une situation aiguë semblent importantes. Cette perspective n'a encore jamais vu le jour, à notre connaissance, malgré la création en France et dans d'autres domaines du soin (cardiologie, diabétologie, néphrologie...) d'un statut d'infirmières en pratiques avancées permettant de réaliser des soins dans le domaine de la prévention et notamment de l'éducation thérapeutique.

Par ailleurs, il a été démontré que les soignants avaient l'impression d'être acteurs à part entière de la prise en charge et d'effectuer un travail de meilleure qualité lorsqu'on leur communiquait mieux le projet, et qu'on les impliquait plus dans les situations de fin de vie (10). On peut alors extrapoler que les impliquer plus dans les situations plus habituelles de réanimation, et communiquer de manière adaptée, permettrait d'améliorer leurs prises en charges, et de réduire la perte de sens du soin qu'ils ressentent fréquemment. Attribuer des postes de référents éthiques aux soignants des unités de réanimations, ou même réfléchir à des attributions de ce type pour des infirmiers de pratique avancées, permettrait peut-être de créer un intermédiaire entre soignants et médecins, qui fait pour l'instant défaut.

La vision particulière des réanimateurs lors des situations aiguës n'est complète que lorsqu'ils peuvent évaluer le patient directement. Se donner les moyens d'examiner tous les patients de manière optimum pourrait être un levier pour limiter les séjours non justifiés. Cela est bien entendu rendu impossible lorsque l'évaluation des patients est faite à distance. Il est à noter que l'introduction de la télémédecine dans l'évaluation réanimatoire permet de diminuer le nombre de transferts en réanimation, en évaluant mieux les patients par avance. Elle réduit par ailleurs la mortalité, potentiellement en sélectionnant mieux la patientèle susceptible de survivre à un séjour en réanimation (39,40).

L'anticipation d'un séjour en réanimation semble être une piste importante soulevée par les soignants dans le parcours de soin des patients, pour préparer au mieux leurs prises en charge en cas de dégradation de leur état de santé, et ainsi fixer des objectifs sur le plan thérapeutique d'un tel séjour. Cela permettrait sans doute de limiter les situations d'incertitudes thérapeutiques et éthiques que rencontrent fréquemment les cliniciens. Cette anticipation pourrait se faire dans le cadre d'une réflexion collective et pluridisciplinaire dans les services de soins, en amont de la réanimation lors de discussions portant sur le niveau d'Engagement Thérapeutique (NET), anticipée et partagée avec le patient et/ou ses proches, en cohérence avec son projet de soin et ses souhaits. Cela paraît particulièrement pertinent si l'on prend en compte

la population vieillissante et de plus en plus polypathologique. Plus de la moitié des patients admis en réanimation aux États-Unis ont plus de 65 ans, et ne représentent que 11% de la population d'après une étude épidémiologique (41). Leur durée d'hospitalisation en réanimation est particulièrement longue (42), ce qui n'améliore pas pour autant leur survie à long terme (43). Anticiper et définir les contours d'une potentielle prise en charge en réanimation en appliquant le principe de collégialité et incluant le patient, ses proches, les soignants et ses médecins référents ainsi que le médecin réanimateur, représente probablement une des évolutions nécessaires de notre spécialité « la réanimation » (44). Évoquer, chaque fois qu'il est possible, une prise en charge étroitement adaptée aux souhaits du patient et de ses proches est un véritable challenge. Celui-ci passe nécessairement par une information accrue, complète et spécifique des patients, des proches, des soignants et des médecins référents.

Il demeure donc primordial que les situations qui conduiraient potentiellement à une admission en réanimation soient anticipées chaque fois que cela est possible et que, le cas échéant, des reprogrammations de certaines activités de soins (ex: chimiothérapies ou chirurgies lourdes), mais également des orientations de prise en charge hors réanimation soient définies préalablement dans le cadre de la formalisation d'un NET. Ceux-ci sont maintenant bien connus en réanimation et permettent une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients, notamment en situation de fin de vie, ou lors d'une réorientation du projet de soin avec une collaboration et une implication forte de l'ensemble des acteurs de soins (12,45), pouvant conduire à une diminution de la souffrance des soignants (45). Par ailleurs, développer cette compétence en amont de la réanimation permettrait sans doute d'améliorer la pratique quotidienne dans les services, puisque paradoxalement, les réanimateurs indiquent que la survie à long terme qu'ils prédisent, ou l'autonomie du patient n'influence que peu leur décision d'admission en réanimation (46,47). Rendre habituel le questionnement sur la réadmission, puisque cela rentre dans le cadre des NETs, est également un objectif à atteindre, ce d'autant que les réanimateurs regrettent fréquemment de ne pas s'être interrogés sur cette question par avance (48).

Ces démarches à forte tonalité éthique (« admettre ou ne pas admettre un patient en réanimation ») s'intègrent parfaitement dans les recommandations récemment édictées par la *Task Force of World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine* à propos des *Intensive Care Unit Specialists* (20). Elles concernent notamment la coordination des médecins consultants pour la prise en charge du patient, la formation régulière du personnel soignant, les procédures claires d'admission ou de refus d'admission en réanimation,

l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, la participation à des activités d'enseignements et de recherche, la transparence vis à vis des patients, des familles et de la société en général.

Certains pays Anglo-Saxons (Royaume-Unis, USA, Australie...) ont depuis de nombreuses années, en plus des directives anticipées écrites (Advances Directives, AD) mis en place un processus appelé, planification anticipée des soins (Advance Care Planning, ACP) (49). Ce dispositif, complémentaire des NETs, se situant en amont d'une hospitalisation est un processus dynamique et continu, pris en concertation entre le patient, ses proches et le/les médecins référent(s) en vue de définir une orientation commune de soins et des traitements à mettre ou non en œuvre. Le but est de fixer un objectif thérapeutique basé sur les valeurs et les priorités du patient. Cette démarche proactive et anticipative, est censée faciliter les prises de décision dans les situations d'urgence ou lorsque le patient n'est plus en état d'exprimer clairement ses volontés, et peut intégrer la rédaction des directives anticipées. Au-delà du respect des préférences du patient, de nombreux autres avantages ont été attribués à l'ACP dans la littérature, notamment dans le cadre de patients suivi pour des pathologies chroniques (50–52) : une augmentation de la rédaction des directives anticipées, une meilleure adéquation entre les soins dispensés et les souhaits du patient, et une amélioration de la communication entre les patients, les proches et les professionnels de santé (4). Plusieurs limites ont été mises en évidence dans la littérature concernant les ACP et notamment la question de la temporalité et la formation des médecins, comme cela a également été évoqué dans notre étude, les difficultés à confronter son patient à la mort et à la fin de vie, et un manque de connaissance des patients sur l'évolutivité de leur pathologie chronique (50,53).

La rédaction d'ACP pourrait être un levier contre les pressions médicales extérieures, ainsi que par les proches, puisque le patient lui-même aurait été impliqué dans cette décision, après avoir reçu une information claire et loyale concernant les options thérapeutiques. Il en va de même des questions judiciaires, surtout lorsque l'on sait que cette dérive a pu imposer des admissions en réanimation via des décisions de justice dans d'autres pays (54).

L'écart rapporté par les soignants entre le projet thérapeutiques théorique et celui que l'on est capables de mettre en place serait sans doute amoindri par ce processus, puisque le patient aurait été impliqué directement. Les exemples caricaturaux des patients BPCO ne souhaitant pas être appareillés, ou des patient diabétiques qui ne suivent pas convenablement leur traitement par insuline, représentent une part importante des patients de réanimation. Ces situations posent à chaque fois un dilemme éthique, le projet thérapeutique étant de fait mis à mal, laissant prévoir de nouvelles décompensations futures.

Les domaines de la médecine où ces ACPs sont applicables restent encore à définir, mais les soignants de cette étude et les réanimateurs interrogés précédemment s'accordent sur des pathologies rédhibitoires, ainsi que des champs de la médecine particulièrement à risque éthique, notamment l'oncologie, l'insuffisance respiratoire chronique, ou les maladies neurodégénératives.

### **Limitations de l'étude :**

Les forces de cette étude concernent la méthodologie choisie pour répondre aux questions posées et l'expérience des chercheurs dans le domaine des questions éthiques. De même, le caractère multicentrique et l'hétérogénéité des soignants interrogés représentent d'autres forces pour cette étude. Comme toute étude qualitative, il peut exister un biais de désirabilité avec des réponses induites, ou socialement souhaitées de la part des personnes interviewées, en particulier lorsqu'elles s'interrogent sur des sujets relevant du domaine de l'éthique. Ce biais a pu être réduit en demandant aux soignants de décrire des exemples concrets de problèmes qu'ils ont eux-mêmes vécus. De même, le guide d'entretien utilisé ne permet sans doute pas de couvrir toutes les interrogations soulevées par l'admission d'un patient en réanimation. Nous avons également fait le choix de n'interroger que des soignants. Notre étude ne permet donc pas de généraliser les résultats aux médecins par exemple. Le nombre total de participants à notre étude peut sembler relativement faible mais correspondant à ce qui se fait dans le domaine de la recherche qualitative afin d'obtenir une saturation des concepts ce qui est le cas dans notre étude (25–27,48).

### **Conclusion :**

Le regard porté par les soignants sur les choix qui sont faits par les médecins concernant l'admission mais également le séjour d'un patient en réanimation et ses conséquences devrait nous inciter à inscrire systématiquement dans le projet thérapeutique du patient, une offre en soins critiques, dans le respect de ses choix et de ses droits, et ceci dans le cadre d'une collaboration pluri-professionnelle, anticipée, collégiale et multidisciplinaire.

THESE SOUTENUE PAR M. MATHEY Lucas

**CONCLUSIONS**

Dans leur pratique quotidienne, les soignants perçoivent le bien-fondé de la qualification d'un séjour « non-justifié » en réanimation. Ils pourraient sans doute contribuer à améliorer la pertinence d'un séjour en réanimation afin de mieux garantir l'équité de l'attribution des ressources et le respect des souhaits des patients.

Le Président du jury,



Pr. Jean-Pierre QUENOT

Vu et permis d'imprimer  
Dijon, le 21 Février 2022  
Le Doyen



Pr. M. MAYNADIÉ

1. Cook null, Giacomini null. The sound of silence: rationing resources for critically ill patients. *Crit Care Lond Engl.* 1999;3(1):R1-3.
2. Dziegielewski C, Talarico R, Imsirovic H, Qureshi D, Choudhri Y, Tanuseputro P, et al. Characteristics and resource utilization of high-cost users in the intensive care unit: a population-based cohort study. *BMC Health Serv Res.* 6 déc 2021;21(1):1312.
3. 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.
4. Quenot J-P, 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.
5. Piers RD, Azoulay E, Ricou B, Dekeyser Ganz F, Decruyenaere J, Max A, et al. Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. *JAMA.* 28 déc 2011;306(24):2694-703.
6. Huynh TN, Kleerup EC, Wiley JF, Savitsky TD, Guse D, Garber BJ, et al. The frequency and cost of treatment perceived to be futile in critical care. *JAMA Intern Med.* 11 nov 2013;173(20):1887-94.
7. Quenot J-P, Large A, Meunier-Beillard N, Pugliesi P-S, Rollet P, Toitot A, et al. What are the characteristics that lead physicians to perceive an ICU stay as non-beneficial for the patient? *PloS One.* 2019;14(9):e0222039.
8. 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.
9. 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.
10. Benoit DD, Jensen HI, 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.

11. 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.
12. Lautrette A, Darmon M, Megarbane B, Joly LM, Chevret S, Adrie C, et al. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med.* 1 févr 2007;356(5):469-78.
13. Gibbins J, McCoubrie R, Alexander N, Kinzel C, Forbes K. Diagnosing dying in the acute hospital setting--are we too late? *Clin Med Lond Engl.* avr 2009;9(2):116-9.
14. Glare P, Virik K, Jones M, Hudson M, Eychmuller S, Simes J, et al. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ.* 26 juill 2003;327(7408):195-8.
15. Finucane TE. How gravely ill becomes dying: a key to end-of-life care. *JAMA.* 3 nov 1999;282(17):1670-2.
16. Rigaud J-P, Giabicani M, Beuzelin M, Marchalot A, Ecarnot F, Quenot J-P. Ethical aspects of admission or non-admission to the intensive care unit. *Ann Transl Med.* déc 2017;5(Suppl 4):S38.
17. Guidet B, Leblanc G, Simon T, Woimant M, Quenot J-P, Ganansia O, et al. Effect of Systematic Intensive Care Unit Triage on Long-term Mortality Among Critically Ill Elderly Patients in France: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 17 oct 2017;318(15):1450-9.
18. Ferrante LE, Pisani MA, Murphy TE, Gahbauer EA, Leo-Summers LS, Gill TM. Functional trajectories among older persons before and after critical illness. *JAMA Intern Med.* avr 2015;175(4):523-9.
19. Oerlemans AJM, van Sluisveld N, van Leeuwen ESJ, Wollersheim H, Dekkers WJM, Zegers M. Ethical problems in intensive care unit admission and discharge decisions: a qualitative study among physicians and nurses in the Netherlands. *BMC Med Ethics.* 26 févr 2015;16:9.
20. Amin P, 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.

21. Kozlowski D, Hutchinson M, Hurley J, Rowley J, Sutherland J. The role of emotion in clinical decision making: an integrative literature review. *BMC Med Educ.* 15 déc 2017;17(1):255.
22. Quenot J-P, Ecartot F, Meunier-Beillard N, Dargent A, Large A, Andreu P, et al. What are the ethical issues in relation to the role of the family in intensive care? *Ann Transl Med.* déc 2017;5(Suppl 4):S40.
23. 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 Lond Engl.* 26 avr 2013;17(2):224.
24. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med.* févr 2012;40(2):502-9.
25. 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.
26. Chahraoui K, Laurent A, Bioy A, Quenot J-P. Psychological experience of patients 3 months after a stay in the intensive care unit: A descriptive and qualitative study. *J Crit Care.* juin 2015;30(3):599-605.
27. Meunier-Beillard N, Ecartot F, Rigaud J-P, Quenot J-P. Can qualitative research play a role in answering ethical questions in intensive care? *Ann Transl Med.* déc 2017;5(Suppl 4):S45.
28. Fernandez R, Serrano JM, Umaran I, Abizanda R, Carrillo A, Lopez-Pueyo MJ, et al. Ward mortality after ICU discharge: a multicenter validation of the Sabadell score. *Intensive Care Med.* juill 2010;36(7):1196-201.
29. Angus DC, Carlet J, 2002 Brussels Roundtable Participants. Surviving intensive care: a report from the 2002 Brussels Roundtable. *Intensive Care Med.* mars 2003;29(3):368-77.
30. Luce JM. End-of-life decision making in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med.* 1 juill 2010;182(1):6-11.
31. Kamdar BB, Suri R, Suchyta MR, Digrande KF, Sherwood KD, Colantuoni E, et al. Return to work after critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Thorax.* janv 2020;75(1):17-27.

32. Quenot J-P, 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(Suppl 4):S43.
33. Gayat E, Cariou A, Deye N, Vieillard-Baron A, Jaber S, Damoiseil C, et al. Determinants of long-term outcome in ICU survivors: results from the FROG-ICU study. *Crit Care Lond Engl.* 18 janv 2018;22(1):8.
34. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 30 août 2005;173(5):489-95.
35. Bagshaw SM, Webb SAR, Delaney A, George C, Pilcher D, Hart GK, et al. Very old patients admitted to intensive care in Australia and New Zealand: a multi-centre cohort analysis. *Crit Care Lond Engl.* 2009;13(2):R45.
36. Moor I, Spallek J, Richter M. Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *J Epidemiol Community Health.* juin 2017;71(6):565-75.
37. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med.* 5 juin 2008;358(23):2468-81.
38. Herridge MS, Tansey CM, Matté A, Tomlinson G, Diaz-Granados N, Cooper A, et al. Functional disability 5 years after acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med.* 7 avr 2011;364(14):1293-304.
44. What are the ethical dimensions in the profession of intensive care specialist? - PubMed [Internet]. [cité 10 mars 2022]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.insermbiblio.inist.fr/29302603/>
45. Quenot JP, Rigaud JP, Prin S, Barbar S, Pavon A, Hamet M, et al. Suffering among carers working in critical care can be reduced by an intensive communication strategy on end-of-life practices. *Intensive Care Med.* janv 2012;38(1):55-61.
47. Cohen RI, Eichorn A, Silver A. Admission decisions to a medical intensive care unit are based on functional status rather than severity of illness. A single center experience. *Minerva Anesthesiol.* nov 2012;78(11):1226-33.
49. Sudore RL, Lum HD, You JJ, Hanson LC, Meier DE, Pantilat SZ, et al. Defining

Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *J Pain Symptom Manage.* mai 2017;53(5):821-832.e1.

50. Jabbarian LJ, Zwakman M, van der Heide A, Kars MC, Janssen DJA, van Delden JJ, et al. Advance care planning for patients with chronic respiratory diseases: a systematic review of preferences and practices. *Thorax.* mars 2018;73(3):222-30.

51. Khandelwal N, Benkeser DC, Coe NB, Curtis JR. Potential Influence of Advance Care Planning and Palliative Care Consultation on ICU Costs for Patients With Chronic and Serious Illness. *Crit Care Med.* août 2016;44(8):1474-81.

52. Luckett T, Spencer L, Morton RL, Pollock CA, Lam L, Silvester W, et al. Advance care planning in chronic kidney disease: A survey of current practice in Australia. *Nephrol Carlton Vic.* févr 2017;22(2):139-49.

53. Sedini C, Biotto M, Crespi Bel'skij LM, Moroni Grandini RE, Cesari M. Advance care planning and advance directives: an overview of the main critical issues. *Aging Clin Exp Res.* févr 2022;34(2):325-30.

## Annexes:

### Annexe 1

Thème	Sous-thème	Relances, exemples
Missions de la réanimation « Quelles missions doit remplir un service de réanimation selon vous ? » « Quelle plus-value présente un service de réanimation par rapport à un autre service ? »	Technicité	ECMO VNI Ventilation mécanique Amines
	Surveillance	Scope
	Défaillances d'organe	Insuffisance rénale aiguë Insuffisance respiratoire aiguë Choc
	Effectif	Infirmiers Aides-soignants ASH Médecins
Admission en réanimation « Quels sont les critères retenus par les réanimateurs pour décider une admission en réanimation ? »	Caractéristiques inhérentes aux patients	Antécédents Age Autonomie
	Défaillance d'organes	Insuffisance respiratoire Insuffisance rénale Choc Coma
	Projet thérapeutique	Engagement thérapeutique Curatif Palliatif
	Volonté du patient	Adhésion Observance

Admission non justifiée « Y-a-t-il un patient qui vous ait marqué parce qu'il n'avait pas sa place en réanimation ? » « Qu'est-ce qui peut vous faire dire qu'un patient n'a pas sa place en réanimation ? »	Antécédents	Trop d'antécédents Antécédent jugé comme trop grave Hospitalisations précédentes		
	Mode de vie	Autonomie préalable		
	Volonté du patient	Directives anticipées Souhait exprimé Non expression		
	Famille	Côté procédurier Limitation par famille Rapport avec la mort		
	Médecins extérieurs	CHU	Exagération (limitée par évaluation au lit) Frilosité Déchargement sur réanimateur Peur de la mort Besoin de place Indécision	
		Périphérie	Exagération (sur dossier) Frilosité Manque d'expérience Manque de formation Peur de la mort Manque de matériel Manque de plateau technique	
Réanimateur	Manque d'expérience Frilosité Vécu personnel antérieur Défaut de connaissance du dossier Logique économique (lit vide = lit non optimal) Rentabilité Protocoles de recherche Manque de limitation antérieure			

	Économie	Rentabilité des soins Lit vide = lit coûteux
	Moments particuliers	Gardes Week-ends Absence du praticien référent Pas de place en soins intensifs
	État du service	Lits libres Dernier lit (plus de place pour plus grave) Déjà une/des admissions non justifiées dans la journée
	Différence de perception	Médecin - Soignant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expérience</li> <li>• Connaissances</li> <li>• Défaut de communication</li> <li>• Bilan non vu par paramédicaux</li> </ul>
		Soignant – Soignant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Expérience</li> <li>• Vécu personnel</li> </ul>
	Projet thérapeutique	Niveau d'engagement limité Projet inadapté
Conséquences	Professionnelles	Aucune Moins d'attention/implication Sens de la prise en charge amoindri Chronophage
	Relationnelles	Aucune Malaise Moins d'empathie Relation possible chez patient peu grave
	Personnelles/émotionnelles	Colère Tristesse Malaise Détente Anxiété

		Manque de respect Impuissance
	Sur le patient	Plus de souffrance Incompréhension Prise en charge non optimale Souffrance de la famille
	Sur la famille	Anxiété Incompréhension

**TITRE DE LA THESE : SEJOURS « NON-JUSTIFIES » EN REANIMATION : QUEL VECU & QUELLE PERCEPTION ONT LES SOIGNANTS DE CETTE QUALIFICATION ?**

**AUTEUR : LUCAS MATHEY**

**RESUME :**

**Rationnel :** La notion de soins « futiles » ou « disproportionnés » en réanimation est bien connue. Il existe également des séjours qui sont qualifiés a posteriori de « non-justifiés » par les médecins<sup>1</sup>. Certains séjours apparaîtraient ainsi moins pertinents que d'autres. L'objectif de l'étude était de décrire et de comprendre les perceptions que peuvent avoir les soignants de cette qualification par les médecins d'un séjour en réanimation.

**Méthode :** Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès des soignants de trois unités de réanimation de Bourgogne Franche-Comté. Un guide d'entretiens a été validé en amont avec un focus sur 3 questions : (1) Missions de la réanimation (2) L'admission en réanimation (critères objectifs / critères subjectifs / projet de soin / état clinique) (3) L'admission non justifiée (4) Les conséquences d'une admission en réanimation non justifiée. Une analyse des discours avec classification par thèmes, sous-thèmes et concepts a été effectuée selon la méthodologie qualitative habituellement utilisée. L'inclusion des participants s'est poursuivie jusqu'à saturation des données.

**Résultats :** Au total, 17 infirmier(e)s et 4 aides-soignant(e)s ont été interrogés. L'âge, les antécédents, un mauvais état général, une dégradation de la qualité de vie et l'absence de projet thérapeutique sont des critères perçus par les soignants participants comme pouvant expliquer la qualification par les médecins de séjour « non-justifié ». Cette qualification peut également trouver son origine dans certaines circonstances selon la perception des soignants : urgence de la situation clinique, non-connaissance du dossier médical, disponibilité et/ou choix des médecins, pression des proches et des confrères, refus de la mort. Tandis que le stress, l'angoisse, le sentiment d'incompréhension et d'inéquité, la privation de liberté et la perte de sens dans son travail sont considérés comme des conséquences de ce type de séjour parmi les soignants. Par contre, l'anticipation des situations aiguës, avec l'établissement d'un niveau d'engagement thérapeutique et d'un Advanced Care Planning, ainsi que l'évaluation soigneuse du patient en amont de la réanimation peuvent permettre d'éviter un séjour qui pourrait être qualifié de non-justifié a posteriori. L'implication des soignants dans les décisions thérapeutiques en amont et pendant la réanimation sont également des pistes à explorer.

**Conclusion :** Le regard porté par les soignants sur les choix qui sont faits par les médecins concernant l'admission mais également le séjour d'un patient en réanimation et ses conséquences devrait nous inciter à inscrire systématiquement dans le projet thérapeutique du patient, une offre en soins critiques, dans le respect de ses choix et de ses droits, et ceci dans le cadre d'une collaboration pluri-professionnelle, anticipée, collégiale et multidisciplinaire.

<sup>1</sup> **Quenot JP**, Large A, Meunier-Beillard N, Pugliesi PS, Rollet P, Toitot A, Andreu P, Devilliers H, Marchalot A, Ecartot F, Dargent A, Rigaud JP, on behalf of the INSTINCT study group. What are the characteristics that lead physicians to perceive an ICU stay as non-beneficial for the patient ? PlosOne 2019 Sep 6;14(9):e0222039